

Comment entrer en résistance dans la période actuelle

Les nombreuses dérives qui frappent la société suffisent à ce que chaque citoyen de ce pays trouve dans la résistance une raison de ne plus courber l'échine. Cela est d'autant plus vrai pour les soignants, tant nous sommes confrontés aux dégâts que provoquent chaque jour l'injustice et les inégalités sociales de santé.

Les actes de soignants qui entrent en résistance se multiplient pour desserrer l'étau de l'oppression. Souvent, dans l'action solitaire, ils s'opposent aux lois qui font l'exclusion. Cette résistance peut se vivre au quotidien en refusant de faire une médecine au service d'une économie de « marché » et en défendant une médecine solidaire au service de l'Homme. Elle peut être plus tournée vers l'international, comme celle qui protège le malade venu d'ailleurs, que la loi l'empêchant de bénéficier des soins qui le sauveraient ici, condamne à aller mourir là-bas, où on ne le verra pas s'éteindre.

Cette résistance peut aussi se mobiliser par le refus de la normalisation des pratiques professionnelles qui tendent à faire de nous des techniciens du corps humain en réduisant celui-ci à un amas de cellules. Mais, dans ses aspects multiples et peu visibles, cette résistance est surtout connue de ceux qui la font et la soutiennent, elle ne fait pas encore mouvement.

Pour sortir la résistance de l'invisible, il ne suffit plus d'expliquer comment se construit l'oppression et sous quelles formes elle tente de nous broyer. Il ne suffit plus de s'indigner devant les injustices qui s'étalent sous nos yeux. Il ne suffit plus, comme le montre l'Appel de Fukushima que nous soutenons, d'être crédule au point de croire, par exemple, que la technologie moderne permettra un nucléaire propre et sans risque. Il ne suffit plus de s'en remettre aux organisations politiques. Il ne faut pas se contenter de la résistance d'une « guérilla » qui bat en retraite devant la puissance du néo-libéralisme qui veut nous faire taire. Cette résistance doit nous libérer du fatalisme qui voudrait laisser croire qu'il n'y a plus de possibilité de faire autrement.

Cet autrement existe, il est dans la possibilité de construire une autre manière de faire, de penser, d'inscrire sa pratique professionnelle dans de véritables transformations du quotidien. Il engage dans un collectif qui additionne toutes nos compétences, nos savoir-faire, qui dès maintenant nourrit la résistance d'une transformation des pratiques. Qui puisse, par un combat constant pour les libertés, donner à l'utopie une réalité.

Didier Ménard

En quoi les questions intimes qui touchent au soin et à la santé sont-elles, en réalité, le ferment d'une attitude de résistance et de riposte, qui participe de la construction solidaire d'un espace public ?

10 Manuela Marques, photographe

1. Refuser

12 Didier Ménard

Que gronde ma colère
Dénoncer l'insupportable.

14 Sidi-Mohammed Barkat

Suicide et guerre économique
Un regard et une analyse philosophique du suicide au travail.

16 Sylvie Cognard

Une société maltraitante
Des professionnels du « prendre soin » sous emprise.

18 Eric Bogaert

Des soins sous contrainte ?
Plaidoyer contre la transformation des soignants du secteur psychiatrique en agents de police des mœurs.

22 Alain Brossat

Résister à la « iatrogenèse » ?
L'homme contemporain est devenu un « assisté » médical.

24 Irma Lacolère

Pantalonnade et mascarade
La reconnaissance comme maladie professionnelle d'un traumatisme psychique secondaire à un harcèlement au travail est une longue lutte.

26 Lydie Mirieux

Sauvons la Maison de la Naissance
Le temps passé au bord d'un lit ne rentre pas dans les petites cases de la T2A !

28 Didier Morisot

Pas de bras, pas de chocolat...
Une histoire de grenouille ? Non, de groupe sanguin...

29 Didier Ménard

Naître où il ne faut pas

30 Yveline Frilay

Du conflit d'intérêt à l'expertise psychiatrique
Choisir entre la victime et le coupable, entre la passivité et l'action, entre prescrire la soumission chimique ou la révolte.

32 Pierre Volovitch

Quoi de neuf du côté du Medef ?
Une analyse critique des tactiques patronales pour saper l'Assurance maladie.

34 Anne Jolivet

Pénibilité et retraite
La prise en compte de la pénibilité dans la réforme des retraites.

38 Sylvie Cognard

La déserteuse
Désertre pour résister ?

2. Résister

40 Isabelle Canil

Du référentiel et du sac à ficelles
Le temps de la création et le temps du référentiel.

42 Entretien avec **Massilia Santé System** Médiateur®, non

Jeunes médecins marseillais actifs contre l'influence de l'industrie pharmaceutique en médecine.

44 Yveline Frilay

Prescrire la révolte
Quand le médecin aide ses patients à pratiquer la résistance, en toutes circonstances.

46 Claire Auzias

Résistances anarchistes en santé
Les anarchistes furent les premiers à faire le lien entre politique et santé.

48 Patrick Ouvrard

La SFTG, résistance et persistance
Petite histoire d'un organisme de formation indépendant.

49 Karin Van Effenterre

Histoire d'Eve
Les membres du Réseau Education Sans Frontières se mobilisent pour empêcher l'expulsion d'étrangers.

50 Frédéric Launay

Ouvrir l'espace
Devenir soignant comme on devient citoyen.

Liens d'intérêts. Nous tenons à informer nos lecteurs que Philippe de Chazournes pour « Experts HAS liés ou bâillonnés », Marie Kayser pour « Médiateur®, 34 ans plus tard Servier nous ment encore », Martine Lalande pour l'éditorial, n'ont aucun lien d'intérêt avec les firmes commercialisant les produits de santé à propos desquels ils se sont exprimés dans le numéro 52.

L'article 26 de la loi du 4 mars 2002 exige que « les membres des professions médicales qui ont des liens avec des entreprises et établissements produisant ou exploi-

tant des produits de santé ou des organismes de conseil intervenant sur ces produits les fassent connaître au public lorsqu'ils s'expriment lors d'une manifestation publique ou dans la presse écrite ou audiovisuelle sur de tels produits. » En l'absence de lien, aucune mention n'est obligatoire, ce qui permet malheureusement à des auteurs d'omettre de déclarer leurs liens. *Pratiques* étant totalement indépendante et agissant pour l'indépendance de l'information, nous nous efforcerons de renseigner systématiquement nos lecteurs quand les articles porteront sur des produits de santé.

- 51 Sylvie Simon**
Retrouver l'énergie de se détendre
- 52 Alain Cornet**
Le CAPI : résister ou capituler !
On ne peut pas former les soignants comme des vendeurs d'autos.
- 54 Claire Rodier**
La liberté d'aller et venir
Dans un processus d'« immigration jetable », le droit sert de filtre entre riches et pauvres.
- 56 Marie Henocq et Arnaud Veïsse**
Une politique étrangère à la santé
La déontologie médicale est universelle, elle s'applique aussi pour les malades étrangers.
- 58 Didier Poupardin**
Bizone... vous avez dit bizone ?
« Je tiens à ce que soit respecté le droit de soigner des personnes humaines dans leur intégralité physique et psychologique. »
- 60 Bruno Percebois**
Ne fichez pas les bébés !
Résister à des dispositifs d'« aides » mis en œuvre sans que les familles en aient été informées.
- 64 Alain Maurion**
De l'analyse critique des sigles
Des sigles pour communiquer ? Ou pour penser le moins possible.
- 65 Paul Scheffer**
Pour une nutrition critique en France
Informez en toute indépendance sur le contenu de nos assiettes.
- 66 Jean-Pierre Martin**
Les pratiques d'accueil comme résistance
Souffrance psychologique : accueillir plutôt que contraindre.
- 68 Noëlle Lasne**
Se débattre
Carnets de bord d'un médecin du travail.
- 71 Elisabeth Maurel-Arrighi**
Faire vraiment son métier, au jour le jour
C'est la base de la résistance pour un médecin, malgré l'aggravation des choses.
- 72 Eric Bogaert**
Résister, c'est témoigner
Dossiers médicaux : information ou fichage ?

3. Riposter

- 74 Alain Brailion**
Le silence est d'or
Imposer le silence sur des dossiers gênants.
- 76 Tobias Girard**
La théorie du pourrissement
Les luttes politiques peuvent prendre la forme populaire du « pourrissement » des responsables locaux.
- 78 Philippe Nicot**
Résister, c'est le devoir de penser
Pour une défense de l'observation clinique et de la pensée.
- 80 Olivier Labouret**
Le fichage pour les nuls
Des actions légales pour limiter la résistible ascension du fichage des données personnelles en psychiatrie.
- 84 Mathieu Bellahsen**
Résistance et création dans le champ « psy »
Contre l'amalgame entre folie et dangerosité, un collectif de « psys » alerte et agit.
- 86 CATRED**
Le CATRED au secours des plus défavorisés
Le succès d'un organisme de défense des droits des travailleurs d'origine majoritairement étrangère.
- 87 Travailler à armes égales, livre de Marie Pezé, Rachel Saada et Nicolas Sandret**
- 88 Christiane Vollaire**
Images de la persistance
- 90 Christiane Vollaire**
Devenirs épiques
Nos luttes peuvent prendre la forme d'une épopée.

MAGAZINE

4 Journée de printemps

5 NOUVELLES DE LA DIFFUSION

Etats généraux de l'Economie Sociale et Solidaire

6 IDÉES

Entretien avec **Denis Robert**

Une enquête journalistique exemplaire : Clearstream ou Bankenstein

Le journaliste écrivain Denis Robert nous livre ses réflexions sur dix ans de résistance à propos de son enquête journalistique sur Clearstream.

94 NOUS AVONS LU POUR VOUS

Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir :

La domination du monde de Denis Robert, *Le grand trucage – Comment le gouvernement manipule les statistiques* de Lorraine Data et *L'engagement du psychanalyste* de Daniel Lemler.

Journée de printemps

Cette année, la journée de printemps du SMG et de la revue *Pratiques*, sur le thème : **Quelles formations pour quels métiers ? Former des soignants dans l'intérêt des patients en toute indépendance** va servir de base à la réflexion sur les prochains numéros de *Pratiques* : ceux-ci portant sur la formation des soignants, nous avons décidé de recentrer sur ce thème notre journée, initialement prévue sur la question de l'indépendance de l'information médicale. Il y aura deux numéros consacrés à la formation. Le premier, le *Pratiques* n° 54, qui paraîtra en juillet, est centré sur la formation des infirmières éclairée par la réflexion d'autres acteurs paramédicaux, kinés, orthophonistes, mais également comme pour chaque dossier, médecins, chercheurs, etc.

Le second numéro se recentrera sur la formation des médecins, ses difficultés, ses changements, ce qu'elle induit, etc. Ce dossier voudrait interroger les formations médicales d'aujourd'hui, leur impact sur les métiers et leur pertinence face aux vrais enjeux sociaux, politiques et professionnels.

Si ces thèmes vous inspirent, ou vous connaissez un candidat idéal à l'écriture, n'hésitez pas à nous faire part de vos remarques, voire proposer des articles, qui seront soumis à la rédaction.

PROGRAMME

Samedi matin de 9 h 30 à 12 h 30

- ▶ Accueil 9 h 30
- ▶ Début des débats 10 h

▲ Première partie

La formation des soignants : la question de l'indépendance avec Philippe Masquelier, médecin généraliste, membre du Formindep (intervention suivie de débat).

▲ Deuxième partie

- ▶ Les « référentiels métiers » et les « compétences ».
- ▶ Le compagnonnage.
- ▶ La formation des formateurs.
- ▶ Expériences étrangères : apports et critiques.

Samedi après-midi de 14 h 30 à 17 h 30

- ▶ La Réforme de l'enseignement paramédical : ses modalités, ses enjeux.
- ▶ L'universitarisation des études d'infirmière : trompe l'œil ou opportunité ?
- ▶ La première année d'études médicales et l'Examen Classant National ; sélection. De quels soignants avons-nous besoin ?
- ▶ L'enseignement de la médecine générale : ses apports, ses limites, ses difficultés. La spécialisation de la médecine générale et la mise en place de la filière universitaire de médecine générale sont-elles une chance ou un piège ?
- ▶ Le développement professionnel continu.

Date et lieu

Samedi 21 mai 2011, au CNAM – Salle 41, 41 rue Gay Lussac, 75005 PARIS
RER B Luxembourg, métro ligne 7 : Censier Daubenton

Pour plus de détails, n'hésitez pas à consulter notre site : www.pratiques.fr/A-reserver-sur-vos-agendas.html

« Pour une information indépendante au service des usagers de la médecine »

Tel est le titre du « Cahier d'Espérances » rédigé par la revue *Pratiques* dans le cadre de l'appel lancé par les Etats Généraux de l'Economie Sociale et Solidaire (ESS) ¹.

Ces « cahiers d'espérances » (en écho aux cahiers de doléances de 1789) sont articulés autour de trois chapitres : je m'indigne, je propose, je réalise et je développe.

Les ESS souhaitent en faire des propositions concrètes portées auprès de l'opinion et des décideurs tout au long de la prochaine campagne présidentielle.

Depuis sa création en 1975, la revue *Pratiques*, revue indépendante, s'est toujours affirmée comme une revue de réflexion, de résistance et de propositions dans le champ de la santé. La rédaction a donc décidé de participer à ces Etats généraux, en rédigeant un « cahier d'espérances » et en s'inspirant de ce thème pour ce numéro 53 de la revue du printemps 2011 : « Résister pour soigner ».

Qui sommes-nous ?

Des bénévoles : soignants, chercheurs, citoyens, patients, accompagnants, usagers...

Comment intervenons-nous ?

Par la publication trimestrielle d'une revue papier traitant de sujets de médecine, santé et société à l'intention de tous publics. Cet outil de formation, d'information et de réflexion critique met en perspective les expériences et analyses de soignants, citoyens, chercheurs dans diverses disciplines, sans subvention, sans publicité ni conflit d'intérêt.

Elle est complétée par l'entretien d'un site dédié aux questions de santé (www.pratiques.fr)

Ce qui nous indignes :

La remise en cause par les multiples réformes du principe de solidarité que nous avons fait nôtre : « de chacun selon ses moyens à chacun selon ses besoins ».

Quel est l'intérêt d'une telle revue ?

Les corrélations établies entre les multiples affaires récentes et les carences des institutions chargées de contrôler la qualité des produits de santé ou de l'industrie agroalimentaire ont montré les risques pour la santé des citoyens des collusions d'intérêts entre les industriels et la politique. Produire une information impartiale, à la portée de chacun, libre de toute influence ou pression économique nécessite des moyens d'investigation, une intégrité et une rigueur des informateurs, à toute épreuve.

C'est pour ces raisons que la revue *Pratiques* persiste, depuis trente cinq ans, à mettre en perspective les éléments de santé et les décisions politiques, à montrer comment les uns sont liés aux autres.

Ce que nous défendons :

Les malades sont d'abord des personnes à considérer dans toutes leurs dimensions, psychiques, sociales, politiques et surtout éthiques. La maladie n'est qu'un des aspects d'une situation ponctuelle à traiter dans la singularité de chaque expérience...

C'est collectivement que les citoyens doivent pouvoir débattre des choix de société concernant leur santé.

La santé n'est pas définissable par l'absence de pathologie avérée, c'est dans toutes les conditions de la vie quotidienne qu'elle s'inscrit, un logement décent, une alimentation équilibrée, des revenus suffisants pour vivre et l'estime de soi sont les préalables de l'équilibre de l'individu. La notion de rentabilité... doit être chassée du domaine de la santé où elle n'aurait jamais dû être introduite.

1. Les Etats généraux de l'Economie Sociale et Solidaire se tiendront les 17, 18 et 19 juin 2011 au Palais Brongniart à Paris.

Pour toute information sur ce moment voulu par ses organisateurs comme « Festif, innovant, solidaire, participatif, » ainsi que pour consulter le cahier d'espérance de *Pratiques*, consulter le site <http://www.pouruneautreconomie.fr/>

Une enquête journalistique exemplaire : Clearstream ou Bankenstein

Quand un citoyen déterminé à la vérité se confronte aux mensonges et à l'arrogance du monde des affaires, cela peut se traduire par dix ans de procédure judiciaire...

Entretien avec
Denis Robert,
journaliste, écrivain,
artiste plasticien

Propos recueillis par
Sylvie Cognard

§Contre-pouvoir

§Justice

§Mondialisation, OMC

§Résistance

Pratiques : Pourriez-vous nous faire un bref récapitulatif de l'affaire Clearstream ?

Denis Robert : Clearstream c'est d'abord une énorme puissance financière, l'équivalent de 10 000 banques. Il s'agit d'une chambre de compensation internationale, un organisme qui agence le commerce interbancaire entre toutes les banques et les établissements financiers à l'échelle planétaire. En janvier de cette année, 11,4 trillions d'euros étaient conservés dans les comptes. Un trillion, c'est douze zéros, c'est-à-dire 11 400 000 000 000 euros. On a du mal à imaginer ! En comparaison, la France a prêté aux banques, en 2008, 360 milliards d'euros. Lors d'une interview en 2001, le PDG de Clearstream m'a donné une définition : « Vous citoyens, vous êtes clients des banques, nous on a les banques comme clients ; nous sommes les notaires du monde, puisque chez nous tout est tracé, les propriétés d'actions comme les virements, etc. » A ceci près qu'il omettait deux choses : que tout n'était pas tracé puisque j'ai montré comment ils avaient effacé certaines transactions ; l'autre erreur, il n'y avait pas que des banques comme clients, mais aussi des sociétés off-shore et des multinationales. Ceci est contraire au règlement. Publiquement, il m'a menti. Mon enquête a établi que Clearstream, outil sain et ingénieux à l'origine, avait été dévoyé et pouvait offrir d'importantes possibilités de dissimulation et de fraude pour certains de ses clients. L'informatique laissant des traces, mes investigations ont également révélé que des affaires importantes d'évasion de capitaux, de blanchiment ou de faillite frauduleuse dans divers pays pourraient trouver des résolutions dans les archives de Clearstream.

L'affaire Clearstream est le nom de deux affaires.

L'affaire Clearstream 1 (2001-2005) consiste en une enquête journalistique et judiciaire luxembourgeoise destinée à vérifier les faits rapportés par Denis Robert dans ses livres Révélations et La Boîte noire : l'utilisation d'un système complexe de comptes non publiés et d'effacement de traces informatiques dans un but de dissimulation.

L'affaire Clearstream 2 (2004-2011) consiste en une tentative de manipulation de la justice par un petit

groupe de comploteurs politiques et d'industriels afin d'impliquer des personnalités politiques et économiques dans le but de les salir. Au cœur du scandale, la rivalité entre Nicolas Sarkozy et Dominique de Villepin.

Comment avez-vous commencé l'enquête ?

J'avais démissionné de *Libération* en 1995, j'ai commencé mon enquête en 1999 par une rencontre au Luxembourg avec un ancien cadre important de Clearstream qui m'a initié, en quelque sorte. Je vivais alors de mes livres. J'avais du temps pour creuser cette question presque philosophique : comment voyage l'argent ?

De quels soutiens, individuels ou collectifs, avez-vous bénéficié ?

Pour la première affaire, je me suis défendu avec les soutiens de mon éditeur Laurent Bekaria, Pascal Lorent avec qui j'ai fait mes films, Paul Moreira alors à Canal +. Je n'ai jamais été seul, des amis magistrats aussi. Quand le scandale politique a éclaté, un comité de soutien s'est créé à l'initiative d'amis artistes, dessinateurs, journalistes. 1 880 dons et plus de 2 000 lettres sont arrivés au comité. Des artistes m'ont soutenu, de Guy Bedos aux frères Jolivet en passant par les chanteurs, les Grolandais. C'est devenu un vrai mouvement. Tout cela est né de mes livres. Mes premiers soutiens ont été mes lecteurs.

« Mon travail ne pouvant être attaqué dans sa factualité, on s'est attaqué à ma personne. »

Avez-vous fait l'objet de menaces ? Quels types d'accusations avez-vous eu à affronter ?

Les menaces sont toujours voilées, je n'ai pas subi de menaces directes. Par contre, certains de mes témoins l'ont été. La vraie menace pour moi était une ruine financière, le harcèlement judiciaire, les plaintes à répétition dans plusieurs pays. Je savais que j'avais raison, j'avais, si on peut dire, le syndrome de l'innocent ; rien à voir avec le portrait dressé dans les plaintes déposées contre moi et dans certains articles. J'ai très vite compris que c'était une stratégie délibérée. Comme mon travail ne pouvait pas être attaqué dans sa factualité, on s'est attaqué à ma personne. Cela a été parfois douloureux, mais en

même temps, je n'avais pas enquêté sur des enfants de chœur... Je ne pensais pas que cela durerait dix ans. Dix ans d'une vie, c'est des livres que j'aurais pu écrire que je n'ai pas écrits, c'est des vacances avec mes enfants que je n'ai pas pu prendre. J'ai subi un préjudice important. Au début, je vérifiais les roues de ma voiture, j'ai mis une porte blindée au bureau dans lequel je travaillais. Je pense que j'ai eu raison, puisqu'il y a eu des tentatives d'effraction. Ça dérange la vie et le quotidien, cela crée un état de tension permanent pas simple à gérer... C'est surtout compliqué pour l'entourage, parce que plus vous expliquez que ce n'est pas grave les huissiers et tout ça, plus votre entourage pense que vous dites ça pour leur cacher des choses. C'est un piège infernal.

La calomnie ?

Oui, à la télévision, dans les journaux. C'est un combat qu'il faut mener, j'ai eu beaucoup de soutien. Le terme est arrivé, enfin presque, je travaille en ce moment au procès que je leur fais pour le préjudice subi. Mes livres ressortent aussi.

Par quelles stratégies vous êtes-vous défendu ?

Il y eu un avant et un après. L'affaire Clearstream 2 est venue changer la donne. Après la sortie du premier livre, je n'avais pas imaginé que Clearstream aurait autant de soutien dans la presse. Je me suis défendu en écrivant *La boîte noire* et en faisant un film. Ce deuxième livre a été attaqué lui aussi. J'ai assuré en termes de procédure judiciaire. Mes livres se vendaient, mes romans plus que mes essais, je me servais de cet argent pour me défendre en pensant qu'un jour on me donnerait raison. J'étais en train de gagner, cela jusqu'en 2004, 2005. Ensuite un escroc est entré dans ma vie, il a utilisé mes listings pour en faire des faux. Je me suis retrouvé dans une affaire politique, c'était beaucoup plus compliqué. La stratégie frontale devenait difficile. J'ai décidé de jeter l'éponge et de faire un pas de côté. Je me suis beaucoup servi d'Internet. J'ai expliqué cela avec une vidéo sur mon blog. Je venais d'être condamné par un tribunal de Bordeaux en 2008 à payer 12 000 € pour un article anodin, une interview. Je ne l'avais pas relue. Mes adversaires se sont servis de mes condamnations. Bien qu'elles n'aient aucun sens sur le fond, j'ai perdu sur des détails. Ils ont alors attaqué tous azimuts en communiquant là-dessus. Je ne me suis plus du tout exprimé pendant plus de deux ans sur le sujet. J'ai arrêté mon blog. J'ai continué à travailler, à me défendre judiciairement, j'ai repris des forces. C'était finalement plus simple pour moi, j'ai laissé les journalistes se débrouiller. En même temps, ils n'ont pas fait grand-chose... La réussite de Clearstream a été de faire peur. Ils se sont dit : si on commence à enquê-

« J'ai essayé un autre coup dur avec l'interdiction d'un de mes livres *Clearstream l'enquête*. »

ter là-dessus, on va se prendre plein de procès. C'est cher de se défendre, c'est là où la censure est perverse. J'ai essayé un autre coup dur avec l'interdiction d'un de mes livres *Clearstream l'enquête*. Là, j'ai vraiment morflé parce que si, en France, on peut interdire un livre, que cette censure se passe sans que personne ne s'en émeuve, c'est la fin de la liberté. A ce moment-là, j'ai beaucoup travaillé sur mes toiles. La censure du livre m'a libéré artistiquement, l'art est

devenu un média pour moi. J'ai pu contre-attaquer, provoquer et ça m'a aidé à vivre financièrement. Finalement, j'ai changé plusieurs fois de stratégies et cela a mené à une victoire implacable.

Qu'est-ce qui a permis votre victoire et la reconnaissance de votre travail ? En quoi cette victoire est-elle le fruit d'un combat de longue haleine ?

Cette victoire, c'est aussi celle de mes avocats, celle d'une pratique judiciaire qui place le droit avant tout. Clearstream et leurs avocats ont joué, eux, sur les médias et la calomnie. Ma victoire, c'est d'abord leur défaite. Ils ont d'abord cherché à m'étouffer. Ça a tenu dix ans. Maintenant, il faut espérer que le scandale renaisse face à cette victoire. Je ne perds pas espoir qu'il y ait la création d'une commission d'enquête parlementaire sur Clearstream. Cette victoire, c'est aussi la défaite de leur stratégie, celle du mensonge, de la calomnie, du bulldozer, de l'argent et de la pression permanente. Elle est d'abord le fait d'un avocat qui était aussi l'avocat de *Charlie Hebdo*. C'est la défaite de la compromission, puisque les réseaux journalistiques de cet individu ont fonctionné pendant dix ans. C'est la défaite des dirigeants de Clearstream qui ont joué l'écrasement.

Vous avez mené cette enquête, d'autres journalistes auraient pu le faire, mais ils ne l'ont pas fait... A votre avis, qu'est-ce qui peut expliquer ces différences d'engagements et de capacités à résister ?

D'abord, des raisons matérielles : j'avais les moyens et j'avais le temps, les moyens de résister aussi. J'avais enquêté sur les paradis fiscaux à *Libération* et j'ai été très tôt sensible à l'évasion de capitaux. Je crois aussi avoir compris quelque chose avant les autres. Pourquoi les autres journalistes ont aussi peu suivi... d'abord ils ont été bloqués par leurs journaux : trop de risques de frais de procédure et d'autres choses. Ensuite, beaucoup ont été instrumentalisés par le lobby bancaire, ils ont mal fait leur travail.

Ensuite, le journalisme pour moi, c'est une forme d'engagement. J'ai beaucoup investi dans ce métier en me disant qu'il pouvait changer le monde. Comment un pays aussi riche que la France peut-il produire autant de pauvreté ? Mes livres essaient de répondre à cette question. Avec l'enquête sur

.../...

.../... Clearstream, j'ai trouvé, à un moment donné, ce que j'appelle le point aveugle du système libéral ou le talon d'Achille du capitalisme. Cette enquête est complètement exemplaire, elle était très motivante. Il y a aussi le plaisir ici, une notion oubliée. Même si j'ai eu des ennuis, j'ai quand même fait démissionner les dirigeants (les managers) de la multinationale et ça avec l'économie d'un livre. Un livre c'est quoi, c'est 10 000 euros en face d'un monstre financier ! Je n'ai jamais pensé que j'allais faire fermer Clearstream, j'ai simplement soulevé un problème. La vérité prend du temps, ici dix ans. Mes livres vont ressortir à la fin du mois. Les lecteurs vont comprendre les révélations d'hier, c'est comme un vieux Bordeaux, il est meilleur quand il a vieilli. Chaque mot peut ressortir aujourd'hui, mais il sort aux forceps, parce qu'il a fallu se battre judiciairement pour que chaque mot existe. Voilà, c'est le combat pour la liberté, pour la vérité, ce sont des choses assez simples qui me conviennent...

Qu'est-ce que cette histoire a changé pour vous ?

Elle m'a enlevé de la légèreté. J'ai laissé un peu tomber ce que j'aime le plus, les romans, la fiction. Cette histoire m'a obligé à m'affronter au réel au-delà de ce que j'avais imaginé. Je suis beaucoup moins naïf que je ne l'ai été, c'est une perte de légèreté, d'insouciance que j'avais et que je n'ai plus. On peut être insouciant à 50 ans, je le suis moins. Encore que. Je suis assez fier de ce coup-là. C'est l'humour qui m'a sauvé. L'humour et mes copains qui n'en manquent pas.

Pourquoi avoir choisi la fiction du thriller pour la présenter dans *La Domination du monde* ?

La Domination du monde a un rapport avec ce que j'étais en train de vivre. Mais c'est plus un polar sur l'information que sur Clearstream. Le héros du polar, c'est l'Information. Ecrire comment, dans nos sociétés, l'information est bafouée, tuée et combien c'est compliqué, difficile de se battre pour elle. C'est aussi un roman sur le pouvoir, il y a un personnage dans le roman qui s'appelle Freitag, le supérieur de Weierming. Derrière chaque pouvoir, il y a un pouvoir. Je ne crois pas au complot mondial. Je pense qu'il y a des dominants et des dominés, et que les dominants ont mis en place une forme d'organisation, de maillage de la vie qui fonctionne sur la

propagande et sur le divertissement. Les livres et les films doivent servir à lutter contre ça, à éclairer le public. Le public est tellement abruti par les programmes débilissants véhiculés principalement par la télévision ! Cette merde entre dans leur tête. Dans ce combat entre dominants et dominés, des populations disons intermédiaires sont très sollicitées. Les écrivains, les cinéastes, les journalistes en font partie. C'est difficile d'exister et de faire exister l'Information dans cet univers très confus. C'est pour ça que nous devons être et rester des contre-pouvoirs.

« C'est l'humour qui m'a sauvé. L'humour et mes copains qui n'en manquent pas. »

Qu'est-ce que cette histoire a changé, ou conforté, de votre vision du monde ? Vous pousse-t-elle plutôt à l'optimisme ou au pessimisme ?

Je ne réagis pas en termes de pessimisme et d'optimisme. Je suis un réaliste assez heureux de son sort. Cette saga m'a appris à mieux comprendre la finance internationale. Ce n'est pas un univers aussi compliqué qu'il y paraît. Les acteurs de cet univers ont tout intérêt à compliquer le langage, à utiliser des termes qui tiennent éloignés les citoyens de ce savoir-là. L'exposé d'un jeune garçon de 10 ans, que l'on peut trouver sur mon blog, explique bien comment tout ça marche. Cet enfant a raison. Il faut retrouver une âme d'enfant quand on aborde ces questions-là et ne pas avoir peur de passer pour un idiot.

Si le PDG de Clearstream est tombé, c'est qu'il m'a pris pour un con. Il s'est dit tiens voilà un con, je vais lui raconter des histoires de con. Moi j'ai souri, il m'a fait tout son baratin de gros PDG à la Rolex et au nœud de cravate bien serré. Le con a fini par gagner... Le PDG était arrogant et suffisant, sûr de son pouvoir. C'est ce qui l'a perdu.

J'ai toujours pensé que la vie était ailleurs que dans les affaires, qu'au-delà du journalisme, ce qui est le plus important c'est le plaisir pris à entreprendre, c'est ne jamais rien faire à contrecœur. Pouvoir toujours se regarder dans une glace. Le reste est très banal, conserver ses amis, préserver ses enfants, sa famille. Aimer les livres. C'est sans doute dans cet ensemble que j'ai puisé ma force. ■

Actualités : Les toiles de Denis Robert sont exposées en permanence à la galerie W, 44 rue Lepic, 75018 Paris. Une BD, un livre et un coffret DVD aux Ed. Mes films sont sortis entre le 2 et le 10 mai.

Résister pour soigner

L'idée de ce numéro s'inscrit dans l'initiative des Etats Généraux de l'Economie Solidaire et Sociale, qui doivent se tenir en juin 2011.

La revue *Pratiques* s'affirme depuis 1975 comme une revue de réflexion et de résistance. Résistance en particulier aux pouvoirs économiques, politiques et institutionnels qui nient l'exigence fondamentale d'une vraie politique de santé publique. Cette résistance se fait au quotidien, dans l'espace des cabinets médicaux comme dans celui de l'hôpital. Elle se fait aussi dans tous les lieux où l'on réfléchit sur les questions de santé, et où le regard critique est trop souvent qualifié de manquement à la « neutralité scientifique ».

C'est sur tous ces fronts que les auteurs font état de leurs engagements, en dépassant un stade d'indignation qui ne paraît pas suffisant pour définir la dynamique des pratiques. En effet, la résistance est pour nous une attitude de longue date dans le quotidien de nos activités confrontées à la dégradation de l'accès aux soins, à l'aggravation des conditions de la pratique médicale, et, plus généralement, à la destruction du lien social.

Ces restrictions, dans un temps où les profits financiers se donnent libre cours, se traduisent aussi bien en termes de déremboursement qu'en termes plus généraux d'atteintes massives aux acquis de la Sécurité sociale. Elles favorisent la montée en puissance des assurances privées et, plus généralement, la remise en cause d'un système de santé publique et solidaire.

Un système de santé publique égalitaire est pourtant la condition nécessaire à la reconnaissance de la subjectivité des patients, de leur singularité. Chaque consultation est un moment privilégié où le patient peut espérer faire entendre sa souffrance. Il faut lutter pour défendre cet espace relationnel, contre les mesures qui visent à transformer les soignants en réparateurs d'organes et en gestionnaires.

Nous voulons, par ce travail collectif, rendre compte de la révolte et de la résistance chez les soignants comme chez les patients et les usagers de la médecine, mais aussi dans tous les lieux (d'éducation, de service public) affrontés aux destructions politiques qui sont à l'œuvre. C'est ce sens du collectif, face à l'intimité des problèmes de santé et contre la dégradation des politiques publiques, que ce numéro veut impulser.

Ce dossier se présente sous trois axes : refuser, résister, riposter.

BR
E
S
I
S
S
E
S
D
O
S
S
I
E
R



Manuela Marques, née en 1959 au Portugal, vit et travaille à Paris. Ses dernières expositions ont eu lieu à la galerie Anne Barrault à Paris et à la Mairie de Levallois-Perret, mais aussi au Musée Berardo à Lisbonne et à la Pinacothèque de Sao Paulo. Son travail se développe sur les continents européen et sud-américain dans un entre-deux presque imperceptible, autant culturel que sensible, croisant subtilement photographies et vidéos, cinégénie et empreinte sociale. Son dernier ouvrage, *Still Nox*, est paru chez Marval en 2008. Une importante exposition de ses photographies aura lieu à Paris en 2012 à la Fondation Gulbenkian.

Le prix international BES Photo 2011 vient de lui être décerné : « Le choix de Manuela Marques », a précisé le jury, « vient de la manière dont l'artiste combine le temps et la séquence – deux dimensions-clés de l'art photographique – utilisés avec un sens de l'innovation, une précision technique, une subtilité et une créativité remarquables. »

Les auteurs dénoncent ici la perversité des mécanismes mis en place pour faciliter la casse de l'hôpital public, programmée, depuis les accords de l'OMC, par la privatisation du système de santé. Le paiement à l'acte, l'intéressement des praticiens hospitaliers aux résultats financiers de leur service, les dépassements d'honoraires à l'hôpital comme dans la médecine de ville compromettent un accès aux soins équitable.

La toute-puissance financière des lobbies pharmaceutiques est favorisée par les pouvoirs politiques à l'encontre de la protection des patients, ce dont la récente affaire du Médiateur®, dénoncée par *Pratiques* dès 1977, n'est qu'un des multiples symptômes. L'un des effets en est la priorité donnée à la technicisation sur la qualité de l'écoute du malade, au risque d'une inflation injustifiée de prescriptions et d'examens.

Les corporatismes, notamment médicaux, favorisent l'inertie ou la complicité à l'égard de pratiques dont les soignants sont acteurs ou témoins, mais aussi l'exacerbation d'une hiérarchie illégitime entre les différents soignants.

La remise en cause du droit des travailleurs à la santé se fait par le durcissement des critères de reconnaissance ou simplement la multiplication des obstacles bureaucratiques et les moyens ôtés à la médecine du travail, poussant souvent au désespoir, voire au suicide. ■

Que gronde ma colère

Injustice, inégalités de santé, inégalités d'accès aux soins, exclusion sociale. Il est grand temps de passer de l'indignation individuelle à l'indignation collective et constructive !

Didier Ménard, Je suis en colère, l'insupportable est atteint. Chaque jour, pendant une consultation médicale à la cité des Francs-Moisins, je suis confronté à l'inacceptable. Je ne peux plus soigner comme il le faut les personnes qui consultent. Ils sont nombreux à attendre chaque jour en salle d'attente et chaque jour, je sais que pour certains, je ne serai pas en capacité de leur offrir le soin qu'ils méritent. Les conditions de vie sont de plus en plus difficiles, les habitants du quartier se débrouillent pour survivre et ils devraient avoir accès aux meilleurs soins parce qu'ils le méritent bien. Mais voilà, l'injustice se construit sur le dos de cette population qui pourtant, depuis des décennies, cumule la misère du monde. Venus de province, ou du bout du monde, ou nés ici, ils sont les victimes d'une société où les inégalités de santé sont les plus fortes. Nous le savons tous, les statistiques nous disent qu'un ouvrier vit dix ans de moins qu'un cadre. Mais pour moi, les statistiques ont un visage comme celui du jeune François. François commence une formation en alternance dans la métallurgie. Son professeur a remarqué que François ne peut pas tendre complètement son bras droit. Une malformation du coude interdit ce mouvement. Le professeur explique que François ne pourra pas travailler dans la métallurgie avec ce handicap. François consulte au cabinet médical. Le diagnostic est confirmé, la solution thérapeutique évidente : il faut opérer pour réparer. J'adresse François à un chirurgien très compétent, car je sais que ce type d'opération est délicat et il ne faudrait pas aggraver le handicap. Le chirurgien est d'accord et il est prêt à faire vite pour ne pas pénaliser les études de François, mais il demande 500 € de dépassement et l'anesthésiste 200 €. La maman de François est désespérée, elle n'a pas cette somme d'argent, pourtant elle et son mari travaillent. Comment faire ? Trouver un chirurgien de même compétence à l'hôpital public avec une prise en charge rapide. Nous savons que cela ne va pas être facile. François risque de perdre une année de formation ou, qui sait, la formation dans son entier.

Et voilà, chaque jour amène ces histoires de souffrances aggravées par l'accès aux soins devenus aléatoire. Et je ne parle pas de Kébé à la rue avec ses quatre gosses, d'Hortense morte à 25 ans d'un abcès cérébral

non soigné par peur de retourner à l'hôpital, qui lui réclame avec véhémence l'argent de l'hospitalisation précédente... et cela n'en finit plus dans notre beau pays de France.

Des histoires terribles qui disent ce qu'est devenue notre société. Comment se satisfaire de vivre ainsi dans la 5^e puissance économique du monde, économie de malheur, qui construit un monde de sauvages ? Ma colère nourrit mon indignation et je ne peux me satisfaire du « inch Allah » fataliste de mes patients qui acceptent leur sort et ne comprennent pas ma révolte. Certes, ils savent tout ce que nous faisons au cabinet médical, à l'Association Communautaire Santé Bien-Être pour soulager un peu leur fardeau. Leur reconnaissance gratifiante ne peut nous suffire. Il est venu le moment de la révolte contre l'oppression. Chacun de nous, acteur de santé, professionnel du social, avons en nous ce morceau de révolte qu'il faut maintenant rassembler. Je connais depuis trente ans les discours de circonstances quand je décris cette souffrance. Je ne supporte plus que l'on caractérise la cité par la violence produite par ses jeunes sans entendre les cris de souffrance qui disent où sont les vrais délinquants et ce qu'endurent les victimes

« Il n'y a pas de fatalité à vivre misérable dans nos cités. »

de l'exclusion sociale. Je refuse que ceux qui n'ont jamais passé le péri-phérique pour venir dans la banlieue me parlent d'angélisme, pour se dédouaner de leur culpabilité. Nous ne sommes pas les hérauts d'un humanitaire qui sauvent la paix sociale. Nous sommes pour l'ingérence et l'irruption de la justice, de la fraternité, dans toutes les politiques sociales, économiques et de santé. Nous sommes devenus les militants d'un possible, qui dit qu'il n'y a pas de fatalité à vivre misérable dans nos cités. Mon combat, c'est celui de l'accès aux soins pour soigner, mais surtout pour rendre aux habitants une dignité qui les guérira mieux que les prescriptions médicamenteuses. Il faut prescrire la révolte, il faut s'insurger contre cette relégation. Il faut sortir du ghetto pour dire notre colère adulte, il faut oser montrer nos richesses d'humanités, nos savoirs solidaires. Il faut que les soignants ne se contentent plus d'accompagner la misère, il faut se sortir de la tristesse, il faut que gronde la colère, il faut que cela soit ainsi.

Cris de colère utopique ? Cela peut probablement être perçu ainsi par tous ceux qui connaissent

§Inégalités, Exclusion sociale

§Citoyenneté

§Souffrance au travail, harcèlement

§Luttes sociales, contestation

cette réalité sociale par le petit écran ou par la lecture des journaux d'actualités. Mais la colère des gens du peuple peut exploser à tout moment quand l'oppression est devenue dominante. L'histoire actuelle nous montre que l'impensable de l'autre côté de la méditerranée peut devenir réalité. Il est encore trop tôt pour connaître le rôle joué par les médecins dans cette révolte populaire, mais les premiers témoignages montrent qu'il ne fut pas mineur. Oh il ne s'agit pas d'espérer que demain en France le « corps médical » prenne la tête de la révolte contre l'injustice sociale, il est bien trop éloigné, pour sa majorité, de la souffrance du peuple. Mais il faut que ceux d'entre nous qui sommes chaque jour davantage confrontés à cette misère osions sortir de nos cabinets médicaux pour rejoindre la lutte des associations qui font barrage à l'inexcusable. Il n'y a pas de honte, d'anti-déontologie, de perte de sens à jouer un rôle de témoins et d'acteurs pour s'opposer aux conditions qui fabriquent la souffrance des personnes qui passent la porte de nos cabinets médicaux. Ne pas rester seul est le premier pas pour sortir du fatalisme qui empoisonne l'exercice de la médecine. Nous avons des responsabilités envers ces personnes, notre métier ne nous a pas appris à lutter contre l'exclusion sociale, et nous ne sommes pas des professionnels de la contestation sociale. Seulement aujourd'hui, d'autres corps professionnels

« Indignez-vous ! »

sortent de leur champ d'action pour dire que l'insupportable est atteint. Des travailleurs sociaux refusent de jouer les délateurs vis-à-vis des personnes qu'ils accompagnent, des enseignants refusent de fichier les enfants sur leurs déterminants sociaux et leurs acquis, des élus refusent de dénoncer les sans papiers qui veulent se marier. Des réseaux citoyens se constituent pour protéger ici et là les plus fragiles, les plus discriminés, les victimes des politiques de la peur. Heureusement pour le corps médical, des psychiatres bravent les tabous, les interdits, pour s'opposer à l'enfermement et la transformation de la psychiatrie comme outil sécuritaire au service d'une politique populiste et archaïque. Un vieil homme qui a connu l'oppression nazie nous lance un appel : indignez-vous ! Comment ne pas y répondre, nous autres acteurs de la santé, comment ne pas se sentir interpellé ? Le choix est simple, allons-nous continuer à endormir la souffrance sociale, par l'utilisation encore plus massive de tous les psychotropes que l'industrie nous met à disposition, allons-nous encore conseiller à nos malades de supporter l'insupportable, allons-nous verser des larmes de crocodiles sur la mort sociale de nos patients ? Il n'est plus temps de chercher des excuses, il est possible de sortir de nos cabinets pour rejoindre le combat de ceux qui veulent faire taire et « fermer les mains de l'oppression », il est temps de passer à l'acte. ■

Suicide et guerre économique

Le suicide au travail est, comme riposte désespérée, la conséquence d'une guerre économique qui vise à retirer au travailleur sa puissance mentale, en lui restituant sa force physique.

Sidi Mohammed Barkat,
philosophe

Depuis le début des années 1970 et, notamment, les assises du Conseil national du patronat français (CNPFP) qui se sont tenues à Marseille en 1972, les employeurs ne se résignent plus à la mise en œuvre d'une simple tactique, dans le fil d'une tradition manifestement sur la défensive qui s'opposait à l'augmentation des salaires ou à l'abaissement du temps de travail, par exemple. L'objectif, toujours à l'ordre du jour, est bel et bien le renversement définitif du rapport de forces. Aujourd'hui encore, une offensive de grande ampleur perdure qui livre les travailleurs à la nouvelle organisation du travail, apparemment ouverte aux aspirations à la liberté, mais qui se révèle progressivement sous la figure d'un système d'enfermement inouï, énigmatique, difficilement déchiffrable.

Guerre économique et guerre psychologique

Il est apparu, en effet, aux puissances économiques, que les travailleurs ne devaient pas simplement être dépouillés de leur volonté de combat. Ils sont placés dans la nécessité de retourner contre eux-mêmes les forces psychiques portant à l'action et engagées auparavant contre les employeurs, conformément à ce que le droit du travail autorise. La mobilisation imposée par la « guerre économique » n'a que faire de travailleurs simplement soumis, il s'agit plutôt de créer résolument les conditions subjectives de leur engagement sans réserve dans le travail.

De fait, la « guerre économique » ne semble pouvoir être conduite par les employeurs que sur fond d'une « guerre psychologique » tendant à réorienter la force nerveuse des travailleurs vers l'aspiration à plus d'initiative malgré la persistance de règles juridiques encore en vigueur, jugées anachroniquement protectrices et inhibitrices.

La souveraineté de la personne existe lorsque, disposant de la puissance de son corps, elle peut rendre ce corps indisponible pour les autres et pour elle-même en tant qu'objet, en tant que propriété. L'indisponibilité du corps est alors garantie par l'institution et rendue possible par l'organisation du travail. C'est, en effet, sur la base de ce principe que,

par le passé, le droit du travail a su corriger l'asymétrie entre l'employeur et le travailleur, induite par la relation de subordination prévue par le contrat. Or, la politique menée dans la perspective de mettre en marche des armées de travailleurs totalement mobilisés, dressant leurs batteries en vue de mener leurs entreprises à la victoire, se focalise prioritairement sur la remise en question du principe de souveraineté, dont la pérennité dépend principalement du soutien que lui apporte l'État. Il ne s'agit pas d'ôter aux travailleurs leur force, mais au contraire de la leur rendre entièrement disponible, pour qu'ils puissent la mettre au service de l'entreprise. Mais, dans le même temps, on les prive de leur souveraineté sur leur corps, puisque celui-ci est réduit à un pur objet et, par là, dissocié de leur personne.

La libération de la force des travailleurs, dont le siège est dans le corps, et sa canalisation en direction du travail ne peut dès lors se faire sans que l'on défasse la trame institutionnelle et organisationnelle qui caractérise le modèle industriel taylorien. L'objectif consiste, pour l'essentiel, à toucher au nœud qui fait tenir ensemble les fils de la trame et qui se confond avec la ligature reliant la personne à son corps. Une telle politique s'appuie sur un maître mot : *autonomie*. Ce mot renvoie au fait que les choses sont disposées de telle façon que le travailleur semble se réapproprier l'usage de son corps. En réalité, il est institué en tant qu'instance de pouvoir vis-à-vis de ce corps désormais vidé de sa puissance et placé en extériorité, sous l'espèce d'un objet manipulable. Le ralliement des travailleurs ne se fait donc pas sur la base de méthodes de suggestion, il s'appuie sur une ruse, un stratagème, un procédé propre à la guerre et dont on use afin de tromper l'ennemi sur ses intentions.

Une perversion de la souveraineté sur le corps

Dans le système taylorien où l'horizon paraît délimité par le principe de souveraineté que l'on imagine immuable, le travail est perçu en tant que réalité appartenant au règne de la nécessité, une offrande à laquelle on consent comme réponse anticipée à

§Souffrance au travail, harcèlement

§Suicide

§Management, productivité,

intérêt

§Résistance

un bienfait attendu. L'ordre public social lui-même semble préservé grâce à ce mécanisme qui fait des travailleurs les héritiers de la promesse apportée par le travail. Et l'attente s'imbrique dès lors tout naturellement à la promesse : on attend la pause, où l'on fumera sa cigarette ; la fin de la journée, où l'on retrouvera sa famille ; le week-end, où l'on boira un verre avec les amis, ou bien où l'on ira voir un spectacle ; les vacances, où l'on découvrira de nouveaux pays, etc. Ainsi, en dehors du travail, le principe de souveraineté trouve à s'actualiser et la réalité d'une « vie décente » – ou souveraine – à s'accomplir.

Sans doute le « travail décent », que promeut l'Organisation Internationale du Travail, n'est-il pas sans lien avec ce type de travail où la tâche n'empêche pas la réalisation de l'activité, où l'objectivation des hommes n'empêche pas l'actualisation de la vie.

Afin de répondre à la question du sens du changement affectant désormais la personne, il serait nécessaire de considérer les bouleversements dans les institutions ainsi que dans l'organisation du travail qui accompagnent l'opération manifeste de restitution au travailleur de l'usage de son corps. Sans entrer dans le détail des changements apportés dans ces domaines, nous pouvons noter au moins trois manipulations d'importance. D'abord, l'abandon progressif par l'État de ses fonctions traditionnelles d'institution du cadre normatif indispensable à la rectification de la dissymétrie existant entre l'employeur et le travailleur. Ensuite, la construction de l'entreprise comme instance d'identification pour le travailleur. Enfin, la promotion de l'évaluation des performances qui transforme en particulier la position de la personne en la mettant aux commandes de son propre corps, considéré comme un capital à fructifier.

Dans cette perspective, le suicide du travailleur équivaut en un certain sens à un acte d'affranchissement. Le travailleur se libère de la « liberté » qui lui a été offerte d'étouffer son corps. Il se débarrasse de la « justice » qui ne lui restitue son corps que dans la perspective de son exténuation. Il recouvre, par le geste qui le détruit, sa condition de travailleur que l'organisation du travail prétend abolir dans un élan inattendu de « fraternité ». Il échappe certainement à la mystification colportée par la dramatisation d'une « égalité » illusoire induite par sa prétendue élévation au statut d'employeur.

La prétention à l'*autonomie*, censée ouvrir la voie à

l'accomplissement de la souveraineté du travailleur – laquelle suppose qu'il puisse résister à la réduction de son corps à un simple objet – recouvre en définitive un assujettissement inouï, rendu accep-

table par la grâce d'une subtile technique : le simple lien de continuité entre la personne et son corps, qui suppose le souci de la personne pour le corps, devient une relation de propriété, qui voue ce corps à un usage sans limite.

La sollicitation nouvelle du corps n'en fait pas simplement un instrument, comme dans le taylorisme.

« Dans cette perspective, le suicide du travailleur équivaut en un certain sens à un acte d'affranchissement. »

Elle le réduit à un fonds ou une réserve que les formations continues et les ressources du monde environnant renouvellent continuellement, l'offrant ainsi à une exploitation indéfinie. Contrairement à l'employeur, qui doit passer par le travailleur afin de disposer du corps, la personne en possède manifestement le libre accès. C'est pourquoi aucun recoin du corps ne peut échapper à la demande pressante de la personne, aucun élément du corps/réserve ne peut s'y dérober.

Au fond, la technique généralisée qui consiste à transférer le corps à la personne du travailleur dans le même temps qu'elle le réduit à un objet disponible éclaire, elle aussi, à sa façon, le corps, et l'expose. Elle le révèle entièrement et en livre sans restes le contenu. En effet, la personne déclarée autonome, mais en vérité submergée par la fonction désormais démesurée de l'exploitation d'un objet à découvert, n'a plus la possibilité d'orienter le corps selon une perspective qui lui permettrait d'aménager une zone autonome d'activité, soustraite à la logique du pouvoir et en mesure d'accueillir l'actualisation de la vie.

Ainsi, le suicide apparaît-il en tant qu'expression de la persistance du désir de souveraineté effective dans une situation où l'horizon est entièrement fermé. Aujourd'hui, comme hier, l'inclination pour l'activité ne peut disparaître. Lorsque la pression qui empêche cette activité de s'accomplir vient de l'intérieur du travailleur, alors la tension habituelle au travail atteint un degré insupportable qui débouche inéluctablement sur cette sorte d'implosion qu'est la destruction de soi. Se suicider, pour un travailleur saisi par l'organisation du travail qui promeut l'autonomie et l'émancipation, c'est se retourner contre la personne en lui qui s'est ralliée à la cause martiale de l'entreprise et qui brise le lien de continuité avec le corps indispensable à la vie. ■

§Collectif

§Maltraitance

§Gouvernement, politique,

démocratie, Etat

§Violence

Une société maltraitante

Des professionnels du « prendre soin » sous emprise.

Sylvie Cognard,
médecin généraliste

On peut se demander quand de très nombreux professionnels expriment leur sidération devant la destruction des services publics et, notamment, du système de santé, devant la perte de sens de leurs métiers, pourquoi il semble impossible que s'organise une résistance collective.

Réfléchissant sur les mécanismes et les conséquences de la violence et de la maltraitance, j'en viens à penser que les souffrances, qui s'expriment dans les milieux professionnels du haut en bas des pyramides hiérarchiques, seraient du même ordre que celles que ressentent les victimes des violences dans le couple. Le couple serait ici représenté par un gouvernant et un citoyen.

En effet, en regardant les choses sous cet angle, on peut retrouver tous les ingrédients de la relation d'emprise.

Que se passe-t-il dans la violence conjugale ?

Un individu dominant, manquant d'altérité, empêche l'autre de penser et d'être, par une relation d'emprise. Dans ce système de relation, l'un des deux conjoints utilise la peur, l'intimidation, l'humiliation, les coups, le contrôle du temps ou de l'argent ou tout autre moyen pour contrôler l'autre. Il s'agit d'une relation de couple inégalitaire, asymétrique, avilissante, anéantissant l'autre dans son altérité. Le partenaire violent ne peut supporter que l'autre ne soit pas conforme à ce qu'il attend de lui ou d'elle, il ne doit pas lui échapper ni vivre quelque chose en dehors de lui.

Les citoyens ne subissent-ils pas des agressions verbales et des menaces ? *Casse-toi pauvre con et autre karcher.*

Les citoyens ne sont-ils pas soumis à du chantage ? *S'ils n'obéissent pas, le pays va à la faillite.*

Les citoyens ne sont-ils pas dénigrés, méprisés, contrôlés ? *Réduction du nombre de fonctionnaires à qui l'on reproche après de mal faire leur travail. Stigmatisation et culpabilisation des grévistes qui défendant le bien public.*

Les citoyens ne sont-ils pas humiliés ? *Quand ils descendent par milliers dans la rue pour réclamer justice pour leurs retraites et que cela n'est pas considéré.*

Leurs ressources ne sont-elles pas spoliées ? *Financement public de la faillite des banques, conflits d'intérêts, détournements de fond, etc.*

Qu'est-ce que la relation d'emprise, sinon de mettre l'autre dans une incapacité de penser, une neutralisation du désir d'autrui, l'abolition de toute spécificité ? La visée étant de ramener l'autre à la fonction et au statut d'objet entièrement assimilable. Ce que Daligaud traduit par le terme de « dés-être ». D'autres auteurs parlent de meurtre ou tentative de meurtre psychique. Les armes utilisées sont la séduction, le détournement, la conquête, l'édification d'une illusion dans laquelle le partenaire va s'égarer. Il s'agit d'imprimer sa marque sur la personne de son partenaire, de graver son empreinte, de culpabiliser ses victimes.

L'agresseur exerce une toute puissance et contrôle l'objet. Il laisse peu ou pas de place à l'altérité, son intérêt pour autrui est absent. Il a une méconnaissance absolue des besoins d'autrui, de ses désirs, de ses craintes, avec la seule prise en compte de certaines caractéristiques partielles susceptibles d'être narcissiquement utiles et à ce titre consommées. On peut aussi parler de vampirisme.

Plus une personne est vulnérable, plus elle risque de subir des maltraitances. N'est-ce pas au quotidien que les malades mentaux et les plus démunis subissent le plus de maltraitance ?

« Plus une personne est vulnérable, plus elle risque de subir des maltraitances. »

On serait en droit d'attendre que nos politiques défendent les plus faibles d'entre nous et c'est tout le contraire qui se passe. L'élu des citoyens, comme l'élu du cœur au sein d'un couple, ou le parent dans une famille ne se conduit pas comme en gentleman, mais en goujat. C'est cette violence qui, tant qu'elle n'est pas nommée et reconnue, perpétue la relation d'emprise et empêche d'être et de penser, a fortiori de résister.

Le traumatisme psychique est constitué d'un événement subi, inattendu et violent. Il crée une effraction, « sans attenter à l'enveloppe corporelle », dans l'organisation psychique.

Les violences psychologiques, que nous subissons au jour le jour, sont autant d'événements traumatogènes, parce qu'ils sont imprévisibles, inattendus et exceptionnels. Ces violences font effraction dans les trajectoires historiques des sujets et engendrent l'effroi, la sidération et l'incompréhension parce qu'elles sont produites par des élus censés protéger leurs administrés.

Comme dans les violences au sein du couple, il

s'agit d'un cycle qui se répète en trois phases : phase d'escalade, phase d'explosion où il s'agit de terroriser l'autre pour le soumettre et phase de « rémission », dite lune de miel.

Plus le cycle se répète, plus forte est l'emprise de la violence sur la victime et plus s'amenuisent les périodes de « lune de miel ». L'individu pris dans les griffes de l'emprise, exposé au quotidien au mépris, au contrôle, aux agressions, à la peur et l'insécurité, se perçoit petit à petit comme incompetent dans sa vie. Il se sent responsable de la situation et incapable de s'en sortir.

A la différence du stress qui est une réaction adaptative, graduée et qui tend à disparaître après l'exposition à l'événement stressant, le traumatisme psychique fait effraction, rupture. Il est non prévisible, et va au-delà des ressources adaptatives d'une personne. Il existe une absence de graduation repérable du phénomène, il se manifeste après coup, les troubles sont différés. Il renvoie à une expérience singulière et incommunicable.

Ainsi les professionnels des services publics, en charge du prendre soin de l'autre, confrontés à un non-sens, seraient dans l'incapacité de nommer la violence et la maltraitance, parce que c'est de l'ordre de l'impensable. Pris dans le machiavélisme de méthodes perverses de manipulation, entre la carotte et le bâton, empêchés de penser par eux-mêmes et collectivement, leur résistance s'effrite et la désespérance s'installe.

On peut penser que les professionnels de la santé et de l'éducation sont parmi les plus sensibilisés à la problématique de la maltraitance. Cependant, les profondes transformations de leurs métiers, le manque de temps, les protocolisations à gogo font qu'ils participent, à leur corps défendant, à l'organisation d'une maltraitance institutionnalisée par les pouvoirs politiques, sur l'autel des objectifs comptables et de la rentabilité. Le silence de la peur fait le reste.

Si la notion de maltraitance est reconnue, il semble que celle de bienveillance soit évacuée par le modèle dominant, ou tout au moins évoquée comme une injonction paradoxale impossible à réaliser dans les conditions actuelles. La bienveillance dépasse la notion de contraire, elle ne se simplifie pas à l'absence de la maltraitance. C'est une notion collective qui repose sur des valeurs, une

culture qui inscrit la bienveillance sur les Droits de l'Homme. Cela signifie que tous les hommes doivent pouvoir s'épanouir pleinement dans la dignité avec les capacités de développement qu'ils possèdent. C'est une mise en acte rigoureuse des mesures que la réflexion a nourrie. Un questionnement permanent des savoirs en sciences humaines. La bienveillance n'est pas un acquis, c'est une dynamique, elle se doit d'être toujours en mouvement. La relation d'emprise, par l'absence d'altérité qu'elle induit, ne permet pas à l'autre nié et traité comme objet d'être bientraité.

Le terme de victimes que j'emploie ici, parce qu'il est le terme admis dans les publications traitant des violences dans le couple, ne signifie pas que celles-ci n'ont aucune « responsabilité » dans ce qui leur advient. On retrouve des failles narcissiques chez les victimes qui souvent ont assimilé la violence comme le mode « normal » de résolutions des conflits de par les modèles éducatifs reçus et intégrés.

L'apprentissage de la compétition, la valorisation de la performance, une vision stéréotypée des rôles sociaux et sexuels, la glorification de la recherche de l'invulnérabilité et du pouvoir, sont autant de facteurs qui font le lit de la vulnérabilité desdites victimes.

Il faut un « déclic » pour sortir de la relation d'emprise. Souvent, c'est quand la peur cesse, parce que la situation devient tellement intolérable que l'on n'a même plus peur de mourir pour reconquérir son désir de vivre vraiment. Il n'y a pas de recette, mais on peut énoncer quelques principes salvateurs. Identifier et nommer la violence. Reconnaître que l'auteur des violences n'est pas dans son droit et qu'il n'est pas dans son rôle de juger. La capacité de se mettre en colère, retrouver l'estime de soi, réapprendre à désirer. Identifier ses faiblesses pour les transformer en compétences.

Il s'agit bien de rompre la soumission à l'autorité par le réveil de consciences abruties et endormies pour redonner sens et humanité à un monde dominé par la finance et la cupidité.

En cela, le slogan des manifestants « Tous ensemble, tous ensemble » en est peut-être une première ébauche. ■

« Le silence de la peur fait le reste. »

Des soins sous contrainte ?

Pourquoi il faut résister au projet de loi « relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge » du 26 janvier 2011.

Eric Bogaert, psychiatre

Après que, comme ça se produit parfois, un crime avait été commis par un homme présentant une maladie mentale, le président de la République tenait à l'hôpital d'Antony, le **2 décembre 2008**, un discours fielleux promettant de durcir les modalités de soins psychiatriques sous contrainte. Une circulaire, six semaines plus tard, donnait de l'argent pour enfermer derrière de plus hauts murs, murer des portes d'hôpitaux, installer des caméras ou géolocaliser les malades mentaux contraints aux soins. Et une réforme de la loi du 27 juin 1990 était mise en chantier.

Un peu d'histoire

30 juin 1838. Après deux ans d'auditions de diverses personnalités de divers champs concernés par la question de la folie – médecine, philosophie, politique, religion... – et de débats, le parlement de la République française vote une loi qui a deux raisons : protéger la société de ses fous et soigner ceux-ci. À cet effet sont créés un cadre réglementaire d'hospitalisation sous contrainte et dans chaque département un asile d'aliénés pour y soigner les personnes ainsi frappées. Les « aliénés » pouvaient être internés en « placement volontaire » sur la demande d'un tiers accompagnée d'un certificat médical établi par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'aliénés, tandis que « toute personne dont l'état d'aliénation compromet l'ordre public ou la sécurité des personnes » pouvait être l'objet d'un « placement d'office » sur arrêté préfectoral motivé. Des certificats médicaux régulièrement transmis au préfet rendaient compte de la pertinence du maintien du placement au regard de l'évolution. La fin de la mesure était décidée par le préfet dans le cas d'un placement d'office, au vu de l'avis du médecin aliéniste, et par celui-ci en cas de placement volontaire. Il s'agissait de réglementer la privation de liberté par des dispositions garantissant contre l'arbitraire des lettres de cachet.

27 juin 1990. Deux cents ans après la Révolution

française, une révision de la loi de 1838 était symboliquement mise en chantier, qui aboutit laborieusement, en retard. Le placement devenait hospitalisation, le volontaire sur demande d'un tiers, tandis que l'office restait d'office. L'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT) concerne les personnes « atteintes de troubles mentaux, si ces troubles rendent impossible son consentement, et son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier » ; la demande du tiers doit être accompagnée de deux certificats médicaux dont le second peut être établi par un médecin de l'hôpital psychiatrique. L'hospitalisation d'office concerne « les personnes dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes », l'arrêté préfectoral doit s'appuyer sur un certificat médical circonstancié n'émanant pas d'un psychiatre de l'hôpital, tandis que le maire peut arrêter une mesure provisoire « en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique... à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes », mesure provisoire devant être confirmée ou infirmée par le préfet dans les vingt-quatre heures. Des certificats médicaux sont produits au préfet tout au long de l'hospitalisation, à laquelle il est mis fin comme dans la loi de 1838. Une mesure d'aménagement est créée pour « favoriser la guérison, la réadaptation ou la réinsertion sociale » des patients hospitalisés sous contrainte sous la forme de sorties d'essai, sous surveillance médicale, de durée inférieure à trois mois, mais renouvelables, décidées par un psychiatre de l'établissement en cas d'hospitalisation sur demande d'un tiers, par le préfet sur proposition écrite et motivée d'un psychiatre de l'établissement pour l'hospitalisation d'office.

Si cette révision renforce les formalités d'admission en ajoutant un certificat médical, pour chacune des modalités (avec toutefois des exceptions : l'HDT pour péril imminent peut se faire au

§Justice
§Psychiatrie, santé mentale,
psychiatrie de secteur
§Hospitalisation, hospitalisation
d'office/irresponsabilité pénale
§Gouvernement, politique,
démocratie, Etat

Reprise et développement d'un texte paru dans la rubrique « psy & société » du site de Pratiques

vu d'un seul certificat médical émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement), elle rend possible que les médecins de l'établissement soient maîtres d'œuvre de ces mesures de contrainte aux soins.

Le nombre des hospitalisations sous contrainte a explosé depuis la mise en place de cette loi du 27 juin 1990, qui devait être « évaluée » cinq ans plus tard, mais ne l'a pas encore été, bien qu'une commission créée à cet effet, tardivement, ait produit une évaluation longuement mûrie.

5 mai 2010. Un « projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et à leurs modalités de prise en charge » est enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale.

Le député Guy Lefrand, rapporteur du projet de loi, travaille à compléter le texte gouvernemental par un volet sur l'organisation des soins, la prévention, le dépistage et la recherche. La révision de la loi de 1990 devrait donc être diluée dans une loi générale sur la santé mentale, suite prévue pour la psychiatrie à la loi HPST, pour laquelle un rapport a été réalisé par Édouard Couty.

26 novembre 2010. Le Conseil Constitutionnel décide de l'inconstitutionnalité partielle de l'hospitalisation à la demande d'un tiers – elle ne pourrait être prolongée au-delà de quinze jours sans l'intervention d'un juge –, et impose qu'une nouvelle loi prenant en compte ce point soit mise en place avant le 1er août 2011.

24 décembre 2010, puis 26 janvier 2011. Ce projet de loi est revu pour tenir compte de la décision du Conseil Constitutionnel.

Que propose le texte de cette réforme de la loi ?

Le texte tel qu'il est soumis à la discussion des parlementaires propose un fonctionnement complexe, laissant dans le flou quelques notions, et ne répondant pas à quelques questions qu'il pose. Il semble difficilement applicable concrètement, nécessiter des moyens que l'État ne peut plus fournir, accroître la charge administrative du temps soignant, et surtout changer la nature de la fonction soignante.

Il n'est pas intéressant d'en modéliser les changements dans la pratique de la psychiatrie et plus largement médicale tant que la loi n'est pas votée. Mais le texte, et les intentions qu'il sert, appellent des commentaires en-deçà des procédures qu'il propose.

D'abord, il y a une modification sémantique : la loi qui concernait l'hospitalisation sous contrainte traite maintenant des soins sans consentement ; il ne s'agit plus de contraindre à l'installation dans un espace consacré au soin pour y accueillir la personne, observer ses modalités de rapport à l'autre et au monde, mettre en place un traitement dialectique des questions soulevées par ce qui a

amené cette contrainte, enfin nouer une relation de confiance qui puisse être le support, si nécessaire de soins à la personne, mais de contraindre aux soins eux-mêmes, sans autre forme de procès. La loi peut-elle s'immiscer dans le soin, peut-elle le régir ? Quels sont les prochains devoirs qui s'appliqueront au citoyen, à leur psychisme, à leur pensée, à leur corps ?

L'entrée dans les « soins sous contrainte » se verra facilitée, tandis qu'en sortir sera plus difficile, même malgré l'introduction d'un contrôle de cette mesure privative de libertés par le Juge des Libertés et de la Détention. Ainsi, il est dit explicitement que, dans le cas de « soins sans consentement à la demande du représentant de l'État », celui-ci décide de la forme de la prise en charge en tenant compte de l'avis médical « et des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public ».

Curieusement, cette loi institue des « soins sans consentement sur demande d'un tiers » sans demande d'un tiers, dès lors qu'il y aura péril imminent, sans que la loi ne dise ce qu'est un péril imminent. La conduite en état d'ébriété sera-t-elle considérée comme un péril imminent ? La consommation de toxiques ? La tentative de suicide ? La

consommation de tabac, dont tout le monde sait maintenant qu'il tue ? Ce sera sans doute le juge, interpellé lorsqu'il y aura contestation, qui déterminera, a posteriori, s'il y avait danger imminent ; enfin, surtout s'il n'y a pas eu mise en soins sans consentement, puisqu'on peut espérer (qu'est-ce que l'on ne doit pas dire !) que l'hospitalisation ne donnera pas lieu à évolution dramatique ; mais alors ce ne sera pas le juge des Libertés et de la Détention dans le cadre du contrôle de la mesure privative de liberté, mais le juge civil ou pénal qui sera amené à se pencher sur la responsabilité du psychiatre qui n'a pas contraint le patient aux soins. Certes, là, le certificat médical ne pourra être réalisé par un psychiatre de l'établissement ; voilà comment la porte de l'hôpital psychiatrique sera forcée par une famille ou un généraliste impatient ou expéditif.

En effet, tous ces gens seront hospitalisés pendant soixante-douze heures au moins à l'hôpital psychiatrique, qui souffre déjà souvent d'un manque de place. C'est dire qu'il y aura beaucoup plus de sorties rapides en soins ambulatoires sous contrainte. Et que les soignants des Centres Médico-Psychologiques vont devoir courir après les patients qui ne viendront pas en consultation. Parce qu'en effet, cette loi crée aussi des « soins sans consentement en ambulatoire » : les soignants de la psychiatrie publique auront-ils le pouvoir de forcer la porte du domicile des patients qui ne se soumettent plus aux soins ? À moins que le directeur de l'hôpital, qui devra être informé de tout manquement

« La loi peut-elle s'immiscer dans le soin, peut-elle le régir ? »

.../...

.../... d'un patient soumis à des soins sans consentement, ne devienne aussi officier de police judiciaire, envoyant les forces de l'ordre chercher l'insoumis pour qu'il réintègre l'hôpital.

Pour ce qui me concerne, je vois de plus en plus de patients, voire de couples, qui déménagent, changeant de département pour fuir des services sociaux ou juridiques qui les traquent, essentiellement dans des histoire de menace de placement d'enfants ; et je commence à voir des malades mentaux faire de même pour échapper aux soins, lorsque la contrainte est levée.

La psychiatrie va devenir l'espace d'incarcération et de police de proximité des personnes aux comportements inhabituels ou outrageant les mœurs, d'autant que c'est sur les comportements que sont maintenant bâtis les diagnostics par la médecine officielle et basée sur l'évidence, hautement autorisée.

Mais au fond, qu'est-ce que la maladie mentale, et le soin psychiatrique ?

Au-delà des aspects constitutionnels et juridiques, qui tendraient à confier le soin du contrôle, de l'autorisation, voire de la décision de la privation de liberté inhérente à la contrainte aux soins – contrainte par corps mais aussi à l'âme – à la Justice – judiciarisation –, autorité indépendante de l'État, plus qu'à l'administration de l'État, cette affaire a des aspects moins évidents qui ont des effets délétères sur la possibilité de soigner la folie. En effet, il y a, à première vue, contradiction entre soin et contrainte.

« Qu'est-ce que la maladie mentale ? »

Le soin, c'est étymologiquement un souci, du chagrin, en somme quelque chose d'abstrait, comme un état d'âme, ou un affect, qui concerne la personne attachée au soin. C'est la préoccupation qui inquiète, tourmente ; l'effort, le mal qu'on se donne pour obtenir ou éviter quelque chose ; la pensée qui occupe l'esprit, relative à un objet auquel on s'intéresse ou à un objet à réaliser ; prendre soin c'est soigner, s'occuper du bien-être de quelqu'un, du bon état de quelque chose ; les actes par lesquels on soigne ; la manière appliquée, exacte, scrupuleuse de faire quelque chose (cf. le *Petit Robert*).

Contraindre, c'est étymologiquement presser, faire peser. La contrainte, c'est la violence exercée contre quelqu'un, l'entrave à la liberté d'action ; la règle obligatoire ; l'état de celui à qui on fait violence ; l'acte de poursuite, mandement destiné à permettre à l'administration de recourir aux voies d'exécution contre un débiteur ; l'ensemble des forces qui, appliquées à un corps, tendent à le déformer (cf. le *Petit Robert*).

Les soins sous contraintes seraient du côté des soignants quelque chose comme s'occuper du bien-être du patient en lui faisant violence. Et du côté

du patient, quelque chose comme des soucis, des chagrins, causés par la force.

Contraindre à des soins sans consentement, pour soigner quoi ?

Qu'est-ce que la maladie mentale ? S'agit-il d'une anomalie anatomique, ou plus microscopiquement histologique, d'une partie du cerveau ? Du réseau axonique de circulation des informations et des influx sous forme électrique ? D'une sécrétion d'un neuromédiateur, ou de l'équilibre entre plusieurs d'entre eux ? D'un morceau de chromosome ou de l'interaction de quelques-uns ? On n'en sait rien. Mais ce que l'on sait, c'est qu'il s'agit, du côté de la clinique, d'affects, d'émotions, de perceptions dites « sans objet » – qui tout comme les rires immotivés sont motivés, ont des objets, dont la nature échappe certes au bon sens et aux normes –, et de pensées qui, elles aussi, échappent au bon sens et aux normes – enfin, pour celles qui sont dites pathologiques, parce qu'il n'est pas certain que les pensées dites normales soient toujours de bon sens : qui peut croire que la vierge Marie ait pu donner naissance à un enfant conçu par Dieu sans que sa virginité en ait été abîmée ? Disons-le, la folie est en (chacun de) nous, et, comme le dit cette citation de François Tosquelles qui orne le fronton du site du « Collectif des 39 contre la Nuit Sécuritaire », et de l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban en Lozère : « Sans la reconnaissance de la valeur humaine de la folie, c'est l'homme même qui disparaît ». Le réel, inévitable, insaisissable, même si l'homme tente depuis toujours de le maîtriser, nous heurte sans cesse, de partout. Nous en avons des perceptions sensorielles, dont les traces s'organisent dans l'histoire d'une vie, prises dans le liant du langage par lequel nos contemporains nous hêlent et nous attachent à leur interprétation du monde, pour construire notre monde, et notre place dans celui-ci. C'est une révolution permanente, un ouvrage qui se tisse et se défait en permanence. C'est finalement un peu comme un corps, qui nous semble continuité solide, alors qu'il y a plus de vide que de matière, d'eau que de matériau inorganique. C'est encore un mystère que les chaînes d'acides aminés permettent d'assembler des matériaux selon le code génétique et de leur donner vie biologique. C'est un second mystère que ces corps animés s'assemblent en société à partir du code du langage. Faire société, c'est ainsi pour chacun de nous quelque chose comme tenir noués ensemble trois matériaux, organisés sous l'effet du déroulement du temps en fils : le réel imprévisible qui nous échappe, le langage abstrait qui organise les représentations du monde et la théorie des perceptions unique pour chacun de nous. Ces fils sont ainsi arriés par chacun de nous, ce qui constitue notre conception du monde et notre style de rapport à celui-ci. La folie est là, dans les variations des arriements de ces trois fils, aboutements approximatifs

de la névrose faisant porter les tensions sur des enjeux hors de propos, ou absence d'un nouage au fondement de l'assemblage dans la psychose laissant du flottement dans les correspondances du réseau attrapant le monde.

Dans ce dernier cas, celui de la psychose, on pourrait envisager que la contrainte aux soins soit une façon concrète d'attraper, et de tenir ensemble, ces trois fils, lorsqu'il n'a pas été ou n'est plus possible de le faire de façon abstraite, immatérielle, au moyen de la relation intersubjective entre le patient et le monde (son entourage, ses soignants, ou quelque autre saillie à laquelle il a coutume de s'amarrer). Mais s'il revient au psychiatre de travailler avec le patient au remaillage de son ouvrage qui file, c'est en suivant celui-ci, et non en le précédant. La place du psychiatre n'est pas de s'installer en position d'autorité qui décide pour le patient et lui impose une raison ou un ordre (du monde, fût-ce celui du patient) en application d'une norme ou d'un règlement social. Le psychiatre est un discutant, pas un maître. Il est éventuellement pris dans une « disputation » avec son patient, mais pas dans une coercition, de l'ordre de la contrainte de corps. Le psychiatre qui pourrait interner un de ses patients serait ainsi amené à imposer un acte social, dans le réel de la vie du patient, de son corps ; il y aurait là le risque de bloquer la mentalisation avec le patient de son affaire, comme dans ces cas où le fantasme de l'enfant entre en collision avec un viol, produisant une confusion entre le réel et l'imaginaire, l'inceste se trouvant gelé dans l'air du temps qui passe, comme les paroles ouïes par Pantagruel en haute mer lors de leur dégel, métaphores de l'effroi.

Tout ceci mérite certes d'être modulé selon le contexte clinique : le type d'organisation de la psychose, la nature de la relation entre le patient et le psychiatre, et les particularités des circonstances peuvent rendre compte de configurations diverses, mais ceux-ci ne pourront jamais être recensés par une loi.

À moins qu'il ne s'agisse de contraindre à des comportements normés, sensés, adaptés, conventionnels... Mais au nom de quoi, et de qui ? S'agit-il encore de psychiatrie, de médecine, alors ?

Alors, une loi pour des soins sous contrainte ?

S'il faut une loi pour contraindre un malade à se soigner, il revient à la Nation d'en décider, d'en préciser les modalités. S'il y a privation de liberté,

contrainte de corps, il revient à la justice d'en contrôler la validité. Et le psychiatre en est concerné, comme citoyen. Mais il ne peut être celui qui décide, ordonne, et même coordonne, cette décision. Il serait plutôt aux côtés du patient, son avocat dans le procès de raison mettant en cause les dys-assemblages de ses fils, présent avec lui dans le lieu de résidence forcée, contraint aux soins comme lui, pris dans la même obligation de se débrouiller avec le réel et les lois des hommes. Il faut, entre le psychiatre et le patient contraint aux soins, un tiers porteur de la demande de soins – famille, ami, tuteur, et pourquoi pas, si ceux-ci n'existent pas, le médecin inspecteur départemental de santé publique, chargé de veiller à l'hygiène sanitaire et sociale au nom de l'État, avec un contrôle de la justice –. Sinon, la relation de soins sous contrainte prendra une tournure incestueuse.

Avec l'élargissement de l'objet de la psychiatrie de la maladie mentale à la santé mentale, et l'évolution de la nosographie psychiatrique vers

l'inventaire des comportements, on peut craindre que ne deviennent troubles mentaux susceptibles de soins sous contrainte un certain nombre de situations plus banales de la vie (tentative de suicide, utilisation de toxiques, opposition à une autorité sociale, mœurs non reconnues par la morale, pensées rebelles...) dès lors que la médecine d'un côté en fait un diagnostic, et que d'un autre côté un tiers ou une autorité s'en plaint.

Cette question est très difficile, parce que, on le voit, elle met en confrontation divers positionnements, et pour chacun de ceux-ci diverses positions : paix sociale, justice, libertés individuelles, fonction du médecin, nature de la maladie mentale, société fermée ou ouverte, pensée unique ou plurielle, possibilité de la poésie ou condamnation au titre d'art dégénéré, existence de la folie et au bout du compte de l'être... On ne peut trancher sur ce point particulier de la contrainte aux soins psychiatriques sans l'envisager comme une conséquence d'un débat plus large, de société, et même de culture et de civilisation.

La loi de 1838 a été discutée par les parlementaires pendant deux ans. Il ne faudrait pas que sa réforme en 2011 s'entérine en deux semaines de débats à visée électoraliste. ■

« La place du psychiatre n'est pas de s'installer en position d'autorité qui décide pour le patient. »

Résister à la « iatrogenèse » ?

Peut-on encore, de nos jours, résister à la médicalisation de la vie ?

Alain Brossat, C'est, à cet égard, une expérience tout philosophe à fait singulière que de lire ou relire aujourd'hui *Némésis médicale – l'expropriation de la santé*, d'Ivan Illich, publié en 1975, un livre abondamment commenté en son temps, adressé à un large public ; un livre qui, surtout, exprimait alors une sensibilité critique répandue dans les pays développés, même si elle demeurait minoritaire ¹.

C'est en effet une sorte de stupeur mêlée d'incrédulité qui, aujourd'hui, saisit le lecteur de cet essai, comme s'il nous provenait d'un monde non seulement très éloigné, mais tout autre, une terre inconnue, un monde perdu – une sorte de Dinotopia de la santé, de la médecine, de la « vie ».

L'essayiste, au sommet de sa notoriété alors, y énonce un diagnostic qui nous est aujourd'hui devenu à peu près inaudible : notre temps est celui d'une « industrialisation » de la santé, d'une médicalisation intense de la vie ; les sociétés développées connaissent une véritable « invasion médicale », la médecine y est devenue « un atelier de réparation et d'entretien destiné à maintenir en état de fonctionnement l'homme usé par une production inhumaine ».

L'homme contemporain, dans ces sociétés, est devenu, de part en part, un « assisté » médical, nous nous y transformons en « un peuple consommateur de santé ». Cette nouvelle condition de dépendance à l'égard du dispositif médical renvoie à l'argument clé de cette apologétique de la médecine qui proclame que c'est à elle que nous devrions l'augmentation croissante de l'espérance de vie depuis le XVIII^e siècle. Or, soutient Illich, il n'en est rien : le premier des facteurs qu'il convient de mentionner ici est l'évolution de l'environnement général, incluant le mode de vie et des facteurs tels que le traitement des eaux, l'usage du savon, l'installation de fosses septiques... Pour le reste, les soins médicaux ne sont pas seulement inutiles, le plus souvent l'« impact négatif » de l'entreprise médicale « constitue l'une des épidémies les plus envahissantes de notre temps ».

La médicalisation de la société, de la vie, ce processus de « iatrogenèse » propre aux sociétés déve-

loppées, peut être définie comme une véritable « épidémie » : « c'est la médecine actuelle qui rend la société plus malsaine ». Mais c'est là, avec Illich, un « long discours » qui jette ses derniers feux : il nous est, aujourd'hui, devenu absolument étranger, non pas tant pour l'accord ou le désaccord qu'il susciterait, mais, plus radicalement : nous ne pouvons plus l'entendre que comme une « curiosité » issue d'un *topos* dont nous sommes radicalement séparés, comme le serait, disons, une argumentation en faveur du rétablissement de la torture dans le cadre des procédures judiciaires ou en faveur de la re-criminalisation des blasphèmes.

Illich écrit sur ce seuil où une *alternative globale* – culturelle et politique – à la mise en équivalence de la médicalisation de la société et à la défense et promotion de « la vie » *peut encore* être énoncée et promue et où une résistance à cette évolution peut encore être prônée. Une alternative devenue particulièrement inaudible aujourd'hui, pour autant qu'elle met l'accent sur un projet global de promotion de l'autonomie : « garantir aux gens plus de libertés pour faire les choses eux-mêmes », ce qui, en matière de santé, veut dire : résister à la surmédicalisation, prendre ses propres responsabilités face à la maladie, récuser le « soin-marchandise », concevoir que la « suppression institutionnelle » de la douleur crée des conditions de dépendance à l'appareil médical et pharmaceutique sans cesse accrues ; accepter la mort comme une dimension de la vie – bref, en matière de santé comme en toute autre, « respecter les ressources inattendues de l'action personnelle ».

L'enjeu philosophique de ce texte, de la disparition pour nous de ses *conditions mêmes de possibilité*, c'est la question du pli : (de) là où Illich écrit ce livre, il est encore possible d'être *pris au sérieux* lorsqu'on prononce des sentences telles que : « Il est de plus en plus difficile de vieillir dans l'indépendance (...) Que les médecins contemporains le veuillent ou non, ils se conduisent en prêtres, en magiciens et en agents du pouvoir politique » ; le pli, c'est ce au-delà de quoi un tel énoncé, de « discutable », c'est-à-dire ouvert à la discussion, se transforme en pure et sim-

§Conflit d'intérêts
§Corruption, lobbying
§Manipulation
§Médicament, firmes pharmaceutiques

ple excentricité, voire en symptôme d'une pathologie avérée. Le pli nous rend sensible à la question de l'irréversible : si les « verdicts » d'Illich à propos de cette « société morbide » qui exige une « médicalisation universelle » ont toutes les chances d'apparaître aux contemporains comme de pures vaticinations, c'est que nous sommes enveloppés par l'*irréversible* de la médicalisation et de son corollaire, le « droit à la vie ». Aujourd'hui, les propositions d'Illich sont vouées à appeler ce type d'objection : « Si vous êtes contre ce qui protège la vie *en premier lieu* (la médecine, les dispositifs de santé), c'est que vous êtes *contre la vie* ! Mais saurait-on être à ce point *nihiliste* ? »

Illich avance, dans *Némésis médicale*, diverses « propositions » qui, relues et réinterprétées aux conditions du « droit à la vie », apparaissent comme relevant d'un extrémisme extravagant confinant parfois à la perversité – alors même que l'esprit qui les inspire est celui d'une projet néo-libertaire fondé sur le redéploiement des enjeux de l'autonomie, soit un projet relevant distinctement d'une position philosophique et politique : dénonciation de la puissance croissante de la « bureaucratie », médicalisation de la vieillesse, de l'acharnement à faire vivre vieux, de l'abus des « dépistages » qui « transforment des gens se sentant bien portants en patients anxieux », conversion du malade en « matière première pour l'avancement de la science médicale », « aliénation de la douleur », promotion d'un « droit civique » à mourir sous traitement médical, élimination de la mort naturelle », etc.

Les paradigmes biopolitiques de la protection de la vie, de sa nécessaire mise sous tutelle sont devenus des données, des évidences si enveloppantes que la problématisation de l'opposition entre la disposition de soi-même par l'individu considérée comme une valeur éminente et cette présomption de la médecine qui la conduit à « engager une lutte pour le salut de l'humanité » apparaît sans objet. Tout se passe désormais comme si ces questions avaient été « réglées » par le procès de la civilisation, au même titre que celle des disettes, des épidémies de peste ou des guerres de religion (en Occident). Lorsque Illich énonce que plus se globalise la « médicalisation de la vie », plus la question de la maladie tend à se « dépolitiser », nos contemporains

ouvrent de grands yeux : *et en quoi diable la maladie serait une question politique ??!*

Une telle question a aujourd'hui à peu près autant de chance d'être entendue que la proposition (stoïcienne) qui affirmerait : la retraite (au sens contemporain du terme), ça sert à se *préparer à la mort*, se préparer à mourir *dignement* – au sens que Sénèque (par opposition à de Closets) donne à ce terme.

Illich dressait, il n'y a jamais que quelques décennies, une barricade contre la montée du paradigme médical dans toutes les sphères de la vie, un paradigme qui lui apparaissait proprement désastreux. Il y voyait en effet la marque, la cause et l'effet en même temps, du rétablissement d'un *état de minorité* des individus, là où les sociétés modernes avaient gravé à leur fronton ce principe de majorité – la condition citoyenne. Cette barricade, ou ce qu'il en reste,

se visite aujourd'hui comme un site antique, une curiosité – tant la médicalisation de la vie semble s'être irréversiblement incorporée au procès de la civilisation lui-même...

Désormais, donc, une petite décennie après la disparition d'Illich, nous ne pouvons plus résister à la médicalisation de la société, à la médicalisation de la vie que *de l'intérieur même* de ce processus général, tel qu'il apparaît comme irréversible et serti dans le procès de la civilisation. Nous pouvons, par exemple, résister à la surconsommation de médicaments, pour notre compte personnel – mais toujours en dialogue avec notre médecin traitant ; nous pouvons partager les jugements critiques qui ont été portés sur la prise en charge par l'autorité sanitaire de l'alerte H1N1 en 2009, mais nous n'irons pas renoncer pour autant à nous faire vacciner contre la grippe, si nous avons atteint un certain âge, lors de la prochaine campagne hivernale ; et même si nous ne sommes pas tout à fait convaincus de la fiabilité des tests destinés à renforcer la prévention des cancers du côlon, de la prostate et du reste – nous les faisons. Nos gestes de résistance au pan-médicalisme d'époque sont devenus circonspects, modiques, retenus. Adieu, camarade Illich ! ■

■
1. Ivan Illich, *Némésis médicale, l'expropriation de la santé*, Points-Seuil, 1975.

« Nous ne pouvons plus résister à la médicalisation de la société. »

Pantalonnade et mascarade

Pour la deuxième fois, le dossier doit passer devant cette commission de la Sécurité sociale...

Irma Lacolère Pour la deuxième fois, le dossier doit passer devant cette commission de la Sécurité sociale pour savoir si je suis malade et malade du travail. J'espère que ce sera la bonne, car j'en ai assez de répéter aux médecins mon histoire. Cette souffrance qu'on m'a infligée, c'est comme un viol, un viol de mon existence. Il a fallu que je raconte mes souffrances devant le médecin du travail, pendant des mois, devant le médecin généraliste, puis le médecin conseil, l'enquêteur et encore l'expert de la Sécu, l'expert du patron, la contre-expertise de la Sécu, puis le médecin du travail avant mon licenciement, puis l'avocat, et puis à l'ANPE. Penser travailler est impossible, en fin de droit de chômage, je suis de nouveau en arrêt de travail pendant deux ans. Le médecin de la CPAM juge enfin que je suis inapte au travail, et propose l'invalidité deuxième catégorie. Parallèlement à mes revenus qui rétrécissent comme une peau de chagrin, ma rage monte. Après la première déclaration de maladie professionnelle, j'ai passé toutes les étapes : il y a un lien avec le travail, mais refus, je ne suis pas assez atteinte. Maintenant, on va voir, j'ai bien ces fameux 25 % puisque je suis en catégorie 2. On tente une deuxième déclaration, mais c'est encore le calvaire de raconter son histoire à tous ces médecins.

On arrive à l'étape ultime, et c'est bien parce que le médecin généraliste me l'a demandé que je vais consulter ce fameux dossier qui doit être présenté à la commission. Pour cela, il faut appeler la plateforme de la Sécurité sociale au 3646, puis on me rappelle, on me fixe un rendez-vous, sans choix possible. Le parcours du combattant. C'est opprimée que je me rends là où est mon dossier. L'employée, étonnée que je vienne, s'assied en face de moi, enlève certains documents du dossier et me

tend le reste. « Cela sert à quoi que je vienne ? Vous ne me laissez que le courrier que j'ai envoyé, donnez-moi le reste. Vous faites de la rétention d'information. Vous vous moquez du monde. » Elle hésite... « Appelez Monsieur X ». J'insiste tellement, elle est surprise que je connaisse ce collègue, elle finit par l'appeler. Le voilà qui vient. Petit à petit, je grignote les pièces du dossier. « Mais il n'y a rien dans ce dossier... Où sont les observations et les conclusions du dossier de 2004 qui relate les faits initiaux ? » La colère me ronge quand je vois le courrier de mon employeur qui me traite de profiteuse : c'est eux qui font des profits à la Bourse, pas moi.

« La colère me ronge quand je vois le courrier de mon employeur qui me traite de profiteuse »

Même si je suis dans une rage folle, j'ai bien fait d'y aller, si ma souffrance morale au travail n'est pas reconnue, je ne pourrai jamais guérir, c'est décidé j'irai au Tribunal Administratif. Cette fois-ci, le médecin de la CPAM a décidé de ne pas reconnaître la maladie professionnelle, car je ne suis pas stabilisée, pourtant l'an passé, elle a décidé de l'invalidité.

Toujours pas stabilisée depuis sept ans, il faut donc que je me suicide pour l'être ? Ce n'est que mascarade et pantalonnade, magouilles complices entre médecin conseil, CPAM, patrons et Medef. Il faut donc être morte, pour être enfin reconnue avoir été tuée par le travail ? Ce que j'ai cru comprendre, c'est qu'ils ne veulent pas reconnaître le traumatisme psychologique secondaire au harcèlement au travail, car s'il est reconnu pour un nombre important de travailleurs, la CPAM sera obligée d'inclure ce traumatisme dans le tableau des maladies professionnelles, et comme cette maladie est une vraie épidémie, cela risquerait de coûter trop cher. Médecins, pour nous sauver, il est de votre devoir de déclarer en maladie professionnelle tous les patients qui vous consultent pour des troubles psychiques liés à un harcèlement. ■

§Maladies professionnelles, santé au travail, accident du travail
§Médecine du travail
§Maltraitance
§Arrêt de travail

| DOSSIER



Sauvons la Maison de la Naissance

Une association nantaise d'usagers et de professionnels défend les pratiques alternatives d'accompagnement à la naissance mises en danger par une suractivité imposée.

Lydie Mireux, sage-femme et ses collègues de l'association La Maison de la Naissance, à Saint-Sébastien-sur-Loire (près de Nantes), est une maternité née il y a vingt-cinq ans. Porté par le désir d'une association d'usagers, en coopération avec une équipe de soignants et les Mutuelles de Loire-Atlantique, le projet répondait bien aux valeurs de la mutualité (prévention, accompagnement, solidarité, humanisme, soins de qualité pour tous). Le projet a « tenu la route », fait ses preuves en passant en vingt ans de 800 à 1 800 naissances/an, tout en restant fidèle à la philosophie initiale. La taille humaine du lieu, la qualité d'écoute et d'accompagnement, la médicalisation à bon escient, le respect des couples et de leurs choix, étaient très appréciés des usagers qui venaient y vivre un moment unique.

En 2004, nous avons été contraints d'accepter, sur des arguments financiers et sécuritaires (regroupement de moyens en termes d'anesthésie sur un seul site), le regroupement sur le site de la nouvelle clinique Jules Verne, à Nantes, de deux maternités de cultures très différentes (privé et PSPH¹), exercice difficile et douloureux pour les équipes. En six ans, nous sommes passés de 2 500 à 2 900 naissances/an, en élargissant l'équipe, en incluant des nouveaux sans avoir le temps de « compagnonner », de partager le sens que nous donnons à nos gestes, à nos actes, à nos paroles ; ce qui était le fruit d'une réflexion commune avec les couples et forgeait la cohérence de nos pratiques. Entre temps, la T2A est passée par là... et en septembre 2010, la direction nous annonce un plan de redressement voué à combler un déficit majeur de la clinique, notamment sur le secteur PSPH (la maternité étant, elle, à l'équilibre). Ce plan prévoit, entre diverses solutions, de faire monter l'activité de la maternité de 2 900 à 3 200 naissances par an, à l'horizon 2012, avec le minimum légal de moyens en personnel médical afin de répondre à cette montée en charge.

Aucun moyen supplémentaire pour le personnel

médical et aucun moyen pour la nuit ! Jusqu'à présent, nous n'avions pas pour habitude de planifier des accouchements par déclenchement le jour pour diminuer l'activité de la nuit ! Quid de l'avenir ?

Dans le service, un dispositif de retour précoce accompagné est proposé en anténatal aux femmes qui le souhaitent.

Une grande partie du personnel, toutes catégories confondues, a interpellé la direction. Devant le refus de la direction d'entendre nos arguments, nous nous sommes constitués en association « Sauvons la Maison de la Naissance », composée à l'origine de nombreux soignants, puis ouverte aux usagers, afin d'alerter le public, et les pouvoirs publics, sur la dérive prévisible de notre pratique. Afin « d'éclairer » ce que nous pressentons de dérive potentielle ; prenons pour exemple la mise en place du nouveau poste de sage-femme : sept heures par jour, qui viennent s'ajouter aux cinq heures de consultations de semi-urgence quotidiennes (terme dépassé, contrôle de tension...). Nos gardes sont habituellement de douze heures au cours desquelles, lorsque nous accueillons une femme, nous sommes vigilants à offrir un accompagnement le plus respectueux possible de l'intimité du couple, en privilégiant la permanence d'une seule et même sage-femme.

Lorsque la sage-femme accueille une femme, elle l'accueille avec ses émotions, sa douleur, ses interrogations, ses doutes... C'est une première prise de contact : « Comment vous-sentez vous ? Comment s'est passée la grossesse ?... Et là, ça a commencé quand ?... C'est devenu plus fort... » ; et le contact s'installe, la confiance, et très vite... une forme d'attachement.

La sage-femme, c'est celle qui va être la ressource avec laquelle la femme va cheminer, se raccrocher au fur à mesure des étapes. Si nous voulons donner à cette femme toute latitude pour se faire confiance, aller chercher ses ressources propres, écouter son corps, son bébé, il faut pouvoir représenter cette force, discrète, la plus discrète possible, mais solide, dans la continuité, dans le regard

§Collectif

§Enfant, Périnatalité

§Femme, Condition féminine, Droit des femmes

§Maisons de santé

« Lorsque la sage-femme accueille une femme, c'est avec ses émotions, sa douleur, ses interrogations, ses doutes... »



qui accroche, qui accompagne et qui sait, rien qu'à regarder cette femme, comment elle chemine, et où elle en est rendue de son parcours. Qui sent, saisit l'instant où une étape se franchit, car c'est lors de ces « paliers » qu'il faut être présente... Lorsque la confiance s'est installée dans les premiers instants de la rencontre, elle s'offre et se vit naturellement.

Imaginons maintenant, l'activité qui « déborde », trois sages-femmes occupées, une femme qui arrive en travail..., la quatrième sage-femme, « pour aider », parce que ça fait partie de notre quotidien (on accueille chaque femme dès son arrivée)... pour aider les collègues... va recevoir cette femme, recueillir les premières paroles, les émotions... faire le point, et puis, organisation oblige... elle doit assurer les consultations d'urgence... elle va passer le relais, et là, c'est 50 % de la qualité relationnelle qui est perdue. On n'a pas vu évoluer cette femme, son corps n'est pas parlant à l'instant T... et pour mettre de la sécurité (!!) dans le suivi, on va brancher un monitoring... pour se garantir... contractions régulières, le bébé va bien...

Autre exemple : dans le quotidien du soin, ce que nous voulons préserver, c'est auprès d'une jeune accouchée, pouvoir se poser au bord du lit : « Comment vous sentez-vous ? Comment ça se passe ? »... et peut-être le besoin sera de l'aider pour la tétée, ou d'entendre l'ambivalence des émotions dans la découverte du nouveau-né, dans les sensations du corps... dans le « remue-ménage » physique, psychique, familial. Et après seulement, proposer de vérifier l'utérus, le périnée si besoin ; notre « contrôle » de soignant se fait, tout en passant au second plan, parce que, au premier plan, ce qui importe, c'est conforter cette femme dans ses capacités à devenir maman, à s'occuper de son enfant, à répondre mieux que quiconque aux besoins de son petit, en l'accompagnant à découvrir les réponses à SES interrogations.

Ce que nous craignons, c'est le dérapage insidieux qui peut toucher chacun d'entre nous, dans sa catégorie professionnelle :

C'est à l'accueil : le risque de ne plus lever la tête à l'arrivée d'une personne, continuer à répondre au téléphone, sans le tout petit geste ou le regard qui signale « oui, je vous ai vu... »

C'est en consultation, en salle de naissance ou en suites de couche, le geste médical qui s'impose, systématisé, sans avoir reçu au préalable l'assentiment de la patiente.

C'est le plateau repas que l'on dépose pendant le soin, le téléphone auquel on répond dans la chambre, en oubliant que le couple vit dans un espace privé (sa chambre) et que nous n'y sommes que les invités !

C'est la tentation de « pousser » les femmes dehors un peu plus vite... il faut bien faire de la place ! Et on risque ainsi de voir s'imposer la médicalisation systématique, les gestes et actes invasifs (sous prétexte de sécurité), un nombre croissant de déclenchements, de césariennes... : tout ce à quoi nous nous refusons depuis toujours.

Nous avons besoin de temps. Du temps pour accompagner les femmes et leur bébé, pour s'adapter au rythme de chacun. Du temps pour échanger et pour transmettre entre soignants.

Nous avons choisi la résistance par la voie associative. Notre première démarche a été d'alerter, par courrier, nos directions concernées sur les conséquences négatives de cette augmentation d'activité. Nous avons également demandé à les rencontrer.

Nous avons mis en place une pétition² qui recueille beaucoup de signatures et commentaires positifs de parents reconnaissant les valeurs importantes de la maternité.

Nous avons organisé une réunion publique en partenariat avec l'association d'utilisateurs « Bien Naître » (association à l'origine de « la Maison de la naissance ») destinée à informer la population nantaise du devenir de la maternité.

Nous avons demandé des réunions pour échanger sur nos pratiques, sur l'accompagnement des nouveaux arrivants, et sur les paroles d'utilisateurs... Nous voulons demander à notre direction une évaluation rapide après l'augmentation d'activité.

Nous avons ouvert un site Internet³.

Nous nous associons à des mouvements nationaux pour défendre la qualité des soins et la pérennité du secteur public.

La direction soutient : « Ailleurs, avec les moyens qui sont donnés, on arrive à faire très bien, et les patients sont contents (!) »

Nous nous refusons à faire « comme ailleurs » et les usagers, qui témoignent sur le site de notre pétition, ne s'y trompent pas. Ils revendiquent, et nous revendiquons, la vocation de la Maison de la naissance à rester une alternative à l'hyper médicalisation actuelle de la naissance.

Nous voulons garder notre identité ! Nous disons non à la pensée unique que le système veut nous imposer.

Le temps passé au bord d'un lit ne rentre pas dans les petites cases de la T2A !!! ■

■ 1. Etablissement de santé privé participant au service public hospitalier.

2. Pétition en ligne : www.petitionduweb.com/LA_MAISSON_DE_LA_NAISSANCE_DE_NANTES_EST_EN_DANGER-8361.html

3. Site de l'association : www.sauvonslamaisondelanaissance.fr/
e-mail : sauvonslamaisondelanaissance@gmail.com

Pas de bras, pas de chocolat...

Quand les nouveaux protocoles engendrent le non-sens et entravent les soins.

Didier Morisot, infirmier psychiatrique L'imagerie populaire renvoie volontiers l'image d'une bonne sœur lorsqu'il s'agit d'évoquer une infirmière. D'autres, aussi mal informés, la compareraient plutôt à une dinde en chaleur, nue sous la blouse... la réalité est toute autre, bien sûr : les infirmières sont des grenouilles. Et le feu n'est pas dans le string, il est sous la marmite...

\$Protocole

\$Service public, Fonction publique

\$Travail, Conditions de travail

\$Ressenti, émotion

Chers confrères, l'heure est grave, le danger rôde... le monde du soin est en effet menacé et sa raison d'être est remise en cause de façon insidieuse ; il nous faut réagir avant la perversion totale du machin... Car on voit déjà les conséquences du processus en d'autres domaines : les soldats de l'ONU qui regardent massacrer les gens en mâchant du chewing-gum, les associations caritatives engloutissant 80 % de leur budget en frais de fonctionnement, l'école tournant à la machine à exclure... Amis soignants, ne vous moquez pas, le monde de la santé ne vaut guère mieux : rappelez-vous l'Institut de Veille Sanitaire en 2003, anesthésié sous la clim (une canicule, ah bon, où ça ?). Et plus récemment, l'AFSSAPS avec le Médiateur®, aussi réactif qu'une palourde hémiplegique (oh, le gentil médicament...).

Le mal est donc universel, et la transformation de l'hôpital en usine à gaz du même type est hélas en bonne voie... chers collègues, tremblons devant l'histoire de la grenouille idiote : vous savez, celle qui, mise d'emblée dans l'eau chaude, s'en échappe en gueulant comme un putois. Par contre, la même bestiole nageant dans l'eau froide ne réagira pas, et finira ébouillantée si la marmite n'est chauffée que progressivement...

A l'hôpital, c'est pareil : on nous fait avaler des putains de couleuvres en inversant les priorités, à dose croissante... déjà, nous sommes bien souvent secrétaires avant d'être soignants, les infirmiers passant volontiers une plombe à demander le pedigree aux gens avant de pouvoir les soigner. On nous bassine également avec les diagnostics infirmiers (pourquoi faire simple quand on peut

faire compliqué...), la facturation à l'acte (il faut faire du chiffre, les gars...), l'Ordre Infirmier (heureusement en petite forme), « l'accréditation » (regarde : pas un grain de poussière, mais ne regarde pas trop sous les meubles...), etc.

Un exemple de paralysie du système vécu au SMUR, au temps où j'étais jeune, beau et fougueux : un accident de voiture, un mort, un blessé grave et une gamine de cinq ans qui se plaint du ventre. Une perfusion, des radios, un bilan avec groupe sanguin en urgence, tout ça tout ça...

– Stop, ça ne va pas être possible ! Stupeur dans l'assistance : c'est quoi le problème, madame du labo ?

– Le groupe sanguin, monsieur l'infirmier dans sa marmite : sans le nom et la date de naissance de l'enfant, je ne peux pas faire l'examen. Nous avons des nouveaux protocoles : plus le droit de faire un groupe sanguin sans identifier la personne.

Je ris nerveusement : et ta sœur, elle sodomise les mouches au bazooka ?

– Mais c'est un accident de voiture ; on n'a pas retrouvé ses papiers, madame du labo...

– M'en fous, j'applique les consignes, monsieur qui commence à bouillir...

Eh oui, c'est la vie ma pauvre Lucette : pas de bras, pas de chocolat !

C'est con avec une grenouille qui se met à gueuler comme un putois, surtout quand elle « interpelle » le boss après avoir réveillé Gérard, le standardiste, en coma dépassé devant les aventures de Caramel, l'ourson intrépide... les programmes télé de la nuit ; je vous dis pas comme ça peut être naze... Bref, je sors aussi du coma les autorités compétentes qui, elles, étaient au fond de leur lit : « GERARD !!! Passe-moi le directeur !!! » ...encore jamais fait un truc pareil ; d'habitude, je pourrais la tête des gens uniquement lorsqu'ils sont à la verticale. Le taulier s'en ramasse donc une pleine tronche, en se demandant ce qui lui arrive (wahoo... ce que je n'aimerais pas être réveillé comme ça...). Il passe directement du sommeil profond à l'engueulade XXL ; je lui parle d'hôpital de merde et de boulot à la con. J'évoque égale-

« La transformation de l'hôpital en usine à gaz est hélas en bonne voie... »

ment la démarche qualité en cours dans l'établissement, en lui suggérant de se la mettre où je pense... je sais, c'est grossier une grenouille en colère... Ceci dit, rassurez-vous : le brave homme a heureusement convaincu la fille du labo de revoir sa position, accrochée qu'elle était à ses principes, tel un morpion agrippé à son pubis préféré. Mais que d'énergie dépensée. pffff...

Des couleuvres, des grenouilles ; un vrai marécage, en fait. Dur dur de résister en terrain vaseux : les soins dans la Résistance des années 40 étaient certes plus dangereux, mais bien plus lisibles que la résistance dans les soins à l'époque actuelle. Car la menace est diffuse, l'ennemi avance à visage couvert, camarade : c'est pour une meilleure efficacité, nous sommes au service des patients. Mais bien sûr... depuis les lendemains qui chantent et l'avenir radieux promis par l'autorégulation des marchés, tout le monde sait que l'enfer est pavé d'intentions à deux balles. Et l'hôpital ne fait pas exception... l'hôpital, reflet de nos choix de société, nous qui élisons démocratiquement les élites gouvernantes qui nous endorment en nous caressant dans le sens du poil... le paternalisme visqueux dans certains services, les restrictions de moyens, les

« cadres de proximité » qui ressemblent furieusement à des managers, la dérive juridique et procédurière... tout cela arrive car certains succombent au terrorisme économique dominant, en fait. Mais un citoyen ne se réduit pas à son rôle de consommateur, et les patients n'ont pas vocation à devenir des clients sollicitant des prestataires de services ! La résistance doit être autant individuelle que politique, Monique...

...ppffff... ça y est, c'est tout moi, ça ; je m'étais juré de ne pas remonter sur les barricades... en attendant, il y en a un qui est content de son sort, c'est Caramel (l'ourson intrépide) ; il a trouvé du miel et se tape sur le ventre en sifflant. Comme quoi il y a des gens heureux à l'hôpital...

OK, je retire ce que j'ai dit, monsieur le directeur, je suis trop négatif : il y a effectivement des gens heureux dans votre boutique. Allez, c'est promis : la prochaine fois, je serai plus constructif ; je vous raconterai comment on résiste aussi à l'hôpital par l'humour (cette politesse du désespoir...), en bizutant les internes et en se trompant de corps à la morgue, au moment d'enlever la marchandise. Mort de rire à l'avance... ■

Naître où il ne faut pas

Didier Ménard, médecin généraliste

Conseil aux femmes enceintes d'origine étrangère séjournant de manière régulière sur le sol français.

Surtout ne quittez pas la France, car si par malheur vous deviez accoucher prématurément dans un pays du Maghreb ou en Afrique subsaharienne, vous seriez obligée soit d'abandonner votre bébé sur ce territoire en attendant la conclusion de la longue procédure de rapprochement familial, soit d'attendre un visa de tourisme pour l'enfant.

Dans ce dernier cas, revenu en France, votre bébé n'a pas de droit : pas de Sécurité sociale, même si vous ou votre conjoint travaillez et cotisez à l'Assurance maladie, et la Caisse d'allocation familiale ne se gênera pas de vous demander le remboursement de l'allocation jeune enfant que vous avez perçue et pour cela vous coupera les autres allocations en attendant de

faire son enquête. Ne laissez pas votre enfant divaguer sur la voie publique, un policier est capable de le mettre en rétention et un juge de l'expulser, car ce bébé n'a aucun droit, puisqu'il a eu le malheur de naître à l'étranger.

Ces conseils ne sont pas le délire d'un médecin de banlieue, mais la situation d'une famille qui fréquente son cabinet médical.

Heureusement, grâce à la mobilisation du cabinet médical, de l'ACSBE (Association communautaire Santé Bien-Être qui travaille pour l'accès aux soins) et de la municipalité de Saint-Denis, l'inscription à l'Assurance maladie est devenue possible, pour le reste on négocie.

Quand une République prive de ses droits un nourrisson, il est légitime de s'indigner et d'accuser cette République de bafouer les valeurs communes qu'elle prétend honorer. ■

§Accès au droit

§Accès aux soins

§Droit, législation - Naturaliser

Du conflit d'intérêt à l'expertise psychiatrique

Il faut choisir entre la victime et le coupable, entre la passivité et l'action, entre prescrire la soumission chimique ou la révolte.

« *Seul l'arbre qui a subi les assauts du vent est vraiment vigoureux car c'est dans cette lutte que ses racines, mises à l'épreuve, se fortifient.* » Sénèque

Yveline Frilay, médecin généraliste Juin 2008, convocation à une expertise psychiatrique à la demande du Conseil de l'Ordre Départemental des Médecins (CDOM), pour « mise en danger de la vie des patients, troubles psychiatriques graves,

alcoolisme ou toxicomanie », impossible d'y déroger, le texte de loi ne permet pas de s'y opposer... Vent de panique : un psychiatre nommé par l'Ordre, un par le Parquet, mais comment choisir le troisième ? Aidée par d'autres psys, je jetai mon dévolu sur un nom. Et si je tombais sur des experts comme à Outreau ?

Comment se déroule une expertise psychiatrique ? Qui mieux pourrait me renseigner qu'un expertisé ? Organisation de la rencontre : son discours était cohérent, la logorrhée importante, trop de détails, des phrases interminables.

Les procédés utilisés pour interdire de professer rappellent ceux de l'ex-URSSS : couper les revenus, faire taire. Faire passer un être pour parano, facile, la caractéristique principale, c'est qu'il a toujours raison. Mais comment faire lorsqu'on n'a pas tort ?

Le jour venu, trois psys, cela débute mal, mon élue est absente. Première question :

« Pourquoi ne vous êtes-vous pas présentée devant l'Ordre et êtes-vous venue ici ? »

Instinctivement, je décide de répondre par la loi, rien que par la loi :

« Si je ne me présente pas, il y a carence, si je suis interdite d'exercice, alors autant l'être pour quelque chose, c'est vous qui allez me dire si je suis folle. »

Le ton est donné, des réponses courtes, un rappel à la loi chaque fois que possible :

« Il est stipulé que nous n'avons pas à être entendus par l'Ordre quand une procédure judiciaire est en cours, or il y a une enquête au Parquet. Je n'ai pas la preuve que je dois être entendue à sa demande.

– Nous, nous avons cette lettre du procureur.

– Alors pourquoi l'Ordre ne m'a jamais apporté la preuve, pas plus que le Parquet ? J'avais écrit au procureur qui m'a seulement indiqué que ma plainte était enregistrée contre l'association. »

En cas de preuve du Parquet souhaitant mon audition par l'Ordre, c'est avec la justice et un avocat que j'aurais négocié, comme tout citoyen, la convocation illégale.

Le rapporteur m'inspire méfiance, pose sans cesse les mêmes questions, mes réponses restent courtes : « Monsieur je vous ai déjà dit que... » rappel de la réponse antérieure, pas un mot de plus, pas question de ressembler au parano avec ses phrases interminables. L'expertise a des relents de Vichy : « Dans quelle religion avez-vous été élevée ?

– Dans la religion du respect de l'autre, je suis baptisée, mais ne suis jamais allée au catéchisme.

– Pourquoi êtes-vous célibataire ? L'âge de vos premières règles ? »

Cela détermine-t-il l'âge de raison ?

En septembre 2007, les ennuis commencent : première invitation à se présenter devant le CDOM. Convocation montée de toutes pièces avant la dissolution du CDOM par Roselyne Bachelot ? Ne relevant pas de l'urgence, les échanges dureront neuf mois, l'intérim ne gérant que les affaires courantes. A chaque courrier, ma réponse est courte, invariable, « conformément à la loi, je n'ai pas à m'expliquer sur une affaire tant qu'elle n'est pas jugée. » Ni l'Ordre, ni le Parquet, tous deux interrogés, ne révéleront de qui émane la demande d'interrogatoire. L'argumentaire est de poids pour réfuter la convocation : une plainte contre l'Association enregistrée au Parquet en février 2007, interrogation en juillet 2007 à la brigade des finances. Il est hors de question de dévoiler à l'Ordre les soupçons de maltraitance supposée à l'encontre du tuteur associatif qui gérait plusieurs patients : spoliation des biens, privation de nourriture, aggravés par les manœuvres de soudoiment auprès de médecins pour hospitaliser les patients, prolonger leur séjour hors du domicile, hospitaliser en urgence pour des motifs futiles, placement en long séjour à 70 km de Paris, moins de seize heures après l'arrivée aux urgences... Relations privilégiées avec des médecins hospitaliers ? Après une hospitalisation

§Justice

§Conflit d'intérêts

§Expertise psychiatrique

§Ordre des médecins

de trois mois, le retour à domicile étant jugé improbable, le tuteur est autorisé par la loi à vendre l'appartement. La procédure sera validée sur Internet par le tuteur. Au prix de l'immobilier à Paris, quelle rentabilité ! Serait-ce le but des opérations ? Tout semble organisé : une entreprise de séduction auprès de la police de quartier : « Mais on le connaît Monsieur M., il est gentil ». Des familles portaient-elles plainte contre lui ? Tout commence quand, en octobre 2004, le juge des tutelles change, alors qu'un nombre important de patients doit bénéficier de mesures de tutelle, pas d'appartement, pas de tuteur, un appartement et toujours la même association nommée, cela ne concerne pas que mes patients. Avec ce tuteur, que de difficultés pour se faire payer les honoraires : « Vous nous donnez les feuilles de maladie et on vous rembourse ensuite ». J'avais d'emblée refusé. Il n'y a pas que les laboratoires pharmaceutiques qui invitent dans un grand hôtel parisien pour former les médecins. Ici pas question de médicaments, mais de tutelle glorifiée, du maintien à domicile, du placement, de domotique avec une entreprise privée.

Après trois quarts d'heure d'expertise, moins éprouvante que les deux heures d'interrogatoire de la brigade des finances (pauvre Jérôme Kerviel), je repars libre de chez les psychiatres. Le verdict sera révélé fin juillet, si j'étais jugée folle, comment trouver un avocat et s'en sortir, avec les vacances judiciaires ? Le verdict tombe par lettre recommandée. Tremblante, j'ouvre la lettre en présence d'un patient, consulte illico la conclusion : « Indemne de troubles psychiatriques, bonne en droit, a du caractère, a pu être considérée comme dérangeante. » Ouf !

Il faut attendre décembre pour comparaître devant la chambre régionale de l'Ordre assistée par un avocat, dommage, c'est à huit clos. La plaidoirie met mal à l'aise les conseillers ordinaires, toutes les deux phrases : « Vous arrive-t-il souvent de demander une expertise psychiatrique à un médecin qui fait son travail ? » Ce sera dit une dizaine de fois, avant que l'on puisse entendre : non. Définitivement sauvée !

Coincidence ? Depuis juin 2008, plus d'ateliers avec les médecins, les appartements ne sont plus vendus, les honoraires sont payés dans des délais raisonnables, cette tutelle n'est plus désignée, le juge a changé, le tuteur ne sévit plus. Reste une grosse ombre, l'affaire n'a toujours pas été jugée, l'instruction est-elle finie ? Après six mois de signalements, il aura fallu l'envoi de photos, un reportage sur France Culture où une patiente témoigne des maltraitances financières qu'elle subit, pour qu'enfin le Parquet réagisse. L'association poursuit ses intimidations :

« Vous ne pourrez rien faire contre nous, nous connaissons du monde. »

Sous-entendu on est puissant, et encore :

« Pouvez-vous nous faire un courrier pour M^{me} A, qu'elle puisse rentrer dans un appartement relais le temps qu'on vende son appartement en viager ? – Elle peut rester chez elle pendant la vente, si vous voulez un certificat, envoyez un fax avec le motif. – Cela ne se fait pas. »

– Et bien, moi non plus. »

Le téléphone raccroché, appel du greffe des tutelles :

« Je suis le Dr., je souhaite un rendez-vous rapidement avec M^{me} Le Juge des tutelles. »

– Il en est hors de question, on reçoit trop de courrier de vous, vous êtes anormale pour un médecin. – Raison de plus pour me donner un rendez-vous car je n'ai pas de réponse, maintenant c'est URGENT. »

Barrage du juge des tutelles, signalements vains, exercice menacé, patients en danger, je décide de porter plainte contre l'association et la greffière. Recevoir des menaces est intolérable. L'expertise psychiatrique ne suffit pas, nouvelle convocation au CDOM pour participation à un reportage télévisé sur M6 et les SDF, des prétextes tirés du Code de déontologie : voir la plaque est de la publicité. Qu'en est-il de ces médecins qui refont la face, le nez, la liposuction, cela rapporte, alors qu'on s'insurge que les bénéficiaires de la CMU sont réfutés ? Un passage en conseil de discipline pour une nouvelle interdiction d'exercice risque d'être périlleux pour l'Ordre : les témoins sont des journalistes. Septembre 2010, on reprend le chemin du CDOM, pour refus de donner le dossier médical à la sœur d'une patiente, la loi n'autorisant que de confier le diagnostic de la mort. Deux raisons pour ne pas céder : une autopsie a été réalisée, la sœur n'est pas l'ayant droit.

« Et si j'avais donné le diagnostic ? » Réponse du conseiller : on pouvait porter plainte contre vous. Un procès verbal de conciliation doit être établi, sinon c'est le conseil de discipline ! Bien avant la loi HPST, l'Ordre impose de justifier une demande de remplacement pour trois samedis en deux mois, la réponse : « Pour assurer la continuité des soins dans un arrondissement où il n'y a pas de médecin le samedi ». En cas de refus, l'Ordre sera responsable. Les pratiques du Conseil de l'Ordre restent contraires à la logique d'un Etat de droit comme à l'idée de justice. Justice d'exception jugeant les hommes, non les faits, ne répondant pas aux mêmes exigences de protection que celles des citoyens, son interprétation du Code de déontologie, sa justice Extra-Ordinaire ne permet jamais de supputer les conclusions du jugement ordinaire. ■

« Les pratiques du Conseil de l'Ordre restent contraires à la logique d'un Etat de droit comme à l'idée de justice. »

Quoi de neuf du côté du Medef ?

La vraie transformation du système de soins, qui suppose la mise en place de formes d'activités plus coopératives entre professionnels, a besoin d'un débat public, pas de mécanismes de marché.

Pierre Volovitch, économiste **D**ébut novembre 2010, le « groupe de travail santé » du Medef a rédigé une note. Comme sans doute un peu de provocation ne leur fait pas peur, ils ont donné comme titre à cette note : « Confortons notre système d'assurance maladie ». Le sang de Laurent Mauduit, de *Médiapart*, n'a fait qu'un tour et le 15 décembre, il a publié un article vengeur : « Le plan secret du Medef pour dynamiser la Sécu ». Le problème, c'est qu'il n'y a rien de bien « secret » dans cette note. Bon, mais même s'il n'y a pas de « scoop », n'est-il pas toujours utile d'aller jeter un œil dans les plans de l'adversaire ? Alors, cette note du Medef, qu'est-ce qu'on peut en faire ?

§Protection sociale
§Marché
§Solidarité
§Financement
§Assurances

La résumer ?

Pour le Medef, il faut prendre une AMO (Assurance Maladie Obligatoire – la CNAMts) qui aura en charge le « gros risque » (celui dont les assureurs privés ne veulent pas) et des AMC (Assurances Maladie Complémentaires) qui auront en charge le « petit risque ». Ensuite, faire jouer la concurrence entre les AMC, car la concurrence va nous conduire à l'efficacité (meilleurs soins à un coût moindre grâce à des gains de productivité).

Enfin, encadrer l'activité des professionnels par des contrats, des protocoles. Ces contrats et protocoles étant construits à partir des informations dont dispose l'AMO et qu'elle mettra à disposition des AMC (en toute confidentialité sur les données individuelles).

Bon, la tambouille telle que l'aime le Medef.

La critiquer pour ce qu'elle contient ?

Sur la différenciation AMO, AMC :

- Comment séparer le « gros risque » du « petit risque » dès lors que le « gros risque » c'est souvent un « petit risque » qui n'a pas été pris en charge à temps... ?
- Le financement de l'AMO (lié au revenu, sans prise en compte de l'âge et de la structure familiale) et le financement des AMC (le plus sou-

vent forfaitaire avec prise en compte de l'âge et de la structure familiale) ne sont pas du même type. Il ne s'agit pas de « couvertures » en quelque sorte interchangeables. Dans le cas de l'AMO, il y a un financement redistributif (un peu) entre les hauts revenus et les bas revenus, dans le cas de l'AMC les plus modestes ont plus de mal à se couvrir.

Sur la concurrence :

- En admettant que la concurrence crée des gains de productivité (ce qui reste à démontrer dans le domaine du soin, voir ci-dessous), la concurrence va créer des « coûts de transaction » (il faut faire de la pub, attirer le client, ouvrir des agences sur le terrain...). Quelle assurance a-t-on que les gains liés à la hausse de la productivité seront supérieurs aux dépenses supplémentaires liées à ces « coûts de transaction » ?

« Jusqu'où la libre concurrence ? »

- Le modèle concurrentiel suppose que le client ait une « bonne » connaissance du marché. On sait depuis longtemps que le patient face au professionnel est dans une situation « d'asymétrie d'information » qui interdit tout phénomène concurrentiel.

- La concurrence suppose que les conditions de production du produit puissent être comparées. Tant pour l'hôpital que pour la médecine de ville, les obstacles à cette comparaison sont multiples. Quelle définition et mesure de ce qui est produit ? Quelle possibilité de comparaison des conditions de production (soigner, pour la même pathologie – une fois admis que l'on peut définir une « même pathologie » – une personne jeune, incluse socialement, ou une personne âgée, exclue socialement, est-ce la même chose ?)

- La concurrence, pour exister, suppose qu'il y ait des capacités d'offres en excédent. Si les capacités d'offres sont inférieures à la demande, il n'y a pas de concurrence. Introduire de la concurrence dans le domaine du soin, en particulier dans le domaine hospitalier, suppose donc de disposer de capacités de production excédentaires. Vu le coût de mise en place de capacité

- de production dans le domaine du soin, mettre en place des capacités excédentaires est-ce une « bonne » solution du point de vue des coûts ?
- La concurrence dans le domaine du soin s'exerce dans une aire géographique limitée. L'hôpital de Strasbourg, pour excellent qu'il soit, n'est pas en concurrence avec celui de Montpellier. Rien n'est dit dans cette note du Medef sur la question de la répartition territoriale.
 - Jusqu'où la libre concurrence ? Pour prendre par exemple la question des domaines de compétence des différentes professions (médecins, infirmières, pharmaciens...). Même la note du Medef n'envisage pas de régler le problème en faisant jouer la concurrence entre eux. On en appelle à la régulation de l'Etat.
 - La prévention n'est abordée qu'à la fin de la note. La prévention ici est confiée aux AMC. Or l'existence d'une concurrence entre AMC suppose que le patient puisse changer d'assureur. Mais à l'inverse, la mise en place d'une politique de prévention par un assureur suppose qu'il puisse penser tirer profit des politiques de prévention qu'il a mises en place. Ce qui suppose que les assurés pour qui il a mis en place ces politiques de prévention n'aillent pas chez le concurrent qui, dès lors, profiterait des efforts de prévention. Alors...

Sur l'amélioration des pratiques :

- Les études (américaines) sur l'amélioration des pratiques dont on dispose démontrent que la voie la plus riche d'amélioration des pratiques est le travail en commun des professionnels. La signature par les professionnels de contrats (individuels) avec des assureurs est-elle un bon moyen d'améliorer les pratiques ?

La critiquer pour ce qu'elle néglige ?

- La dimension « sociale » du soin est évoquée... pour être rapidement évacuée. Réduire la médecine à sa dimension technique est sans doute un des meilleurs moyens de tomber dans des scénarios ridicules. Dans la note, l'accès aux soins pour les vieux dans les régions rurales désertifiées est résolu grâce à la télé-médecine...
- La question des revenus des professionnels (niveaux de revenus, écarts, évolution) n'est jamais traitée. La note n'arrête pas de tourner autour de la question, mais elle n'est jamais traitée de front. Si on transfère des activités des médecins vers les paramédicaux (ce qui pourrait être souhaitable), il faut dire aux médecins quel impact aura ce transfert sur leurs revenus, sauf à se trouver face à une résistance forte. Si on fait des économies en « externalisant » des activités hospitalières, c'est bien parce que les salaires de ces salariés « externalisés », et qui auront perdu la protection du statut de la fonction publique, seront plus bas que

lorsqu'ils étaient hospitaliers...

- La « structuration » des milieux professionnels. Peut-on réorganiser le système de soins, peut-on se lancer dans une politique de contrats (ou de contraintes) avec les professionnels sans avoir négocié avec des acteurs collectifs représentatifs ?

Faire un sort particulier aux arguties sur le financement qui servent de support à cette note ?

- « L'AMO est financée aujourd'hui à 90 % par les actifs et 10 % par les retraités alors que les prestations concernent 60 % des actifs et 40 % des retraités ». Si c'est la répartition « inégale » entre actifs et retraités qui pose problème pour l'Assurance maladie, alors l'assurance vieillesse a de l'inquiétude à se faire ! En effet, cette dernière est quant à elle financée à 100 % par des actifs et les prestations sont versées à 100 % à des retraités ! Plus sérieusement, on peut faire financer plus les retraités (en Allemagne, le taux de cotisation d'assurance maladie des retraités est le même que celui des actifs et les caisses de retraite s'acquittent de la « part patronale »), mais il faut dire ce que l'on fait du niveau des retraites (parce qu'en Allemagne, ce sont évidemment les cotisations de retraite qui financent, via les caisses de retraite, ces cotisations d'assurance maladie...).
- Revenir, bien sûr, sur l'idée que toute hausse des recettes est impossible, en particulier si elle devait reposer sur les entreprises... On aimerait assister aux discussions entre la FFSA (fédération des entreprises de l'Assurance, qui espère des gains du rôle renforcé des Complémentaires) et les Fédérations industrielles du Medef (pour elles les Couvertures complémentaires sont un coût) quand on arrive à ces questions.

Sous le poids du dogme de la « baisse des prélèvements obligatoires », en une période où les politiques et les médias nous bassinent de discours alarmistes sur la « dette », la fraction du Medef qui a des « assurances » à vendre continue à réclamer un retrait de l'Assurance maladie.

Prudentes, les sociétés d'assurance ne demandent pas à tout couvrir. Certains soins de santé, les plus lourds et les plus coûteux, sont « inassurables ». Elles veulent couvrir ce qui peut rapporter sans leur faire courir de trop grands risques. Pour avancer dans ce sens, elles habillent leur argumentation de justifications (sur l'efficacité du système) totalement fantasmatiques.

La vraie transformation du système de soins, qui suppose la mise en place de forme d'activités plus coopératives entre professionnels, a besoin d'un débat public, pas de mécanismes de marché. ■

« Réduire la médecine à sa dimension technique : le meilleur moyen de tomber dans des scénarios ridicules. »

Pénibilité et retraite

Bien comprendre les subtilités des dispositifs de la loi du 19 novembre 2010 sur la pénibilité du travail et la retraite.

Annie Jolivet, économiste à l'Institut de recherches économiques et sociales (IRES), chercheuse associée au CREAPT-CEE

La loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites crée un dispositif de départ anticipé à la retraite au titre de la pénibilité du travail. Par ailleurs, le dispositif de retraite anticipé pour carrière longue, issu de la réforme des retraites de 2003, est maintenu et modifié par décret. Ces deux dispositifs sont présentés comme complémentaires.

Le dispositif spécifique de la retraite pour pénibilité privilégie une approche médicale et individuelle. Il a de ce fait un champ limité, et ne prend en particulier pas en compte les effets différés sur la santé.

Enfin, les incitations réelles à la prévention restent floues.

Deux dispositifs limités

Créée par la loi portant réforme des retraites d'août 2003, la retraite anticipée pour longue carrière permet un départ à taux plein avant 60 ans à

condition d'avoir validé huit trimestres de plus que la durée d'assurance requise (et que la durée d'assurance soit réellement cotisée, ce qui pénalise les femmes).

En 2004, elle permettait un départ au plus tôt à 56 ans. La loi de 2010 prolonge le dispositif, mais relève l'âge de départ au plus tôt à 58 ans (pour un début d'activité professionnelle à 14 ans), et respectivement à 59 et 60 ans pour un début d'activité professionnelle à 15 et 16 ans. Ce relèvement, qui s'applique aux personnes nées à partir du 1^{er} janvier 1956, correspond donc à une augmentation

plus importante que pour l'ensemble des assurés (trois ans au lieu de deux).

La retraite anticipée pour longue carrière ne prend en compte la pénibilité que de façon très indirecte, comme le faisaient diverses mesures de cessation anticipée d'activité. Elle suppose que l'usure liée au travail est corrélée à la durée d'activité, et en l'occurrence à une longue durée d'activité. Elle ne prend pas en compte les conditions réelles de travail au cours de la vie professionnelle. Et surtout, compte tenu des conditions de début d'activité et de durée d'assurance, elle ne pourra bénéficier qu'à un nombre de plus en plus réduit de personnes.

Le dispositif spécifique « pénibilité » créé par la

loi de 2010 est ouvert aux personnes dont l'état de santé est altéré pour des raisons imputables au travail. La retraite au titre de la pénibilité permet alors d'une part de maintenir un droit à liquider sa retraite à 60 ans, d'autre part d'obtenir le taux plein, quelle que soit la durée d'assurance effective. Ce dispositif s'applique à partir du 1^{er} juillet 2011 aux salariés du régime général, aux salariés du régime agricole et aux travailleurs non-salariés des professions agricoles.

Parce qu'il s'agit de prendre en compte les altérations de la santé liées au travail, seules sont retenues les altérations correspondant à des maladies professionnelles. Les accidents du travail ne peuvent permettre de bénéficier de la « retraite pénibilité » que si les lésions sont identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle. Cette première condition se combine avec une seconde : justifier d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 10 %.

La combinaison de ces deux conditions permet de distinguer deux volets de la retraite pénibilité. Le premier volet concerne les assurés justifiant d'une incapacité permanente (ou IPP, incapacité permanente partielle) d'au moins 20 % reconnue au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail ayant entraîné des lésions identiques à celles qui sont indemnisées au titre d'une maladie professionnelle. Pour les personnes dont l'incapacité est liée à une maladie professionnelle, aucune autre condition n'est requise. Le droit à retraite au titre de la pénibilité est ouvert. Si aucune autre condition n'est requise, c'est parce que le lien entre maladies professionnelles et conditions de travail est le plus souvent avéré. Pour les personnes dont l'incapacité est reconnue suite à un accident du travail, une étape supplémentaire est nécessaire : la vérification que les lésions sont identiques à celles d'une maladie professionnelle. Cette vérification est opérée par le médecin-conseil au niveau régional. Si l'identité des lésions n'est pas reconnue, le droit à retraite sera refusé.

Le second volet concerne les assurés justifiant d'une incapacité permanente de 10 % à moins de 20 %, toujours liée à une maladie professionnelle ou à un accident du travail. Dans ce cas, deux conditions doivent être remplies : l'exposition à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels

§ Travail, Conditions de travail

§ Réforme

§ Pénibilité

§ Retraite

« La retraite anticipée pour longue carrière ne prend pas en compte les conditions réelles de travail au cours de la vie professionnelle. »

« Travailler plus longtemps », *Problèmes politiques et sociaux*, n° 973-974, juin-juillet 2010, La Documentation française.

pendant une certaine durée, un lien direct établi entre cette exposition et l'incapacité permanente par une commission pluridisciplinaire.

Les projets de décrets retiennent une durée d'exposition de dix-sept ans minimum et des facteurs de risques relevant de trois domaines (liste en encadré). La durée prise en compte ne dépend pas du régime dont relevait la personne au moment des expositions : un(e) salarié(e) du régime général peut par exemple faire valoir la durée pendant laquelle il/elle a été exposé(e) aux facteurs de risques énumérés au titre d'une activité d'indépendant(e).

Liste des facteurs de risques professionnels (projet de décret)

Cette liste est insérée dans le Code du travail (4^e partie, livre 1^{er} titre II, chapitre 1^{er}, section 2)

Contraintes physiques marquées :

les manutentions manuelles de charges définies à l'article R.4541-2 ;

les postures pénibles définies comme position forcée des articulations ;

les vibrations mécaniques définies à l'article R.4441-1.

Environnement agressif :

les agents chimiques dangereux mentionnés aux articles R.4412-3 et R.4412-60 ;

les activités exercées en milieu hyperbare définies à l'article R.4461-1 ;

les températures extrêmes ;

le bruit mentionné à l'article R.4431-1.

Contraintes liées aux rythmes de travail :

le travail de nuit dans les conditions fixées aux articles L.3122-29 et L.3122-30 ;

le travail en équipes successives alternantes ;

le travail répétitif caractérisé par la répétition d'un même geste, à une cadence élevée, imposé ou non par le déplacement automatique d'une pièce, avec un temps de cycle défini.

Ces deux volets dessinent un dispositif très limité. Si dans le premier volet, les personnes sont présumées avoir été exposées à des facteurs de pénibilité, dans le second volet, elles doivent apporter la preuve de l'exposition et de l'existence d'une causalité. De plus, compte tenu du seuil d'incapacité permanente retenu, ce dispositif n'est ouvert qu'à des personnes dont l'état de santé est très dégradé. Le seuil de 20 % est en effet un seuil rarement atteint, en particulier dans le cas des maladies professionnelles. Même le taux réduit de 10 % place la barre très haut compte tenu des taux habituellement reconnus. Dans le cas du rachis dorsolombaire, c'est seulement si la persistance de la douleur et la gêne fonctionnelle peuvent être qualifiées d'importantes que le taux d'IPP atteint 15 à 25 %. Enfin,

le dispositif ne tient pas compte du taux d'incapacité global, mais du taux d'incapacité permanente partielle, c'est-à-dire des seules atteintes qui peuvent être rattachées à une maladie professionnelle. C'est donc un dispositif purement individuel, fondé sur des pathologies avérées et une incapacité professionnelle appréciée a minima.

L'incapacité ne recoupe pas la pénibilité

Le choix fait par le gouvernement d'une approche médicale et individuelle a l'avantage d'être, a priori, simple d'application et surtout peu coûteux, puisque le nombre de personnes répondant à ces critères devrait être limité (30 000 par an pour les deux volets « pénibilité »). Il répond cependant mal aux questions soulevées par une réflexion sur la pénibilité du travail.

On distingue trois acceptions de la pénibilité.

Une première acception se réfère aux contraintes et nuisances tout au long de la vie professionnelle qui ont des effets potentiels sur la longévité, la qualité de vie et la santé au grand âge. L'espérance de vie sans incapacité ne progresse pas de la même façon pour tous (voir par exemple E. Cambois, C. Laborde, J.-M. Robine, « La "double peine" des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte », *Populations et Sociétés*, n° 441, 2008). Trois types de conditions de travail sont aujourd'hui connues pour altérer significativement l'espérance de vie : des exigences physiques dans le travail (port de charges lourdes, postures difficiles, vibrations, cadences imposées, forte chaleur) ; les horaires atypiques (en particulier le travail de nuit et les horaires alternants) ; l'exposition aux agents toxiques ayant des effets différés (notamment les agents cancérigènes). L'exposition à ces contraintes pourrait justifier des départs plus précoces (avec un âge minimum de la retraite à taux plein inférieur ou une durée d'assurance requise réduite) à titre de compensation.

Une deuxième acception est la « pénibilité » à laquelle est confrontée une personne dont l'état de santé est déficient, en lien ou non avec le travail. Les altérations de la santé sont plus répandues quand l'âge s'élève. Elles peuvent entraîner des difficultés dans la réalisation du travail ou, à l'extrême, une impossibilité de travailler. Ce type de pénibilité conduit souvent à une sortie de l'emploi via l'invalidité, via l'incapacité puis le chômage, mais il peut aussi appeler des aménagements du travail (réduction du temps de travail, aménagement du poste, réaffectation).

La dernière acception de la « pénibilité », la plus fréquemment évoquée, correspond à la pénibilité ressentie. Un travail fatigant, astreignant, source d'inconfort, d'inquiétude ou de frustration peut

« Les altérations de la santé sont plus répandues quand l'âge s'élève. »

.../...

.../... provoquer un mal-être général, des troubles divers et le souhait de quitter la vie professionnelle sans tarder ou dès que possible. Cette pénibilité peut être ressentie à des âges très divers. Elle renvoie plutôt à une action sur l'organisation et les conditions de travail.

Les volets pénibilité de la loi se concentrent sur la deuxième acception de la pénibilité. Cependant, ils ne considèrent que les altérations de la santé liées au passé professionnel. Ils présentent deux importantes lacunes.

D'une part, la loi ne prend pas en compte les facteurs de risque à effet différé ni la question des différences d'espérance de vie en bonne santé. Or certaines contraintes et nuisances, rencontrées tout au long de la vie professionnelle, ont des effets potentiels sur la longévité et sur la santé au grand âge, donc sur la durée et la qualité de la retraite. C'est ce qui peut justifier des départs anticipés à titre de compensation. Le cas des cancers professionnels est particulièrement éclairant : pour des pathologies qui n'apparaissent qu'avec retard, voire après la retraite, est-il justifié de traiter différemment les personnes exposées aux mêmes risques selon que leur maladie se déclenche ou non avant la retraite ? Certes, la loi prévoit la création d'un comité scientifique avant le 30 mars 2011 pour « évaluer les conséquences de l'exposition aux facteurs de pénibilité sur l'espérance de vie avec et sans incapacité ». Cependant, les conclusions et recommandations sont attendues « avant le 1^{er} janvier 2014 », ce qui semble relativement lointain.

D'autre part, les dispositifs aménagent des départs

anticipés au plus tôt à 58 ans (à condition d'avoir une longue durée d'assurance) et à 60 ans pour les deux volets spécifiques « pénibilité ». Or les départs liés à l'usure existent bien avant 60 ans. Pour les personnes concernées, les problèmes de santé conduisent fréquemment à un licenciement pour inaptitude et à un revenu de remplacement souvent faible en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. La loi offre la possibilité, à titre expérimental et jusqu'en 2013, de conclure un accord de branche allégeant (temps partiel, tutorat) ou compensant (jours de repos, prime) la charge de travail des salariés occupés à des travaux pénibles. Reste à voir quelles dispositions pourraient être prises dans de tels accords et pour quels salariés.

Et la prévention ?

Le caractère individuel et médical du dispositif spécifique pénibilité est un réel obstacle à une réflexion sur les conditions de travail. Certes, la loi prévoit des incitations à la prévention de la pénibilité : suivi des expositions à des facteurs de pénibilité (dans le dossier médical en santé au travail et par l'établissement par l'employeur d'une fiche individuelle), élargissement des obligations de protection et de sécurité de l'employeur à la prévention de la pénibilité, élargissement des missions du CHSCT à l'analyse de l'exposition à des facteurs de pénibilité, obligation pour les entreprises d'au moins 50 salariés de négocier sur la prévention de la pénibilité d'ici janvier 2012.

Reste à voir dans quelle mesure ces incitations conduiront les entreprises à mettre en place des mesures de prévention et lesquelles. ■

Incapacité, invalidité, inaptitude à un poste de travail

La définition de ces notions et le contexte dans lequel elles s'appliquent diffèrent selon le Code dont elles relèvent (Code du travail et Code de la sécurité sociale essentiellement).

L'inaptitude définie par le Code du travail est une inaptitude au poste. Elle est appréciée par le médecin du travail. L'inaptitude ne s'accompagne pas nécessairement d'une incapacité, ni d'une reconnaissance au titre de travailleur handicapé.

L'incapacité est une notion utilisée dans deux cadres différents. L'incapacité totale ouvre droit à une pension d'invalidité. L'incapacité permanente est liée à une maladie professionnelle ou à un accident du travail. Elle n'ouvre pas forcément droit à une pension d'invalidité.

Lors du passage à la retraite, certaines prestations (pension d'invalidité, allocation adulte handicapé, rente d'incapacité permanente) ou la reconnaissance d'une inaptitude au travail ouvrent droit à une retraite au titre de l'inaptitude dans le régime général. Ce dispositif concerne chaque année environ une personne sur cinq liquidant sa retraite au régime général. La retraite pour inaptitude permet un départ en retraite à taux plein dès 60 ans, mais cet âge seuil va être progressivement relevé à 62 ans par la loi du 9 novembre 2010. Pour plus de détails sur les conditions particulières de ces différents dispositifs, voir les documents du groupe de travail du 9 mars 2011 réuni sur le thème « Inaptitude, incapacité, invalidité, pénibilité et retraite » librement accessible sur le site du Conseil d'orientation des retraites, www.cor-retraites.fr

Pour une illustration des difficultés soulevées par des cas individuels, voir l'article de Fabienne Bardot et Annie Touranchet, « Partir plus tôt pour raisons de santé : le dilemme des médecins du travail », *Retraite et Société*, n° 49, 2006 (document 5 du groupe de travail cité).



La déserteuse

Le combat au quotidien contre les inégalités et les normes imposées par des gestionnaires finit par faire douter de l'essence même du métier de soignant. Quand la peur de se compromettre en obéissant à des injonctions iniques pointe son nez, il ne reste que l'insoumission.

Sylvie Cognard, J'ai grandi dans la période d'après-guerre médecin généraliste entre des parents qui avaient participé, à leur échelle, à la Résistance. J'ai été bercée par des idéaux de laïcité, de pacifisme et d'altérité. J'ai appris que pour que la vie

ait un sens, je ne devais rien accepter qui soit en contradiction flagrante avec mes principes, même si cela m'était prescrit par les conventions sociales ou une autorité quelle qu'elle soit.

Durant mes études, je me suis indignée lors de mes stages à l'hôpital où les patients étaient souvent considérés comme des « maladies » et non des êtres humains. Mon installation dans une cité défavorisée a été un choix engagé. Auprès des plus démunis, j'ai vite pris conscience des inégalités de santé et d'accès aux soins. J'ai constaté au jour le jour combien les problèmes sociaux généraient le mal-être et la maladie. Mon indignation et mes révoltes ont nourri des résistances et des combats au quotidien pour et avec les patients.

Au fur et à mesure de la transformation de notre système de santé en système marchand, alors que l'avènement de la CMU me permettait de mieux soigner les personnes les plus précaires, je me trouvais de plus en plus souvent confrontée à des problèmes pour prescrire des arrêts de travail, demander des reconnaissances en maladie professionnelle ou en accident du travail, des pensions d'invalidité, des allocations adulte handicapé, des affections de longue durée. Peu à peu la CPAM devenait un obstacle, les médecins conseils des gestionnaires plutôt que des alliés. Chaque dossier,

chaque prescription devenait un combat pour faire reconnaître des droits. A la charge de travail du prendre soin et d'écouter de chacun se rajoutait inexorablement une paperasserie chronophage.

Les patients en venaient à être considérés comme des fraudeurs et des abuseurs, leurs restes à charge grandissaient. J'étais soupçonnée d'être laxiste.

Il ne s'agissait plus de prendre soin, il s'agissait désormais d'imposer, de contrôler, de compter, d'évaluer dans une médicalisation galopante et liberticide de chaque période de vie. A tel point que je ne trouvais plus de sens au métier que j'exerçais. Des doutes m'ont envahie, de plus en plus prégnants. Ces médicaments, ces examens que je prescrivais étaient-ils vraiment utiles, inoffensifs ? N'étais-je pas en train de devenir, à mon insu, une voleuse de libertés, un agent de remise aux normes, sur l'autel d'une « belle » médecine pourvoyeuse de longévité, voire de vie éternelle ? Me revenait la lecture du *Némésis médicale* d'Ivan Illich. *En tentant de repousser toujours plus loin les limites de notre finitude, la médecine de haute technicité en vient à privilégier notre longévité, par rapport à notre qualité de vie.* Il me semblait que les patients que je côtoyais avaient des vies déjà bien compliquées et pas très heureuses et qu'ils ne souhaitaient pas forcément vivre pour survivre longtemps envers et contre tout avec des traitements astreignants et coercitifs. Je ressentais plutôt chez eux une envie de brûler la vie par les deux bouts, de profiter de chaque instant qui pouvait leur réserver un petit bonheur, sans présager de l'avenir.

Alors, quand le non-sens et l'indignation ont atteint le sommet de l'insupportable, j'ai pris la décision de désertier. Je ne voulais pas devenir une marchande de soins, une gestionnaire, une contrôleuse d'observance, une condamnatrice de comportements, une indicatrice.

Je suis heureuse d'avoir parfois donné à mes patients la force de résister à l'intolérable, de leur avoir prescrit de petits outils pour se défendre des accusations et des contrôles iniques, de les avoir fait rire, de leur avoir fait retrouver l'estime d'eux même.

Me voici donc devenue généraliste dans le secteur salarié, j'y retrouve les effets pervers de la marchandisation, mais j'ai plus de temps pour les combattre et y réfléchir. Cerise sur le gâteau, je peux continuer à transmettre mes valeurs par l'enseignement auprès des internes de médecine générale. ■

§Inégalités, Exclusion sociale

§Normes

§Résistance

§Ressenti, émotion

« La CPAM devenait un obstacle, les médecins conseils des gestionnaires plutôt que des alliés. »

Les récentes réglementations discriminatoires à l'encontre des étrangers, à l'encontre des personnes incarcérées ou à l'encontre des patients en psychiatrie, imposent comme légales des mesures que nous dénonçons comme illégitimes : les soignants s'exposent eux-mêmes aux représailles en défendant le droit des personnes. Au quotidien, les acteurs du système de santé expérimentent, trouvent des astuces ou des failles dans les textes réglementaires pour, envers et contre tout, continuer leur travail en lui conservant son sens et ses valeurs. Ils résistent et s'engagent pour promouvoir une recherche et un savoir indépendants. Les auteurs témoignent, au travers d'exemples concrets, que le monde du soin est l'un des lieux où la résistance est vivante et indispensable. Les « recettes » des uns et des autres s'appuient sur la connaissance de la législation, mais aussi sur de nombreuses transgressions individuelles et invisibles, sorte de petits « arrangements » qui ont pour but, non pas la cupidité ou le pouvoir, mais le mieux-être des patients qui consultent. La résistance, c'est d'abord simplement continuer à être vraiment soignant, mettre en œuvre les recours, coordonner, faire les liens. En-dehors même du monde médical, ces attitudes de résistance participent à la reconstruction d'un véritable espace public. ■

Du référentiel et du sac à ficelles

Quand les référentiels viennent perturber le travail clinique.

Isabelle Canil, orthophoniste Je pense. Et ma pensée est titubante, comme toujours. Je suis dans l'après-coup d'une certaine séance de travail avec Ayoub. Une certaine séance dont les cinq dernières minutes m'ont semblé très importantes. Je voudrais savoir pourquoi. Et je voudrais pouvoir dire pourquoi.

Pour m'aider, je consulte la liste des compétences contenues dans le « référentiel des compétences », qui constitue la matière de la « réingénierie du certificat de capacités d'orthophoniste ». Ça s'appelle comme ça. Et ce gros document très indigeste est peut-être en passe de devenir le texte élaboré par le ministère de la Santé qui prétend redéfinir le métier d'orthophoniste. Même s'il n'est pas adopté exactement dans sa forme actuelle, on peut penser que l'esprit en sera le même. Je feuillette, je lis, je relis, je cherche...

Il y a onze compétences listées, et chaque compétence est elle-même détaillée en au moins dix sous-compétences, ce qui m'offre cent dix entrées possibles. Pour mieux m'aider, les compétences sont assorties de « critères d'évaluation », lesquels critères sont développés par une liste impressionnante d'« indicateurs », pour qu'on puisse repérer, y dit-on « quels signes apportent de bonnes indications ».

Pour la compétence 2 qui a retenu mon attention, « élaborer et mettre en œuvre un projet thérapeutique en orthophonie adapté à la situation du patient », je compte quarante-trois indicateurs et je me frotte les mains. C'est bien le diable si je ne trouve pas quelque chose pour m'aider à extraire, formuler, analyser et synthétiser un tant soit peu ce qui m'a si fort accrochée lors des dernières minutes de cette certaine séance.

Mon enthousiasme défaille quelque peu quand je m'aperçois que, malgré plusieurs lectures et relectures de certains de ces indicateurs, aucune lumière ne se fait en mon esprit :

– « Les outils et modalités d'intervention retenus sont en adéquation avec les objectifs thérapeutiques. »

– « Les outils et modalités d'intervention retenus

sont réalistes au regard des capacités du patient, notamment de ses capacités d'observance et de ses capacités d'investissement et d'appropriation. »

J'aime bien les mots « investissement et appropriation ». Ils m'encouragent à poursuivre.

– « Les outils et modalités d'intervention sont correctement ciblés en référence aux priorités de l'intervention »

– « L'investissement consenti pour élaborer ou adapter un outil ou un support de prise en charge est en adéquation avec le bénéficiaire qui en est attendu ».

J'ai du mal... Je pense à Ayoub et à nos dernières minutes, et je ne vois pas comment les raccorder à ces indicateurs qui me font l'effet de tourner en rond, mais je ne sais pas autour de quoi. Alors je décide de faire « à l'ancienne » : d'abord mettre en mots, avec des phrases à moi, et des liens viendront peut-être...

Voici :

Je tiens grand-ouvert un sac en tissu, en tirant sur ses ficelles coulissantes, et Ayoub y enfourne de grosses pièces de bois d'un puzzle géant qu'il vient de faire avec mon aide.

Il y a peu de pièces, une vingtaine. Mais elles sont tellement grosses qu'on doit s'installer par terre. C'est sans doute le principal attrait de ce puzzle. Il permet tout un décalage par rapport à des activités plus normées. Quand on vide d'un coup le sac par terre, ça fait un grand bruit de dégringolade ! A ce moment, il y a toujours un regard furtif un peu inquiet vers moi : est-ce bien permis un tel raffut dans le bureau ?

Mais nous sommes à la fin de la séance. On range. Je tiens ce sac grand-ouvert en tirant sur les ficelles et Ayoub y dépose les pièces une par une. Les cinq premières sont enfournées sans y penser, machinalement. Et puis à la sixième et la septième, le mouvement se ralentit, et Ayoub lève le nez vers moi. A la huitième, un demi-sourire interrogateur se dessine sur son visage. La neuvième et la dixième sont déposées très très lentement. Je crois qu'Ayoub me surveille et se demande ce que ça

« Je feuillette,
je lis, je relis,
je cherche... »

§Normes

§Orthophoniste

§Ressenti, émotion

§Jeu, création, invention

ferait de me faire tourner en bourrique... Vais-je froncer les sourcils ? Vais-je m'impatiser ? Vais-je le rabrouer ?

Moi, je voudrais regarder la pendule, mais elle est dans mon dos et il faudrait que je me retourne. Je pourrais consulter ma montre, mais il faudrait faire pivoter mon poignet qui tient le sac. Je choisis de rester coite parce que quelque chose d'assez ineffable est en train de s'installer, prélude à un basculement que je ne saurais nommer (voilà pourquoi je cherchais de l'aide dans le référentiel de compétences !).

Onzième pièce. Ayoub continue sur le même mode, ses yeux ne lâchent plus mon visage et sa main tâtonne pour trouver la pièce et l'ouverture du sac. Douze, treize, quatorze, j'ai bien fait d'attendre. Le rythme reste très lent, mais Ayoub n'est plus à l'affût de mes réactions. A chaque pièce introduite dans le sac, il me regarde ouvertement, simplement. Nous partageons quelque chose. C'est sérieux.

Quinze et seize. Enfouir les pièces devient une fin en soi. C'est passionnant.

Dix-sept. « On a presque fini ! » dit-il.

– Oui. On a presque fini. »

Nous le constatons, et il y a comme une pointe de regret là-dedans.

Dix-huit. « Ouh la la... On a presque fini ! »

– Oui ! Presque... »

Le regret s'estompe. On admet.

Dix-neuf. Nous sourions tous les deux.

Vingt. « Et voilà ! »

– Oui !

– On pourra le refaire demain ?

– Pas demain. Tu ne viens pas demain. Mais la semaine prochaine oui, on pourra le refaire. »

Ayoub est parti. Qu'avions-nous fait là ? Que nous était-il arrivé ? Mais un autre patient est là. Je dois différer ces questions, et me promets d'y réfléchir plus tard, au calme.

Voilà. C'étaient les cinq dernières minutes de ma séance avec Ayoub. Je tente une autre plongée dans mon référentiel de compétences... Mes yeux grappillent au hasard des formulations étranges...

« efficacité des négociations conduites ». C'est comme pour les syndicats et le gouvernement.

« Réajuster les interventions thérapeutiques en fonction de l'analyse effectuée (c'est bien de le notifier, ça !) et des résultats de la démarche qualité. »

Là, je pense qu'ils confondent avec l'emballage des yaourts.

« Les différents types d'effets des séances sur la vie quotidienne du patient sont identifiés et évalués ». Ça doit vouloir cerner ce que ça change dans la vie... mais ça s'évalue comment ?

Je m'enlise et je m'englu. Je crois que ce référentiel n'est pas fait pour moi. Mes pensées retournent vers Ayoub. Ayoub déposait les pièces de bois. Je tenais le sac. Je l'aidais. Il m'aidait. Et ce faisant, il expérimentait et éprouvait sous mon regard.

D'abord, il y eut peut-être un essai de narguer l'orthophoniste. Pourquoi pas ? Quelques secondes et quelques pièces de puzzle plus tard, nous étions passés à tout autre chose. Face à moi, il s'assurait. Il se posait. Il s'installait. Il prenait place. Il s'éri-geait. Il s'ançrait. Il existait. Il se passionnait. J'étais partenaire et témoin. Et sans doute ma place de témoin était plus opérante que celle de partenaire. Bon ! Trêve de palabres... Retour aux compétences. Je choisis celle-là : « L'investissement consenti pour élaborer ou adopter un outil ou un support de prise en charge est en adéquation avec le bénéfice qui en est attendu ».

L'outil, ce doit être le sac en tissu et les ficelles. L'investissement et l'adéquation, ce doit être tout ce que je viens laborieusement de raconter. Le bénéfice, c'est...

Aïe ! Si je dis qu'Ayoub a senti qu'il prenait une place de sujet face à moi, ils ne vont pas me croire au ministère... ■

■ Daniel Lemler, *L'engagement du psychanalyste*, coll. Hypothèses, Ed. ERES

Répondre de sa parole témoigne de l'engagement d'un psychanalyste qui vit avec son temps sans renier mais, au contraire, en mettant en lumière la part de subjectivité qui est au cœur du destin de l'homme. Et c'est la subjectivité qui va conduire le fil de la réflexion que nous livre Daniel Lemler à travers une série d'interrogations sur la place que notre société réserve à l'hystérie, la perversion et la folie. Leur exclusion de la nosographie du DCM, de la formation des médecins, montre une conception de l'homme maîtrisé et maîtrisant son environnement. Contre cette tentation, et sans tomber dans le travers d'un rejet sans nuance, en mettant en avant la responsabilité individuelle, l'éthique du sujet dans sa radicale singularité, Daniel Lemler nous fait partager ses interrogations sur sa pratique de psychanalyste libéral et engagé au cœur d'une équipe de spécialistes des procréations médicales assistées. C'est en s'appuyant sur son expérience, sans oublier qu'il est médecin et psychiatre, qu'il nous invite à barrer la route à la déshumanisation en donnant toute sa place à la subjectivité, et à la parole dans le champ médical « pour restituer une dimension humaine à la consultation », en traitant l'homme et non pas une image pathologique, en ne fuyant par la plainte du patient, en se mettant en position d'en saisir le sens et la portée, en se mobilisant pour ne pas laisser l'éthique se dissoudre dans les progrès de la science.

Donnons-nous les moyens de répondre de notre parole ! ■

Elisabeth Péride

Médiator® , non

Le scandale du Médiator® est l'occasion de combattre activement les méfaits de l'industrie pharmaceutique sur la santé.

Entretien avec **Massilia Santé System**, collectif informel de soignants.

Pratiques : Face au scandale du Médiator®, vous avez lancé un boycott des médicaments commercialisés par le laboratoire Servier. Comment avez-vous eu l'idée de cette initiative ?

Propos recueillis par **Martine Lalande**

Massilia Santé System : L'initiative est née d'une discussion collective suite au procès intenté par le laboratoire Servier contre les Editions-Dialogues.fr, aboutissant au retrait du sous-titre « combien de morts ? » du livre Médiator® de la pneumologue Irène Frachon¹. Alors que l'affaire n'était pas encore médiatisée, l'idée a germé au sein du collectif d'un appel au boycott de ce laboratoire par solidarité avec l'action du Docteur Frachon. En épluchant la liste des médicaments commercialisés par Servier, nous nous sommes aperçus que ce laboratoire faisait le choix de développer et maintenir sur le marché plusieurs molécules inutiles et dangereuses. Ce constat a renforcé notre décision initiale d'appel au boycott : une action symbolique contre une politique du médicament essentiellement commerciale.

Boycotter un seul laboratoire, même s'il est caricatural, ne risque-t-il pas d'éviter de poser la question de tous les autres médicaments inutiles et dangereux ?

Nous avons effectivement soulevé ce manque d'impartialité dès le début de l'action. Néanmoins, comme vous le soulignez, le laboratoire Servier s'est démarqué par son attitude caricaturale. La dissimulation sciemment orchestrée de la véritable nature pharmacologique du Médiator® (un dérivé amphétaminique et un dérivé d'un autre produit de son laboratoire, la dexfenfluramine – Iso-méride® – lui-même retiré du marché en 1997), ainsi que la multiplication des entraves pour tenter de faire échouer l'enquête du Dr Frachon sont pour nous des comportements inacceptables, justifiant le maintien de ce boycott à valeur d'« exemple ». Cependant, en prolongement de cette première initiative, nous travaillons actuellement, et en collaboration avec le Syndicat de la Médecine Générale (SMG), à l'élaboration d'un appel au boycott élargi aux médicaments inutiles et dangereux, tous laboratoires confondus.

Comment organisez-vous cette action ? Quelles sont les réactions des médecins, des patients que vous interpellez ?

Nous avons utilisé différents moyens pour diffuser

notre appel : un dépôt des tracts dans les boîtes aux lettres des médecins généralistes et cardiologues marseillais, une mise en ligne du boycott sur le wiki du collectif ainsi qu'une large diffusion par mail auprès de médecins de l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille – AP-HM (envoi de 1 500 mails). Cet appel n'a suscité que peu de retours : nous n'avons reçu que deux réponses argumentées et sept demandes d'arrêt de diffusion non justifiées. Voici la première réponse : « Il faut vraiment être stupide pour se priver de médicaments intéressants dans le but de "punir" une entreprise française qui travaille. Il y a eu des erreurs, certes, mais ce n'est pas aux médecins de décider et de punir, mais à la justice » ; voilà la seconde : « La fiche d'information est bien, mais vous devriez mettre les DCI³. Bonne initiative ! Assez des vrais parasites. »

Aucune action spécifique n'a été menée auprès des patients ; en revanche, nous avons joint à la page du boycott de notre wiki une aide à la procédure de déclaration de pharmacovigilance, afin d'accompagner au mieux les personnes ayant été exposées au Médiator®.

Une dynamique est en train de se développer autour de vos actions. Est-ce que ce mouvement répond aux interrogations des jeunes médecins ? Des patients ?

Notre collectif est encore tout jeune et très peu connu. Nous ne nous réunissons régulièrement que depuis septembre 2010², date à laquelle suffisamment de personnes ont commencé à se connaître et se rassembler autour de problématiques de santé sur lesquelles nous voulions réfléchir et agir. Sa création a permis de glisser de discussions informelles entre amis à un espace d'échange plus actif. Nous pensons que l'échange est le commencement d'un « résister », pour vivre plus entièrement notre métier, en y incluant le dynamisme et l'enthousiasme de l'engagement social. Qu'il s'agisse de politique du médicament, du système de soins ou de formation médicale, l'intérêt d'un collectif est évident puisqu'il permet de ne pas être seul face à ces interrogations et d'observer de manière plus complète les dysfonctionnements.

Le collectif compte aujourd'hui une vingtaine de personnes et chaque réunion accueille un ou deux nouveaux membres. Nous sommes essentiellement des internes en médecine et jeunes médecins, mais nous comptons aussi des pharmaciens, un interne

« L'échange est le commencement d'un résister. »

§Collectif

§Formation initiale, Formation continue

§Médicament,

firmes pharmaceutiques

§Prescription

[http://](http://massiliasantesystem.com)

massiliasantesystem.com

en biologie, des externes. Il est encore trop tôt pour savoir si notre mouvement répond aux attentes d'un plus grand nombre de soignants ou à celles des patients.

Comment articulez-vous vos activités avec d'autres associations ou collectifs comme le Formindep ou « Europe et médicaments » ?

Les contacts sont assurés essentiellement par mails. Nous avons ainsi répondu à l'appel de Philippe Foucras du Formindep en mettant en ligne sur notre wiki divers témoignages concernant l'influence des laboratoires dans la formation des étudiants en médecine.

Quelles autres actions envisagez-vous sur le thème de l'indépendance de l'information des médecins ?

Nous ne manquons pas d'idées !

Tout d'abord, *Prescrire* est un outil de qualité dont nous souhaitons diffuser les valeurs d'indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique. Ainsi, nous avons fait la promotion de la revue lors des choix de stage des internes après avoir rencontré leur équipe éditoriale à Paris (et nous allons continuer lors de prochains choix). Nous avons par la suite mené campagne pour que le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Marseille propose aux internes le test de lecture *Prescrire* comme choix d'option validante en formation initiale. C'est déjà le cas dans de nombreuses facultés. Leur réponse a été de fournir, dans un premier temps, l'accès gratuit à la revue en ligne, depuis l'espace numérique que possède chaque étudiant. Affaire à suivre... Nous avons aussi demandé que la version papier soit disponible à la Bibliothèque Universitaire (BU) de Médecine, celle-ci n'étant actuellement disponible qu'à la BU de Pharmacie. Les deux BU formant un pôle budgétaire commun, il ne serait pas possible de souscrire à deux abonnements ; constat fâcheux pour de futurs prescripteurs : les étudiants des premier et second cycles n'ont, de fait, pas accès à cette revue au sein de leur propre BU.

Indépendamment de *Prescrire*, d'autres initiatives existent ou sont en cours de développement : vous trouverez sur notre wiki des liens vers des outils d'aide à la prescription sans l'influence des laboratoires (notamment FreeDiams, logiciel libre et gratuit d'aide à la prescription calculant les interactions médicamenteuses), et vers des sites de recherche indépendante. Beaucoup de projets existent, il s'agit de les faire connaître et de les promouvoir.

Une autre action est un projet Antipub qui est en cours d'élaboration, visant à diffuser des conduites à tenir simples pour tenter de purger définitivement les boîtes

aux lettres des médecins installés de la publicité indésirable émanant des laboratoires pharmaceutiques, ou du moins faire en sorte que ces mêmes laboratoires respectent la législation en proposant un recours de désinscription pour la publicité non sollicitée.

Enfin, parce que le rire nous semble une des meilleures portes d'entrée pour le questionnement, notamment parce qu'il crée une distanciation salvatrice quand il s'agit de parler des sujets qui fâchent, un projet « clownerie » est en cours. Il s'agira d'interventions brèves, avec nez rouges, dans des lieux hautement respectables et respectés du savoir/pouvoir médical, quelques minutes de mime pour jouer le manque d'esprit critique et les conflits d'intérêts.

Autres actions ?

A côté des lectures personnelles ou partagées, nous organisons des rencontres autour d'intervenants issus des sciences humaines et pouvant apporter un éclairage différent sur les problématiques du soin. Après Jean Peneff, sociologue que nous avons reçu autour de son livre *La France malade de ses médecins* en décembre dernier, nous sommes en train d'organiser une conférence-débat avec Olivier Razac, auteur notamment de *La grande santé, autour du biopouvoir*. La rencontre à l'équitable Café avec Philippe Pignarre, historien, écrivain et éditeur a également été un moment d'échange intéressant.

Nous avons aussi le projet d'inviter sur Marseille les personnels de la Case de Santé Toulousaine et des centres de santé Grenoblois, dans le but de faire connaître des pratiques médicales alternatives et engagées.

Enfin, un groupe de travail s'est créé sur la question de la souffrance chez les soignants, suite au silence et à l'absence de réactions devant des cas de suicides survenus à Marseille chez des étudiant(e)s en médecine.

Voilà pour nos principales actions en cours. Comme vous le voyez, les idées foisonnent et il y a du travail en perspective. Que les soignants de la région intéressés par nos initiatives n'hésitent pas à venir nous prêter main-forte ! Pour pouvoir faire connaissance, les réunions du collectif sont d'ailleurs désormais publiques et mensuelles. Avis aux amateurs ! ■

-
- 1. *Médiator® 150 mg. Combien de morts ?* devenant *Médiator® 150 mg.* Sous-titre censuré.
- 2. Le collectif Massilia Santé System se réunit tous les premiers mercredis du mois, à l'espace associatif « Mille Bâbords », 61 rue Consolat, 13001 Marseille.
- 3. Dénomination communes internationales.

Prescrire la révolte

Quand le médecin aide ses patients à pratiquer la résistance, en toutes circonstances.

Yveline Frilay, médecin généraliste

La main sur la poignée de la porte du bureau, le patient sort la phrase redoutée « J'ai oublié de vous dire que... ». Cas de conscience pour le médecin : faut-il reprendre toute la consultation alors que la pièce d'en face se remplit ? Ce jour-là, la phrase était autre : « Je ne sais pas comment vous faites, pour aller bien ». Ma réponse : « Il n'y a pas le choix, ou on déprime, ou on résiste, et j'ai choisi de résister ». Il réplique : « Cela me fait du bien ». La phrase serait-elle été plus efficace que n'importe quel anxiolytique ? Il faudra attendre la consultation prochaine pour apprécier toute sa portée.

§Adolescent, Jeune
 §Maladies professionnelles,
 santé au travail, accident du travail
 §Ecoute, empathie,
 Relation soignant soigné
 §Médecin généraliste,
 médecine générale

Quand le patient s'installe, dans le dos du médecin est affiché le ton de la consultation, deux phrases de Jean Jaurès : « Je n'ai jamais séparé les idées de justice sociale sans lesquelles elle n'est qu'un mot », et « On vous dit, c'est le refrain d'aujourd'hui : aller à l'action. Mais qu'est-ce que l'action sans la pensée ? C'est la brutalité de l'inertie ». Ici tout le monde est logé à la même enseigne, au tarif le plus bas de 23 euros, et le temps consacré est celui qui sera nécessaire. Le patient ne sera pas passif.

En arrêt de travail depuis dix jours, A. est convoquée chez le médecin conseil, c'est sa quatrième entorse de cheville, béquilles et attelle lui permettent de traverser tout Paris en métro. « Madame, il faut enlever l'attèle. » – « Je viens en métro. » – « Vous pouviez prendre un taxi. » – « Je n'ai pas d'argent, ce n'est pas vous qui avez mal, la première fois je n'ai pas voulu m'arrêter, si j'avais écouté le médecin, je n'en serai pas à la quatrième entorse. Vous ne savez pas ce que c'est de faire 3 000 m² de ménage, vous qui êtes derrière un bureau ». « Vous avez osé lui dire tout cela ? » lui dis-je. « C'est grâce à vous, car la première fois que je suis venue ici, vous m'avez dit « Il faut prendre des cours de français » ». Le médecin conseil n'a pas osé lui reprocher son arrêt de travail.

Suite à une expulsion musclée, entre policiers, d'un logement insalubre permettant au marchand de sommeil de récupérer son appartement sans être inquiété, B. se retrouve hospitalisée en psychiatrie après avoir erré en chemise de nuit dans les rues

de la Capitale. La soumission chimique avait interdit ses angoisses, mais aussi la pensée, figée comme son visage, sans expression. Il nous faut baisser les doses de neuroleptiques pour récupérer les facultés cérébrales. Maintenant on peut se battre, trouver les arguments pour démontrer qu'on est victime, mettre en évidence les erreurs de procédure. On tape le nom de l'expert sur Google, on découvre qu'il a participé à une table ronde, j'imprime le texte « Allez, lisez-le pour la semaine prochaine, trouvez les arguments puis je vous donnerai l'adresse de l'association de quartier ». A la lecture, B. s'aperçoit que le même expert, de la table ronde au rapport, ne tire pas les mêmes conclusions pour des constatations identiques. Elle peut se défendre.

Fatiguée par une sclérose en plaques qu'elle a accepté avec grande difficulté de traiter, C. se voit reprocher par ses collègues ses horaires adaptés. La prochaine fois, il faut leur répondre : « Je suis handicapée, vous faites de la discrimination, je vais saisir la HALDE, c'est interdit par la loi. »

« Seulement 6 % pour votre accident du travail ? Dans le barème, c'est 10 % minimum et à votre âge, il faut prendre la rente. Contestez auprès du tribunal ». D. est dyslexique, contester est une rude épreuve, on l'aide pour faire la lettre. Accompagné d'un médecin de recours au tribunal, il obtiendra 11 %.

« Tu es vraiment sûr que ton père fouille dans tes affaires ? Tu n'as qu'à écrire sur des post-it ce que tu penses de lui et les mettre là où tu crois qu'il fouille. » Deux semaines plus tard, le premier jour des vacances de Noël, le père tend à sa femme des post-it annotés : « Tiens, c'est pour toi ». E. est parti en vacances chez sa grand-mère.

F., cinq ans, a été victime de sévices sexuels et ne comprend pas pourquoi on lui impose de voir son père seul, dans une salle d'un point rencontre. « Tu es obligé d'y aller, sinon maman ira en prison ». « Non c'est papa qui ira en prison, maman est gentille ». « Désolée, c'est maman, mais tu as le droit de pleurer, crier, hurler, te rouler par terre quand tu vois ton père ». Le samedi suivant, il hurle et ne va pas dans la pièce d'accueil. Au sortir du point rencontre, il n'a jamais été aussi calme. Et cette fois, son demi-frère ne sera pas victime d'attouchements.

« La soumission chimique avait interdit ses angoisses, mais aussi la pensée, figée comme son visage, sans expression. »

G., 14 ans, ne veut plus voir son père. Le divorce n'a pas permis de protéger sa mère de la perversité maléfique de son géniteur sur sa mère, cela lui fait monter la moutarde au nez. « Je n'ai pas le droit d'écrire au juge bien qu'il te maltraite, mais toi, écris au juge pour enfants et demande lui une entrevue pour parler, sans la présence de tes parents et surtout de ton père, et dis lui tout ce que tu as sur le cœur, le juge est là pour te protéger ». Après trois mois de réflexion, il dira des mots forts au juge, et obtiendra le droit d'être seul à décider des rencontres avec son père.

H., 19 ans, est d'origine portugaise. Il a attendu plus d'un an pour être ayant-droit d'un de ses parents pour la Sécurité sociale, on lui refuse maintenant sa propre carte Vitale sous prétexte qu'il est né à l'étranger. Donc il n'aurait pas de numéro d'Insee. Prétexte fallacieux, il en a un pour passer des examens. « C'est du racisme, va voir l'association « Touche pas à mon pote » ».

Suite à une absence prolongée consécutive à un accident de travail, une reconnaissance de travailleur handicapé et une formation, I. reprend le chemin de l'entreprise. Il n'y a pas d'emploi pour elle, mais on est obligé de la payer. Finalement, on lui propose un poste : quatre heures de travail par jour et trois heures de transport. « Ce poste n'est pas pour vous à cause de vos problèmes de cou, mais ils veulent que vous refusiez à cause du transport. Acceptez-le, et retournez voir le médecin du travail, c'est à elle de vous donner la fiche d'aptitude ». Au médecin conseil, demandez : « Dites-moi si je suis apte ou pas apte ». Le médecin ne se prononcera pas, elle sera licenciée trois mois plus tard, avec des indemnités de licenciement doublées du fait de l'accident du travail.

Après sa grossesse et une cholécystectomie, convoquée par le médecin conseil qui la culpabilise sur son arrêt prolongé, épuisée, J. prend ses congés annuels. Au retour, la médecin du travail la déclare inapte temporaire au poste car elle est déprimée, et conseille un autre arrêt. La médecin du travail, sensibilisée par les épisodes de suicide dans l'entreprise, m'appelle car elle est retournée au travail de peur d'affronter le médecin conseil. Débriefing avant la troisième convocation : « Dites-lui : Monsieur, si vous m'aviez examinée la première fois, plutôt que de regarder des papiers, vous auriez trouvé ce que j'avais, un gros nodule à la thyroïde ! » » La peur au ventre, elle n'aura pas besoin de s'exprimer :

« Madame, avec tout ce que vous avez eu, je ne comprends pas pourquoi vous êtes convoquée ». Ouf !

Convoqué pour la troisième fois par le même médecin conseil, K. a peur de voir de nouveau ses indemnités journalières coupées, et de devoir retourner au travail. Il se trouve devant le même médecin conseil, mais cette fois-ci il lâche : « Aujourd'hui, je ne suis pas venu seul, car la dernière fois lorsque je suis sorti d'ici, j'ai eu envie de me jeter contre un mur avec la voiture en sortant d'ici ». « Ne le prenez pas comme cela, monsieur ». Il aura encore des angoisses pendant les deux jours suivants, bien que le médecin conseil lui ait affirmé : « Je ne vous convoquerai pas avant trois mois ». La phrase sur la porte avait donc été efficace.

Prescrire la révolte, c'est faire prendre conscience au patient de l'injustice qu'il ressent, et se soulever contre la norme qu'on nous impose. « Se révolter, protester, contester, voilà ce dont ne sont capables que ceux qui s'estiment eux-mêmes »¹. Il nous faut ensuite montrer au patient là où est l'injustice, et le faire passer du statut de coupable à celui de victime, puis du statut d'opprimé à celui de maître. Il

« Il faut crier l'injustice. »

faut donner aux patients les armes pour qu'ils se défendent tant avec des mots qu'avec les lois. Il est important de ne pas s'isoler, il faut crier l'injustice, l'expliquer à l'entourage familial pour obtenir son soutien, à l'employeur pour lui montrer qu'on n'est pas dupe, au médecin du travail pour qu'il assume ses responsabilités au sein de l'entreprise, du CHSCT, au médecin conseil pour lui signifier qu'on est malade de cette société pathogène, et que l'arrêt de travail est le premier des traitements. Pour cela, le médecin doit être formé à la législation sociale, connaître le vocabulaire juridique, aussi indigeste que le vocabulaire médical pour un non soignant. Cette société nous isole, nous désigne tous individuellement comme coupables. Il faut retrouver la solidarité « je me révolte donc nous sommes »². La révolte, c'est le refus de la soumission, de la résignation, c'est l'opposé de l'égoïsme. Si l'on proposait la révolte en consultation, il y aurait moins de dépenses d'antidépresseurs, d'anxiolytiques de psychotropes de toute sorte, moins de pathologies iatrogènes et une vie plus sereine. ■

-
- 1. Ferenc Santa, *Le Cinquième Sceau*.
- 2. Albert Camus, *L'Homme révolté*.

Résistances anarchistes en santé

Faisant le lien entre culture du corps et émancipation, les anarchistes ont été pionniers en matière de santé, comme dans le domaine de la contraception.

Claire Auzias, Je voudrais ici développer cet aspect le moins connu et le plus mal traité de l'anarchisme, lequel s'avère par paradoxe aujourd'hui la plus moderne, la plus actuelle de ses contributions. A savoir l'individualisme anarchiste. Loin de toute acception libérale, financière et dérégulée, comme le supposent les non informés sous le néologisme de « libertarien », le mouvement anarchiste individualiste a pensé, implanté et pratiqué une résistance à toute épreuve totalement méconnue de nos jours, à l'exception d'initiés bien rares.

historienne, socius

§Contraception

§Société

§Gouvernement, politique,

démocratie, Etat

§Histoire de la médecine

Le grand penseur de l'un des aspects de l'individualisme anarchistes est Stirner, qui théorisa le sujet historique dans cet Ego dont il fit la mesure de toute égalité et de tout partage collectif. Je tiens à souligner cette base, car elle représente tous les contresens qui ont été infligés à cet auteur modernissime. La base de mon échange avec autrui, de ma fraternité, de ma solidarité, c'est

Ego. Une critique largement anti-altruiste et anti-charitable, foin de pitié inégalitaire, au nom d'une supériorité financière ou intellectuelle sur autrui. Là résident le mépris, la base de l'inégalité et la séparation des intérêts divergents. Seul l'Ego, conçu non comme repli autiste, mais comme unité nucléaire sociale de base, peut engendrer des collectivités égalitaires « sans obligations ni sanctions » comme l'écrivait un autre grand penseur individualiste anarchiste du premier XX^e siècle, Jean-Marie Guyau.

Au nom de quoi de multiples expériences axées sur le présent et la résistance s'organisèrent dans le mouvement anarchiste. Les écoles alternatives furent également innombrables, et dans tous les pays occidentaux. La ruche de Sébastien Faure en région parisienne demeure un modèle de la pensée de ses promoteurs. On y apprenait la musique, les moissons, le travail de savetier, le dessin, l'écriture, la lecture, les mathématiques, l'imprimerie, le débat, la vie en communauté. Le principe était plus souple : celui qui sait davantage donne à celui qui sait moins. Ils cultivaient leur subsistance et

s'instruisaient dans la nature et dans les classes. Des cartes postales d'époque nous les montrent, violons au cou dans un champ de blé. Surréaliste ? Non. Anarchiste.

En économie, Proudhon a inventé les mutuelles et le coopératisme. Benjamin Tucker pour sa part a inventé la banque du temps, sans argent, connue de nos jours sous le nom de SEL, services d'échanges locaux.

La contraception fut l'un des grands combats des anarchistes au long des XIX^e et XX^e siècles. Elle commença à se diffuser dans les couches supérieures vers la fin du XVIII^e siècle. Parallèlement à l'organisation des classes subalternes, la diffusion d'informations sur la contraception avec

peissaires, par exemple, commença à circuler par le biais des organisations ouvrières.

Nombre de médecins des pauvres, anarchistes eux-mêmes parfois, ou proches des anarchistes pratiquèrent des avortements dans les bas-quartiers.

Par exemple Ben Reitman, médecin des pauvres à Chicago à la fin du XIX^e siècle et ami des Hobos, ces travailleurs précaires qui faisaient du vagabondage et du travail intermittent tout un art, avortait inlassablement. Emma Goldman, l'une de ces femmes anarchistes, juive russe exilée maintes fois, vécut avec lui une tranche de vie et diffusait l'apologie de la contraception et de l'avortement dans ses écrits propagandistes. C'est avec le soutien d'Emma Goldman, et les enseignements de Ben Reitman, que Margaret Sangers, infirmière à New York, créa le planning familial.

En France, le courant néomalthusien de Paul Robin se développa fortement parmi les anarchistes individualistes. En 1914, les anarchistes chantaient « La grève des ventres » : « refuse de peupler la terre, arrête ta fécondité, décrète la grève des mères, aux bourreaux dis ta volonté », chanson de propagande adressée au menu peuple non lettré, sous le terme de « propagande par la chanson ». Le couple Humbert en fut l'emblème au XX^e siècle. La loi de 1920 criminalisait « l'interruption volontaire de naissance » et la dif-

« Celui qui sait davantage donne à celui qui sait moins. »

fusion de toute propagande anti antinataliste. Les anarchistes excellaient en ce domaine.

Les récits de vie de militants de ces années-là, que j'ai recueillis il y a trente-cinq ans, fourmillent de témoignages et de ces anecdotes. Ils apprenaient généralement au départ avec un médecin ami, ou une infirmière. En ce temps-là, ils étaient les seuls politiques à défendre la contraception et l'avortement. Mieux, ils pratiquèrent à grande échelle la vasectomie. Dans cet exercice réside l'une des innombrables noblesses du mouvement anarchiste, car la vasectomie, contraception masculine, était leur spécialité et leur exclusivité. Dans les années trente parut en France un citoyen autrichien, médecin du nom de Bartosek, qui fuyait sa ville de Gratz pour pratique illégale de la vasectomie. Il séjourna à Lyon et enseigna son art à des compagnons anarchistes dont l'un s'en fit une spécialité, Gaston Illi. Les ouvriers, notamment espagnols, les anticléricaux (la lutte pour la souveraineté sur son propre corps accompagnait la lutte anti-religieuse) arrivaient par autocars entiers des villes environnantes, comme Vienne, par exemple, le dimanche et les jours de congés.

Cette particularité de faire des hommes les responsables de leur procréation à l'égal des femmes, fondamentale, n'a en effet jamais été partagée par aucun autre mouvement politique jusqu'à ce que les années 1970 repensent la contraception masculine dans de petits cercles sans cependant reprendre la vasectomie.

D'autres médecins furent proches des anarchistes. A peu près dans toutes les villes se trouvaient de ces médecins humanistes à la Rabelais, qui parcouraient les quartiers déshérités et apportaient leurs soins aux pauvres, lesquels pouvaient rarement payer, et aux militants bien informés. A Lyon, le docteur Emile Malespine est resté célèbre dans les annales, moins comme médecin des anarchistes que comme fin lettré qui fonda la revue *Manomètre* sur-idéaliste, rééditée depuis chez Jean-Michel Place.

Dans la série des médecins du milieu anarchiste, le plus célèbre reste sans doute Friz Brupbacher, suisse allemand, inlassable soignant des pauvres, et militant lui-même, qui rédigea une biographie de Bakounine sans cesse rééditée.

Sans tenter le moindre panorama exhaustif, ces exemples illustrent seulement une connexion qui fut très productive entre médecine et anarchistes. Il convient de la saluer aussi en ce qu'elle s'est tou-

jours inscrite à l'opposé de cette fascination pour le morbide qui caractérise les plumes médicales telles que celle de Céline ou du poète allemand Gottfried Benn, qui seront ultérieurement attirés par les courants fascistes. Cette distinction de luminosité saute aux yeux avec éclat.

Autre trait de résistance méconnue, et propre aux anarchistes, le lien entre culture du corps et émancipation. Il est vrai que le mouvement ouvrier au sens large, et commun à toutes les variantes, a développé au XX^e siècle un effort pour la « bonne santé dans un corps sain », en encourageant la gymnastique dans les cercles ouvriers, l'abstinence d'alcool pour sauver la classe ouvrière de son tombeau le plus banal, et ultérieurement les arts de la nature.

Mais il peut intéresser de savoir que les anarchistes furent les premiers, et longtemps les seuls, à lier naturisme et politique. Ils répandirent comme un bienfait de libération les campings naturistes. En Espagne entre les deux guerres, ces campings faisaient fureur, des centaines de milliers de syndiqués anarchistes y participaient. Mais dès la fin du XIX^e siècle, les anarchistes s'adonnaient au bien être du végétarisme pour entretenir leur corps en harmonie avec la nature. Ceci se perpétua entre les deux guerres.

Après 1945, les conditions du mouvement social furent bouleversées par la guerre froide. Les anarchistes furent engloutis et le triomphe du bloc soviétique s'empara des rejetons disponibles de l'une ou l'autre ces traditions. Cependant, la création des auberges de jeunesse resta dans le patrimoine anarchiste et beaucoup des militants de l'après-guerre s'y formèrent.

Quel enseignement conserver de cette page d'histoire ? Il me semble qu'il est bon en ce sens de suivre Colin Ward, sociologue britannique anarchiste qui dressa un bilan de toutes ces traditions pour les temps futurs (ACL). Tous ces chapitres, minoritaires jadis, dénigrés, combattus et renvoyés à l'infantilisme, d'une lutte gigantesque, sérieuse elle, au moins, ont éclos en surabondance sous d'autres appellations que leurs fondations d'origine au second XX^e siècle. Toutes ces pratiques furent reprises comme sujets de luttes et objets de résistance. Et toutes se répandirent comme une traînée de poudre de par le monde occidental, voire au-delà. Certes, point dans l'optique d'une société égalitaire sans dieu ni maître, mais au moins, dans l'espoir de survivre à la barbarie du temps présent. Ce qui n'est déjà pas si mal. ■

« Faire des hommes les responsables de leur procréation à l'égal des femmes. »

La SFTG, résistance et persistance

Indépendance, exigence de qualité, participation à la recherche : comment s'en sortir financièrement et résister à la compromission.

Patrick Ouvrard,
responsable de
la communication à la SFTG

La Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG) a été créée en 1977 par des médecins généralistes, en réaction à la mainmise de l'industrie sur la formation des médecins. Cette société scientifique s'est progressivement développée pour atteindre une envergure nationale. Une charte d'éthique et d'indépendance vis-à-vis de l'industrie, mais aussi des syndicats et de l'université, régit son fonctionnement. Comment une telle structure a pu non seulement persister, mais prendre de l'envergure depuis près de trente-cinq ans ?

La résistance acharnée de ses dirigeants et de ses adhérents en est la seule responsable, mais quel type de résistance, comment ne pas être tombé dans les tentations, comment ne pas avoir disparu ?

La créativité a été un des moteurs de cette volonté d'indépendance et un moyen de s'opposer à ce qui se faisait dans d'autres officines, un moyen d'être attrayant pour les confrères soumis aux propositions alléchantes de ceux qui disposaient de moyens financiers importants fournis par l'industrie pharmaceutique... en échange de complaisance. Cette créativité a souvent été associée à la pluridisciplinarité (juristes, philosophes, sociologues, anthropologues, psychanalystes, comédiens, etc.), là aussi résistance au formatage médico-médical trop souvent de règle dans la formation continue des médecins. Nous nous sommes battus pour que toutes les actions visant à modifier la qualité des pratiques de nos confrères se fasse dans la plus stricte indépendance, sans céder aux modes thérapeutiques et en incitant à ne prescrire les nouvelles molécules que lorsque des organes de presse indépendants comme la revue *Prescrire* les indiquaient pouvant être utiles. De plus, nous nous sommes obligés à n'utiliser que la DCI dans nos séminaires.

En organisant des colloques qui avaient toujours une longueur d'avance sur l'actualité ou bien qui en pointaient les éléments les plus pertinents et/ou les distorsions, afin d'ouvrir des pistes de travail : « Le patient pivot du système de soins » ; « L'expertise médicale » ; « La course à la DCI, à vos marques®, prêt, partez ! », alors qu'un décret, rapidement mis aux

oubliettes (par qui ? comment ?), obligeait les médecins à ce mode de prescription ; « L'information santé des patients » ; « Le médecin, le patient et l'environnement, quelle information pour agir ».

En ne faisant pas de prosélytisme. Recruter des adeptes n'a jamais fait partie de notre philosophie, toutes les bonnes volontés ont été les bienvenues et au fil du temps, la SFTG s'est enrichie de nouveaux membres qui ont apporté leur pierre à l'édifice. Mais comment vivre sans argent ? Où trouver des subventions ? Les cotisations d'adhésion volontairement modestes et non scrupuleusement relancées ne peuvent permettre à une telle structure de vivre. Ce sont nos actions de recherche originales, utilisant des méthodes issues des sciences humaines et sociales (sociologie, économie, anthropologie), ainsi que nos pertinentes réponses aux appels d'offres de l'OGC et du FAF qui ont permis de financer un secrétariat et des locaux. Les périodes difficiles nous ont menés à solliciter nos adhérents, leur soutien ainsi que la réalisation non rémunérée d'un certain nombre de séminaires par quelques-uns d'entre nous ont permis de résister et à la structure de continuer à vivre.

Des entorses, pourquoi, comment ?

Nos participations à des grandes messes types WONCA ou Congrès de la Médecine Générale ont suscité de nombreuses discussions et décisions difficiles au sein de la SFTG. Mais comment une société scientifique peut-elle publier ou communiquer à la communauté médicale sans intervenir dans ce type de congrès ? Ces congrès sont bien entendu organisés et réalisés avec une part non négligeable de revenus provenant de l'industrie pharmaceutique. Nous pensons qu'il pourrait, qu'il devrait en être autrement. Nous avons fait de la résistance pour que les choses bougent et mis la main à la poche pour montrer que le financement peut se concevoir autrement. Nos adhérents payent leur inscription à ces congrès, là où beaucoup se font « inviter » par l'industrie. Comment interpréter notre attitude : perte d'âme, compromission, ou volonté d'apparaître et de revendiquer la nécessaire indépendance de la formation ? ■

§Formation initiale, Formation continue
§Résistance
§Contre-pouvoir
§Médicament, firmes pharmaceutiques

Histoire d'Eve

Notre avenir n'est pas dans l'élévation de barrières entre le Nord et le Sud, mais dans la solidarité pour les droits de tous ceux qui vivent en France, et nous le défendons collectivement.

Quand Eve¹ m'a appelée un soir vers 22 heures, j'étais en vacances à la montagne. Elle avait été arrêtée la veille et venait d'être placée dans un centre de rétention. Elle pouvait être expulsée de France sans délai, et l'audience devant le juge des libertés et de la rétention était prévue le lendemain. Je n'avais aucune adresse, aucun contact sur moi, et mon accès à Internet était compliqué et limité...

Eve était venue quinze jours avant à une permanence RESF, quelqu'un dans son lycée lui ayant donné nos coordonnées. Arrivée du Congo il y a deux ans, elle était scolarisée, habitait chez un parent, mais avait reçu en 2010 un refus de titre de séjour de la préfecture pour absence de visa étudiant à son entrée en France. Elle ne savait pas bien si ce refus était accompagné ou non d'une OQTF (obligation de quitter le territoire français dans le délai d'un mois), mais elle était « sans papiers ».

En 24 heures, des militants se mobilisent pour alerter et organiser un soutien efficace : une co-retenue prête à Eve son téléphone portable, le proviseur de son lycée faxe un certificat de scolarité, son professeur principal et une mère d'élève de la FCPE locale préviennent ses enseignants et ses camarades, qui viendront ensemble (une trentaine) au tribunal, les réseaux RESF font circuler des pétitions et multiplient les démarches (Eve est retenue dans une ville, habite dans une autre et est scolarisée dans une troisième : trois préfectures différentes !), le contact entre Eve et l'avocat commis d'office est pris grâce à la CIMADE (Comité inter mouvements auprès des évacués) et l'ASSFAM (Association service social familial migrants), associations qui aident les personnes en centres de rétention...

Le lendemain, Eve est libérée par le juge pour un vice de procédure et la préfecture ne fait pas appel de cette décision.

Mais Eve reste sans papiers et sous le coup d'une OQTF, tout peut recommencer à un prochain contrôle de police... le combat pour sa régularisation n'est pas terminé.

Pour certains, je pense à ses enseignants et camarades de classe, c'est un geste spontané de solidarité. Pour d'autres, c'est un engagement militant : apporter son soutien aux étrangers présents sur le territoire, dénoncer la loi qui remplit les prisons et les centres de rétention administrative de personnes dont le seul « crime » est d'être venues et restées en France sans l'autorisation de leur pays d'origine et de l'administration française ; combattre ces politiques de mise à l'index, d'exclusion, de discrimination...

Karin van Effenterre,
membre du Réseau Éducation
Sans Frontières (RESF)

§Enfermement
§Droits de L'Homme,
discriminations
§Etranger

**« S'organiser
en réseau,
c'est soutenir
collectivement
les actions de
chacun. »**

Malgré des approches certainement très différentes, des points de vue politiquement éloignés, ce qui unit ces démarches, c'est la conviction d'agir concrètement, dans un cadre qui permet de réussir. S'organiser en réseau, c'est soutenir collectivement les actions de chacun, c'est partager les expériences et les savoirs, c'est se donner mutuellement du courage et des raisons de continuer, c'est se

réjouir ensemble de chaque victoire et ne pas se laisser submerger par le découragement.

La force d'un réseau comme RESF, c'est qu'il regroupe des individus impliqués dans des combats simples, au plus près de la vie quotidienne de chacun, dont le fondement et la motivation sont des valeurs directement essentielles : empêcher qu'un jeune scolarisé vive dans une angoisse permanente pour des problèmes de « papiers », protéger des tout petits en maternelle en empêchant l'expulsion de leurs parents, exiger des papiers pour tous ceux qui vivent en France et veulent pouvoir travailler, se loger, se soigner, vivre sans être à la merci d'escrocs de tout poil...

Face à un gouvernement très répressif à l'égard des migrants, le nombre croissant des membres du réseau et la qualité des mouvements qui se créent pour chaque « Eve » rencontrée font grandir l'espoir d'une autre politique. ■

■
1. Prénom modifié.

Ouvrir l'espace

La formation ne se borne pas à faire des « têtes bien pleines ». Un regard critique et sans complaisance sur les pratiques désabusées des plus anciens peut préparer à s'engager pour défendre les valeurs des métiers du soin.

Frédéric Launay, enseignant en Institut de Formation en Soins Infirmiers

§Formation initiale, Formation continue
§Ecoute, empathie, Relation soignant soigné
§Maltraitance
§Ressenti, émotion

Nous nous sommes donnés rendez-vous au pub ce dimanche soir ; un lieu neutre, loin des services de soins et des salles de cours. Fabien, Nicolas et Nolwenn ont accepté de passer la soirée à me faire part de ce qu'ils ont constaté ou vécu au cours de leurs stages. Je leur précise que ce n'est pas un exercice pédagogique où il s'agirait d'argumenter en fonction des « valeurs soignantes », des « principes éthiques », des « textes professionnels ». Rien de tout cela. Je veux des témoignages bruts, sans concession : ce qui bouscule, malmène, empêche de dormir, indigne, révolte.

Le terrain est glissant, le sujet difficile, mais ces trois là tiennent la route et acceptent de jouer le jeu. On commande des bières, on est à l'écart, on a du temps.

« J'ai eu le sentiment que les soignants manipulaient les corps sans considération pour la dignité humaine. »

Nicolas n'hésite pas longtemps. Il est en troisième année de formation infirmière après avoir passé quelques années en fac et quelques mois en Irlande. Sa mère était infirmière libérale et il a toujours baigné dans les histoires de patients. Il s'exprime avec facilité et évoque un stage au bloc pédiatrique où il a assisté au transfert d'un enfant endormi, soulevé par les cheveux par un soignant, sans brutalité mais sans égard non plus, dans l'indifférence générale. « J'ai eu le sentiment que les soignants manipulaient les corps sans considération pour la dignité humaine. Jamais, sans doute, ils auraient agi de la sorte sous le regard des parents ou d'autres soignants extérieurs au service » Nicolas sait bien qu'il n'y aura aucune conséquence pour l'enfant inconscient, mais il s'interroge sur la signification de ces gestes qui ne choquent plus personne.

Fabien, en troisième année également, a intégré la formation après le bac. Il relate le cas de ce patient en psychiatrie à qui les soignants coupaient la parole systématiquement, « pour ne pas le laisser alimenter son délire » disaient-ils. « Quelle place a donc la parole de l'autre, dans un service où l'on pourrait s'attendre à plus d'écoute et d'attention ? », s'interroge Fabien qui suspecte l'équipe de se retrancher derrière des principes thérapeutiques pour ne pas s'impliquer dans la relation. Nolwenn, en deuxième année, a passé un an en Amérique du Nord, deux en Amérique du Sud et

a terminé un cursus universitaire complet. Elle aborde une situation comparable où les soignants se livraient ouvertement à des moqueries à l'adresse des patients sur un ton agacé, voire méprisant, sans que personne ne les reprenne. C'était aussi en psychiatrie, mais elle poursuit avec d'autres situations du même genre observées ailleurs...

Je m'efface et les laisse discuter entre eux. Je prends des notes. Tout y passe. L'attitude de certains soignants vis-à-vis des étudiants – entre bizutage et désintérêt total – les maisons de retraite où le personnel est plus attentif à son confort plutôt qu'à celui des résidents...

Tout cela ne m'intéresse pas. Je sais déjà tout ça. Vous savez déjà tout ça. Nous savons tous cela.

Les motifs d'indignation ne manquent pas, et alors ?

J'ai décidé de ne pas les ménager. On entre dans le vif du sujet.

– « Et vous faites quoi quand vous constatez tout ça ? » Je leur demande.

Là encore, ils n'hésitent pas. C'est bon signe. On va pouvoir aller plus loin.

Nicolas reprend. « Rien. La formation, pour moi, c'est vital. J'ai besoin d'obtenir le diplôme et de travailler » Nolwenn approuve « Il faut rentabiliser l'investissement de la formation ». Fabien ajoute : « L'argument économique est important. Nous avons besoin de ce travail pour faire notre vie... à côté du travail »

– « Vous ne résistez donc pas ? Vous laissez faire ? Vous participez ? »

Cette fois, le contenu de la discussion prend une tournure plus grave. Aucun des trois n'est dupe et chacun se juge sans concession, avec une lucidité à la fois remarquable et inquiétante.

Nolwenn sait parfaitement que le danger les guette aussi de banaliser ce genre de pratiques. Fabien sait aussi que « c'est humain de se relâcher avec des personnes vulnérables ou qui ne communiquent pas ». Nicolas sait aussi que « l'émoussement affectif conduit à perdre le regard critique ». Tous savent que les conditions matérielles et organisationnelles pèsent lourdement sur les pratiques et ils n'en veulent pas particulièrement aux soignants. Ils ont observé que les équipes finissent par trouver des solutions qui, pour se préserver, sont très souvent délétères pour les patients.

Les trois reconnaissent humblement leurs limites et cherchent également à se préserver. Nolwenn avoue se mettre en retrait, mais compense son impuissance par une observation aiguë du contexte qu'elle parvient à décoder avec une maîtrise impressionnante. Elle complète ses observations par des lectures ciblées, mais ne partage pas avec les soignants qui ne tolèrent plus qu'on puisse douter de leur intégrité. Elle s'engage et cherche des ressources ailleurs pour ne pas se laisser déborder par le découragement.

Nicolas avoue qu'il se sent lâche et que c'est extrêmement destructeur. « On s'indigne dans notre cerveau, mais on ne s'insurge pas » ajoute-t-il. Il s'impose également une gymnastique intellectuelle qui consiste à se projeter mentalement vers des situations positives puisées, malgré tout, dans la réalité des services de soins où l'on trouve des soignants remarquables, mais trop rares. « C'est épuisant », ajoute-t-il : « Je cherche à pallier fréquemment des baisses de régime, je recherche un second souffle, je m'accroche à l'idée qu'on aura les cartes en main quand on sera professionnel. » Nolwenn rappelle que la durée de vie professionnelle moyenne des infirmiers oscille entre huit et douze ans et que les professionnels renoncent aussi en raison de contraintes, d'une autre nature, que ne connaissent pas encore les étudiants. « C'est rassurant, commente Fabien, car cela signifie, finalement, que les soignants qui abandon-

nent ne renoncent pas à leurs valeurs profondes et finissent par ne plus vouloir être un rouage consentant du système ». Fabien se nourrit aussi de quelques rares professionnels qui incarnent les valeurs qui les animent. Il prend l'exemple des infirmiers psychiatriques de secteur qui « donnent d'eux-mêmes, s'engagent personnellement. Et tout cela est considéré comme faisant partie intégrante du prendre-soin. C'est précisément ce qui manque dans les services d'hospitalisation et qui m'indigne le plus : le manque d'engagement personnel assumé par des professionnels censés être nos modèles ».

Nolwenn résume : « On est soignant comme on est citoyen... ».

Trois heures de discussion sans contrainte et deux pages d'écriture limitées au calibre imposé. Voilà mon indignation ! Depuis des années, j'ai rassemblé des notes d'une grande richesse sur ces étudiants qui font preuve d'une lucidité sous-estimée, d'une compréhension et d'une analyse fine des enjeux. Ils n'attendent qu'une chose : que nous, soignants et enseignants, nous prenions le risque de nous engager plutôt que de les encourager à le faire à notre place et à leur vendre un monde idéal. Ils attendent simplement que nous nous comportions comme des citoyens responsables et que nous fassions part de nos indignations. C'est simple et terriblement difficile à la fois.

Il faut leur ouvrir l'espace... ■

Retrouver l'énergie de se détendre

■ Sylvie Simon, kinésithérapeute

Je connais Goundo depuis bien longtemps. D'origine malienne, elle est en France depuis vingt ans. Son mari est mort et rapidement, elle s'est donc retrouvée seule à élever ses six enfants. Elle a longtemps résisté, mais ces derniers temps, elle semblait plus fatiguée, elle arrivait au cabinet toujours accompagnée de son caddie chargé à craquer. Tous les matins, à huit heures à prendre la ligne 13, bondée, pour aller faire des ménages, c'est du métro qu'elle se plaignait le plus.

C'était de plus en plus difficile de la soulager, comment lui insuffler encore l'énergie, le cou-

rage pour tenir trois ans avant sa retraite ? Je lui ai donné le numéro de téléphone de la direction de la RATP, en lui disant de les appeler tous les jours pour raconter les conditions de transport qu'elle subissait et que même si c'était le répondeur, elle pouvait se défouler et les engueuler. Depuis, quand elle vient me voir, elle me raconte qu'elle ne rate pas son rendez-vous téléphonique, elle a même donné le numéro à ses copines. Je dois dire que ça nous fait bien rigoler, et quand elle rigole, Goundo, eh bien je sens mieux son dos se détendre et sa tête se redresser. En attendant, c'est toujours ça de gagné. ■

§Accueil, ouverture, disponibilité

§Kiné

§Ecoute, empathie, Relation

soignant soigné

§Maltraitance

Le CAPI : résister ou capituler !

La formation médicale continue prise en étau entre idéologie de la performance et concept de compétence, une rupture avec un exercice éthique ?

Philippe Cornet,
membre de la SFTG,
faculté de médecine
Pierre et Marie Curie
Paris 6

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie propose aux praticiens libéraux une démarche d'évaluation des pratiques sous le sigle CAPI (contrat d'amélioration des pratiques individuelles). En contrepartie, les médecins peuvent espérer un surcroît de rémunération annuelle. Le principe du CAPI est un avatar de la culture néolibérale de la performance. Son principe est que la qualité d'une procédure se mesurerait à l'aide d'indicateurs censés être pertinents, affranchis des variations individuelles des situations, pour une situation modélisée ayant valeur de référence. Toute action qui s'approche au plus près du modèle est jugée performante. Le plus souvent, l'individu assujéti au principe de la performance reçoit en contrepartie une prime financière proportionnelle au degré d'adéquation de sa réussite au modèle, la norme étalon. Dans le cadre du CAPI, l'amélioration des pratiques de soin adhère à l'ensemble de cette idéologie. La performance sera jugée d'autant meilleure, et la rémunération d'autant plus forte, que les indicateurs de pratique du médecin seront proches de la norme étalon, ce qui permet de le décliner sous la forme de :

Plus Je CAPIte, tu CAPItes, il CAPIte,...

Et plus je capitalise, tu capitalises, il capitalise...

Le modèle répond à des critères le plus souvent économiques de productivité : pénétration de marchés, amélioration des rendements, anticipation des mouvements boursiers, articulation d'interdépendance des tâches de production d'objets ou de services, aménagement des horaires et des postes de travail. L'exemple du sportif de compétition n'échappe pas à cette modélisation lorsqu'il est étalonné par la performance métrique ou chronométrique. Nous apercevons le glissement opéré entre la notion de technique (techne) qui rationalise les moyens en vue de la réalisation d'un objectif, ici à l'évidence économique, et la pratique (praxis) qui s'ancre dans la relation à des fins de résolution des problèmes humains. J. Habermas propose la distinction suivante entre technique et pratique : la pre-

mière désigne l'action mettant en œuvre des moyens en vue de la réalisation d'une fin, la seconde l'action exercée dans le rapport à l'autre, qui n'a d'autre fin que son accomplissement¹. Entre le premier et le second, il s'opère un changement complet de paradigme. Dans la pratique, le sujet revient au centre de l'action aux seules fins de sa « vie bonne » selon Aristote.

Ne pas confondre performance et compétence

Notre expérience au sein de la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG) nous invite à comparer les objectifs de la formation médicale continue (FMC) à ceux du CAPI. Cette approche contradictoire permet d'éclairer la confusion entretenue entre ce qui relève de l'idéologie de la performance et le concept de compétence. La compétence se définit comme un « savoir agir complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'un ensemble de situations données dans un temps et un contexte social déterminés »². Si nous nous risquons à un exemple trivial, il faudrait imaginer un vendeur d'automobiles recevant un couple de retraités qui souhaite acquérir un nouveau véhicule. A la fin de l'entretien, les acheteurs signent pour l'achat d'un véhicule plus cher, dont les caractéristiques techniques sont excessives par rapport à leurs besoins, le vendeur a été persuasif, il a été performant, l'action s'est conclue dans l'intérêt du vendeur. A l'inverse, s'il oriente les acheteurs vers un véhicule d'occasion qui apporte des garanties supplémentaires de sécurité par rapport à un véhicule neuf, mais correspondant au budget du couple, le vendeur n'a pas gagné plus d'argent, il a orienté ses acheteurs en fonctions de leurs besoins réels en mettant à leur disposition ses connaissances professionnelles ; le vendeur a fait preuve de compétence, l'action s'est faite aux bénéfices des acheteurs. Prescrire une HbA1c régulièrement dans le suivi d'un diabète ne renseigne en rien de l'usage qui en sera fait dans la relation de soin avec le patient : on peut être en droit de s'interroger sur la pertinence de ce dosage à un moment précis ? Existe-t-il d'autres priorités ?

\$Formation initiale,
Formation continue
\$Éthique
\$Pratique médicale
\$Revenu, Rémunération soignants,
à l'acte, forfaitaire, T2A

« Le modèle répond à des critères le plus souvent économiques de productivité. »

Faut-il omettre transitoirement ce dosage du fait des conséquences que cela aurait ? La pratique s'éclaire d'une réflexion plus large et plus complexe dans laquelle les indicateurs trouvent ou non leur place au sein d'une stratégie globale de l'accompagnement thérapeutique. Ils ne sont plus une fin, mais un simple moyen.

La formation médicale continue n'a pas choisi d'entraîner les médecins dans une voie unique de la performance, considérant que la seule prise en compte des indicateurs, soumis par ailleurs à la critique de leur pertinence³, ne peut satisfaire à sa mission. Si elle ne néglige pas les problématiques économiques de la pratique, elle l'intègre dans un espace plus global prenant en compte la dimension subjective de la maladie. L'exercice se fait alors au bénéfice du patient, le praticien, en retour, y trouve une satisfaction professionnelle.

L'acte tarifé et le libéralisme

Beaucoup d'activités indexent la rémunération à la prestation sur des critères variés dont : la loi des marchés, la notoriété, la durée, la difficulté de la tâche et bien d'autres paramètres qui souvent s'additionnent. Le niveau de rémunération sera d'autant plus élevé que ces critères sont nombreux, notion quantitative, ou requièrent de l'expertise, notion qualitative. Ce type de contrat est fréquent chez les commerçants et les professions de service. C'est un pur produit de l'économie libérale qui lie la rémunération à la prestation. Ce lien économique produit un effet social de représentation qui conduit à confondre la qualité de la prestation avec la hauteur de son prix. Devant ce constat, comment appréhender la situation d'un acte médical tarifé à prix unique, quelle que soit la difficulté du problème, la qualité du médecin, la durée de la consultation, la complexité des réponses à apporter ? Deux voies se proposent à notre analyse : soit on dissocie la rémunération du contenu de l'acte en considérant que son prix n'est que le reflet direct de ce qu'une société consent ou peut consacrer au budget de la santé. Cette position permet de rompre avec le modèle libéral du lien entre la qualité de ce que le médecin produit, et l'argent qu'il perçoit en retour. Soit, de vouloir maintenir ce lien et de trouver une échappatoire en acceptant de considérer qu'une performance mérite un surcroît de rémunération, dont l'exemple type et caricatural est la situation des traders des

places financières. Le « bien faire » se tarife au-delà d'un forfait de base qui serait limité au « faire ». A qui cela profite-t-il ? A l'évidence au praticien qui trouve dans le dispositif une rémunération complémentaire, en contrepartie d'un engagement à respecter des indicateurs de performance, mais aussi à la Caisse d'Assurance Maladie qui en espère des économies. Le patient a-t-il toujours un bénéfice à ce dispositif ?

Le CAPI, la rupture avec la morale et l'éthique

Comment considérer la tentation d'abandonner, voire de refuser, un patient dont les comportements ne seraient pas en conformité avec les objectifs définis par les indicateurs au seul motif que la performance du médecin s'en trouverait réduite, et la rémunération complémentaire menacée ? Peut-on considérer comme morale la perspective d'une prime d'incitation à des objectifs, alors que ces derniers sont implicitement définis dans les fonctions du médecin en contrepartie de la rémunération de l'acte ? Comment pourrions-nous imaginer à l'aune de ce dispositif une rémunération complémentaire pour les anesthésistes, les chirurgiens, les psychiatres, quels seraient les indicateurs de performance que la Caisse Primaire leur proposerait ? L'analyse des inégalités sociales de santé conduit à constater que des patients au sein de populations

fragiles ne bénéficient pas d'un accès égalitaire aux soins, que l'information sur le dépistage et la prévention est moins comprise,

que l'incidence des maladies graves et le risque de mortalité prématurée sont plus élevés. Patients qui, précisément, sont les moins faciles à accompagner dans un projet de soin, qui suscitent le plus d'attention pour des résultats souvent plus décevants, qui mobilisent davantage le médecin avec parfois de longues périodes d'échappement à la règle des bonnes pratiques médicales. Devrions-nous les laisser au bord du chemin de la performance ? Empêcheurs de « CAPIter » en rond ! Ne CAPItulons pas devant les seules sirènes de la capitalisation ! Résistons. —

« Ne CAPItulons pas ! »



1. Séminaire SFTG : « Secret professionnel et éthique de la décision », Paris septembre 2010
2. Collectif des enseignants universitaires généralistes d'Ile-de-France, 2011. Non publié.
3. Magnier AM, « CAPI le pour et le contre », SFTG, 2010. Non publié.

La liberté d'aller et venir

Au moment où le souffle de la liberté et de la démocratie vient du Maghreb, il est plus que temps de faire de la Méditerranée un espace de partage et de libre circulation entre Nord et Sud.

Claire Rodier, juriste responsable du Gisti (Groupe d'information et de soutien des immigrés), Migreurop

L'année 2011 marque l'adoption de la quatrième modification, en neuf ans de sarkozisme, de la loi sur l'immigration. En vingt-cinq ans, cette loi aura connu plus de vingt réformes, chacune d'elle annoncée comme la solution pour améliorer un dispositif qui s'avère en réalité de plus en plus complexe et, pour les dernières en date, de plus en plus répressif. Le cru 2011, qui aura été défendu successivement par trois ministres (Besson, Hortefeux, Guéant) devant le parlement, est le symbole de cette évolution. S'il faut en retenir deux mesures, on mentionnera la mise à l'écart du juge, en principe garant des libertés individuelles, face à une administration toute puissante, et l'exclusion des malades étrangers sans papiers de la prévention et des soins, condamnant ceux qui sont atteints des pathologies les plus graves à la mort ou à la clandestinité. Le texte marque sans doute un seuil sécuritaire. Mais on aurait tort d'y voir la « rupture » hâtivement dénoncée par les associations qui défendent les droits des étrangers.

La loi relative « à l'entrée, au séjour, à l'éloignement des étrangers et à la nationalité » qui vient d'être adoptée s'inscrit au contraire dans la continuité d'un processus qui, par delà les alternances politiques, ancre la condition de l'étranger aux marges d'une société française, et plus largement européenne, dont on feint de croire qu'elle serait mieux protégée en excluant l'allogène. Plus qu'une rupture, elle constitue le énième rouage d'un engrenage progressivement mis en place par les gouvernements qui se sont succédé depuis les années soixante-dix en France, qui repose sur un principe : celui de la fermeture des frontières à l'immigration. Certes, on n'en est plus à l'« immigration zéro » prônée autour des années quatre-vingt-dix par le ministre de l'Intérieur Charles Pasqua. L'heure est désormais à l'« immigration choisie », formule plus conforme aux besoins du capitalisme, comme l'ont bien compris celles et ceux qui se mobilisent contre la politique d'« immigration jetable »¹. Certes, la

gauche utilise à l'égard des étrangers une rhétorique moins utilitariste que la droite et se montre en général plus attentive, dans la loi comme dans le discours, au respect des droits humains.

Mais il reste qu'aucun gouvernement n'a remis en cause le système qui fonde jusqu'à aujourd'hui les rapports entre les habitants des pays d'émigration et ceux des pays d'immigration, ou, dans un raccourci schématique, entre les pauvres et les riches de la planète : les premiers sont assignés à résidence là où le sort les a fait naître et ne peuvent envisager de s'installer ailleurs que s'ils sont sélectionnés et y sont autorisés, les autres circulent librement de par le monde. Pour les premiers, la frontière est un obstacle qu'ils ne peuvent franchir qu'en payant très cher, et parfois en mettant leur vie en danger² ; pour les seconds, elle est une formalité anodine au cours du voyage. Plus les contrôles aux frontières sont renforcés pour dissua-

« Un filtre entre les "touristes" et les "vagabonds". »

der les indésirables – l'Europe a même créé une agence dont c'est la mission, l'agence Frontex³ –, plus on cherche à les alléger pour les voyageurs considérés comme *persona grata* : à l'aéroport de Roissy-Charles-de-Gaulle, l'authentification biométrique réduit, pour des ressortissants de l'Union européenne triés sur le volet, le passage de la frontière au franchissement d'un portique dans lequel ils font reconnaître la bande optique de leur passeport et les empreintes de leurs doigts. Ce type de dispositif fait de la frontière moins une barrière qu'un filtre entre les « touristes » et les « vagabonds », selon la distinction établie par Zygmunt Bauman⁴. Pour rester dans le registre lexical, on notera que l'inégalité passe aussi par le vocabulaire : un Européen qui s'installe en Afrique est un expatrié, un Africain qui s'installe en Europe est un immigré s'il a des papiers, un « clandestin » s'il n'en a pas. Dès 1997, profitant de l'arrivée d'une coalition de gauche au gouvernement, le Gisti, avec cinq autres organisations, interpellait le Premier ministre pour lui demander d'organiser une vaste consultation nationale en vue de procéder

¹Droit, législation - Naturaliser
²Droits de L'Homme, discriminations
³Immigration, Sans papiers
⁴Frontières, circulation

à une refonte en profondeur de la politique migratoire⁵. Dressant un bilan des vingt-cinq dernières années, les signataires de cette Lettre ouverte à Lionel Jospin soulignaient que la fermeture des frontières, loin de permettre l'intégration, « contribue à l'échec de l'insertion des étrangers, accrédite l'idée que la présence d'étrangers est anormale et laisse penser que la France doit se protéger des flux migratoires, lesquels sont par conséquent vécus comme une menace ». Dans un plaidoyer détaillé et argumenté, les six organisations invitaient à comprendre que « faute d'être adaptée à la réalité du monde et aux besoins parfois vitaux de certains étrangers, la fermeture des frontières favorise l'arbitraire, l'injustice et la répression. La « maîtrise » des flux migratoires ne peut plus être un quasi-synonyme de leur interdiction. Elle doit surtout compter sur leur autorégulation qui peut être facilitée grâce à l'adoption d'une politique respectueuse de la liberté de circulation ».

Loin d'être entendu, le Gisti, considéré comme le chef de file de cette initiative, a été accusé par la droite d'être totalement irresponsable en voulant livrer le pays à des hordes d'invasisseurs, par la gauche de faire le jeu de l'ultralibéralisme en dérégulant le marché de l'emploi par la mise à disposition des employeurs d'une abondante main-d'œuvre prête à travailler à n'importe quel prix. Dans un cas comme dans l'autre, les arguments invoqués ne tiennent pourtant guère à l'épreuve des faits.

S'agissant de la déréglementation du marché du travail, l'argument serait plus convaincant si, depuis trois décennies, ceux qui les brandissent, autrement dit les régimes libéraux de droite comme de gauche qui dirigent les pays européens, n'avaient pas tout fait pour mettre en concurrence les salariés, faire de la précarité la règle, et encourager une course effrénée au moins-disant social qui fragilise aujourd'hui le monde du travail dans son ensemble, nationaux et étrangers confondus.

Quant au risque d'invasion qu'entraînerait la levée des barrières, il n'est en rien validé par l'histoire contemporaine des mouvements de population. Malgré des prévisions alarmistes, l'effondrement du bloc soviétique n'a pas entraîné, au début des années quatre-vingt-dix, de déplacements massifs en provenance de l'Europe de l'Est, pas plus qu'en 2004 et en 2007 ne l'ont fait les élargissements opérés par l'Union européenne pour intégrer des pays de sa frontière orientale. Lorsqu'il existe, ce type de déplacement est en général provoqué par le besoin de fuir un danger. Et l'expérience mon-

tre que dans ce cas, c'est vers les pays les plus proches que se rendent les personnes ainsi contraintes au départ. L'histoire de la post-décolonisation africaine est marquée par quelques grandes crises comme celles qui ont conduit par dizaines de milliers des Rwandais en République démocratique du Congo, ou des Somaliens et des Soudanais au Kenya, pas en Europe ! Aujourd'hui, c'est au Libéria que se réfugient les quelque 90 000 Ivoiriens chassés de chez eux par la guerre civile. Et les bouleversements du début de l'année 2011 au Maghreb ont permis de mesurer l'indécence des pays de l'Union européenne hurlant à la menace d'invasion pour quelques milliers de Tunisiens arrivés en Sicile, tandis que la Tunisie accueillait le mieux possible, et sans broncher, en l'espace de quelques jours, plus de cent mille réfugiés en provenance de Libye.

Vingt ans après la chute du mur de Berlin, on dénombre près de 40 000 kilomètres de frontières fermées – dont près de 18 000 « murées » –, presque toutes édifiées depuis 1989, qui, partout, entravent la circulation des êtres humains. Peut-on accepter qu'au prétexte de la lutte contre l'immigration clandestine – dont tous les indicateurs, à commencer par l'accumulation des textes répressifs jugés toujours insuffisants, démontrent la vanité – on perpétue ce système de sanctuarisation de zones protégées par la mise à l'écart des indésirables ? Au moment où le souffle de la liberté et de la démocratie vient du Maghreb, il est plus que temps de faire de la Méditerranée un espace de partage et de libre circulation entre Nord et Sud. ■

« 40 000 kilomètres de frontières fermées, dont près de 18 000 "murées". »

- 1. En 2006, lors de l'annonce d'une énième réforme de la loi sur l'immigration, pas loin d'un millier d'organisations se sont regroupées dans un collectif appelé « Uni(e)s contre une immigration jetable », www.contreimmigrationjetable.org/
- 2. D'après les chiffres disponibles sur le site militant Fortress Europe, plus de 15 000 personnes auraient trouvé la mort dans le parcours migratoire en tentant de rejoindre l'Europe depuis 1988, <http://fortresseurope.blogspot.com/p/fortezza-europa.html>.
- 3. Claire Rodier, « Frontex, l'agence tout risque », in *Plein Droit*, n° 87, décembre 2010.
- 4. Zygmunt Bauman, *Le coût humain de la mondialisation*, Paris, Hachette Littératures, 1999.
- 5. Act Up-Paris, Droits devant !, CEDETIM, FASTI, GISTI, Syndicat de la magistrature, Lettre ouverte à Lionel Jospin, 10 juillet 1997, www.gisti.org/doc/actions/1997/jospin.html

Une politique étrangère à la santé

La « lutte contre l'immigration irrégulière » est affichée comme une priorité nationale, et les conditions d'accès aux soins des étrangers sans titre de séjour sont progressivement restreintes par le législateur.

Marie Hénocq, responsable de la commission Migrants de la Cimade et **Arnaud Veïsse**, médecin, directeur du Comede

§Immigration, Sans papiers
§Droit, législation - Naturaliser
§Surveillance, contrôle, fichage
§Étrangers malades

« Un durcissement des pratiques dans la mise en œuvre de ce droit au séjour par les administrations. »

Proclamé par la Constitution de 1946, le droit « de tous » à la santé a conduit, à la fin du siècle dernier, à l'inscription législative de la protection contre l'éloignement des étrangers gravement malades et vivant en France (loi Debré, 1997) et du droit à la délivrance d'une carte de séjour renouvelable pour pouvoir accéder aux soins dans des conditions dignes (loi Chevènement, 1998). Par rapport aux autres procédures de régularisation pour des motifs de « vie privée et familiale », ce droit revêt la particularité de faire intervenir, aux côtés des préfetures en charge de la « police des étrangers », des médecins : médecins traitants de l'étranger pour rédiger les rapports médicaux, médecins inspecteurs des Agences régionales de santé (MARS) pour vérifier que les conditions médicales fixées par la loi sont remplies. L'application de ce droit repose en effet sur l'évaluation médicale d'un double risque : le risque d'exceptionnelle gravité du défaut de prise en charge médicale, et le risque de carence des soins nécessaires en cas de retour dans le pays d'origine.

Il est intéressant de revenir sur les attaques répétées que ce dispositif de « protection des étrangers malades » connaît depuis 2002¹.

Vers des « quotas d'étrangers malades »

A la demande du ministère de l'Intérieur, la première charge est tirée par l'Inspection générale de l'Administration dans un rapport sur l'Immigration remis en novembre 2002, qui présentait la régularisation des étrangers malades comme « la faille majeure du système ». Il s'en suivra la circulaire ministérielle du 19 décembre 2002 jetant le soupçon sur les médecins qui interviennent dans la procédure (elle sera rectifiée à la marge par une circulaire du 12 janvier 2003 face aux protestations des associations et des Médecins inspecteurs de santé publique – MISP).

En 2007, contre l'avis des associations mais également du ministère de la Santé, le Comité interministériel de contrôle de l'immigration décide la

mise en ligne sur le site intranet ministériel de « fiches-pays » indiquant l'existence de traitements et recommandant aux MISP, en contradiction avec la loi, de ne pas tenir compte de l'accessibilité effective aux soins. Ces attaques s'accompagnent d'un durcissement des pratiques dans la mise en œuvre de ce droit au séjour par les administrations, avec la multiplication des obstacles à l'accès à la procédure.

Bien qu'officieuse, cette politique de quotas connaîtra une efficacité certaine, dont témoigne la baisse significative au cours des dernières années des taux d'accord pour les demandes de carte de séjour « étrangers malades » dans l'observation du Comede². Proche de 100 % jusqu'en 2002, les taux d'accord chutent autour de deux accords sur trois pour les préfetures, et de un sur deux pour les recours contentieux contre un refus préfectoral. Dans le domaine politiquement plus « sensible » de la lutte contre le Sida, cette évolution sera longtemps contenue pour les étrangers vivant avec le VIH par la publication des circulaires du 30 septembre 2005 et du 8 juin 2006 du ministère de la Santé, rappelant aux MISP, en accord avec la loi, la nécessité de privilégier la continuité des soins.

C'est dans ce contexte que le Conseil d'Etat est obligé, en avril 2010³, de rappeler la lettre et l'esprit de la loi : non, la France ne peut pas renvoyer des étrangers malades dans leur pays sans vérifier qu'ils pourront effectivement s'y soigner ; le simple fait que les traitements y soient disponibles ne suffit pas : les intéressés doivent pouvoir en bénéficier.

Ce rappel à la loi connaît un effet pervers : dans l'esprit de ses détracteurs, il faut, décidément, changer la loi « pour continuer de l'appliquer comme avant » expliquent les parlementaires à l'initiative de la dernière attaque en 2010. Parmi les multiples violations des droits fondamentaux contenues dans le dernier projet de loi sur l'Immigration (initié par le ministre Besson, il sera porté par les ministres Hortefeux puis Guéant en 2011), celle de la protection des étrangers malades figure en bonne place. Selon le gouvernement et les députés de la droite populaire, l'étranger

malade résidant en France pourra désormais être renvoyé dans son pays d'origine dès lors que le « traitement y est disponible ». Peu importe qu'il ne le soit pas en quantité suffisante, qu'il soit hors de prix, ou qu'aucun suivi médical ne soit possible... La figure de l'étranger malade a rejoint la cohorte des « immigrés subis », et la solidarité avec les malades n'est plus de mise.

Contrôle médical et contrôle des médecins

Alors même que le projet de loi est en cours d'examen par le Parlement, certaines Agences régionales de santé en anticipent l'application, en s'opposant à la régularisation de personnes vivant avec le VIH et menacées de mort en cas de retour au pays d'origine, faute de pouvoir accéder aux soins nécessaires à leur état de santé. Alertées sur plusieurs situations individuelles, plusieurs associations de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) ont dû intervenir auprès du ministère de la Santé, début 2011, pour que celui-ci rappelle les MARS concernés à leurs obligations légales et déontologiques, et notamment à l'application des circulaires relatives à la protection des personnes atteintes du VIH, ainsi que des hépatites virales chroniques avec l'instruction aux ARS du 29 juillet 2010. Dans le même temps, des recours ont été introduits auprès de la juridiction administrative, plus prompte depuis plusieurs années à reconnaître le droit au séjour des étrangers gravement malades que les préfetures.

Confrontés aux consignes contradictoires de la protection de la santé et de la lutte contre l'immigration, certains médecins développent des comportements qui relèvent davantage du contrôle de l'immigration. Mais plus nombreux sont ceux qui restent fidèles à leurs engagements pour la protection de la santé des étrangers malades, dans le respect de la déontologie médicale⁴. Dès lors, ils se trouvent en butte à des mesures de contrôle et de sanction croissante de la part du ministère de l'Intérieur. Les préfetures refusent ainsi de plus en plus souvent d'examiner les demandes de régularisation le « rapport médical » prévu par la réglementation n'émane pas d'un « médecin agréé ou un praticien hospitalier »⁵. Dans le même temps, plusieurs médecins voient leur agrément supprimé dans un contexte de suspicion croissante à l'égard des pratiques médicales⁶. Dans un arrêt du 24 février 2011⁷ suite à la suppression de l'agrément de deux psychiatres par la préfeture du Puy-de-Dôme, la Cour administrative d'appel de Lyon confirme le caractère de contrôle médical dévolu par la réglementation aux médecins agréés, ainsi qu'aux praticiens hospitaliers.

L'évolution vers le contrôle médical s'avère indissociable du contrôle des médecins au service de la « maîtrise de l'immigration ». Face à cette situation, les mouvements de protestations s'organi-

sent et se renforcent au cours des dernières années. Fin 2007, le Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique en appelle au soutien de leur ministre de tutelle, la Santé⁸. En 2008, le Comede lance une pétition de médecins, « La déontologie médicale est universelle, elle s'applique aussi pour les malades étrangers », qui sera signée en un mois par plus de 500 médecins intervenant auprès des étrangers malades.

Fin 2010, de nombreux médecins et sociétés savantes se sont mobilisés pour défendre le droit au séjour des étrangers malades, ceci pour des raisons qui tiennent à la fois à la protection de la santé individuelle, à la santé publique et au coût économique qu'engendrait le retard aux soins pour des personnes atteintes de maladie grave. Une pétition initiée par des médecins hospitaliers⁹ rassemblera plus de 1000 signataires en mars 2011. Le Conseil national du Sida, la Société française de santé publique, la Fédération française d'inféctiologie, la Société française de lutte contre le Sida, les professeurs Françoise Barré-Sinoussi, Jean-François Delfraissy et Didier Sicard ont fait entendre leurs voix convergentes.

Au moment où nous écrivons ces lignes, le projet de loi sur l'Immigration adopté par l'Assemblée nationale a confirmé la restriction du droit au séjour pour raison médicale, signant la condamnation à mort des malades qui seront expulsés dans des pays où les soins ne pourront être poursuivis. Comme par le passé, cette perspective suppose toutefois de compter sur l'irresponsabilité des acteurs de la procédure. Et comme par le passé, cette évolution peut être enrayerée par l'ensemble des acteurs de la procédure. A l'usage, la réflexion interdisciplinaire entre les médecins, les associations et l'Administration peut se révéler un efficace garde-fou. ■

« Certains médecins développent des comportements qui relèvent davantage du contrôle de l'immigration. »

1. Observatoire du droit à la santé des étrangers, « La régularisation pour raison médicale en France : un bilan de santé alarmant », mai 2008, www.odse.eu.org
2. Comede, Rapport d'activité et d'observation 2009, pages 32 et s., www.comede.org
3. CE, 7 avril 2010, n° 301640 et n° 316625, publiés au recueil Lebon.
4. Art 47 et 50 du Code de déontologie médicale.
5. Ces refus s'appuient sur l'exigence d'appliquer de manière nouvellement restrictive un arrêté du 8 juillet 1999 relatif aux conditions d'établissement des avis médicaux concernant les étrangers malades.
6. Asensi H., « Des désagréments de la psychiatrie pour les étrangers malades », *Maux d'exil*, n° 25, décembre 2008, www.comede.org
7. CAA Lyon, 24 février 2011, n° 09LY01009
8. Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique, communiqué du 8 octobre 2007, www.smissp.fr
9. <http://accessibilite-effective.over-blog.com/>

Bizone... vous avez dit bizone ?

Je suis poursuivi par la direction de la CPAM du 94 pour avoir prescrit tous les médicaments dans la partie haute...

Didier Pourpardin, L'affaire des bizones

médecin généraliste

Je suis poursuivi par la direction de la CPAM du 94 pour avoir prescrit tous les médicaments dans la partie haute des ordonnances bizones, en soignant les personnes atteintes de maladies en ALD (Affection longue durée). Les prescriptions pour les maladies « sans rapport » (sans aucun rapport) avec les maladies en ALD doivent être inscrites en bas. C'est aux médecins de choisir la zone qui détermine le pourcentage de remboursement. Cette responsabilité résulte de la politique de « maîtrise médicalisée des soins ».

Si la qualité des soins et leur accessibilité sont les motivations de ma pratique médicale, il ne s'agit pas de faire œuvre de charité individuelle en m'érigeant en contrôleur fiscal des ressources des malades. En revanche, je tiens à ce que soit respecté le droit de soigner des personnes humaines dans leur intégrité physique et psychologique et non des personnes chosifiées, réduites à un amas d'organes ou de pathologies sans liens. Il s'agit donc d'une question éthique (sur laquelle l'Ordre des Médecins est bien sûr muet, sa dissolution reste souhaitable) et scientifique : les pathologies retentissent évidemment les unes sur les autres ; les médicaments ne s'arrêtent pas, comme le nuage de Tchernobyl, aux frontières des organes et provoquent des effets secondaires.

J'ai donc dû argumenter les prescriptions d'une cinquantaine de personnes, pendant un an.

A l'issue de cette discussion, les médecins conseils m'ont proposé de rédiger pour huit personnes des protocoles d'ALD pour « polypathologie ». J'ai trouvé que l'idée était consensuelle puisque j'étais ainsi exonéré de tout « grief » pour ces huit dossiers et je me suis exécuté. Un peu surpris, car d'habitude, dans le 94, ces demandes sont presque toujours refusées. Or là, les protocoles de demande de « polypathologie » ont tous été acceptés, rapidement et sans examen.

Très heureux, j'ai alors cherché si, parmi les quarante-trois dossiers restant, d'autres personnes

aussi gravement malades auraient pu bénéficier du même sort. J'en ai recensé vingt-deux avec des pathologies multiples comparables et j'ai donc rédigé pour elles des protocoles. Contrairement aux huit dossiers initiaux, les médecins-conseils les ont convoquées. Résultat : pour des maladies similaires, seulement deux personnes sur vingt-deux ont été acceptées !

Les procédures de reconnaissance en « polypathologie » sont donc à géométrie variable. Leurs résultats révèlent un arbitraire complet.

Conclusion sur les bizones

La discussion sur la place des médicaments dans les zones peut se prolonger éternellement. Sans aucun intérêt, sauf comptable. La répartition en zones ne peut être qu'arbitraire. Ces bizones sont

« Ces bizones sont devenues une machine de guerre. »

devenues une machine de guerre pour les directions des CPAM qui les utilisent pour interpellier les médecins, les intimider et les rendre obéissants sur les « recommandations » de « bonne » pratique médicale. Les médecins sont donc soumis d'un côté à l'autoritarisme et aux

certitudes... qui s'écroulent parfois (vaccins de la grippe H1N1) et, d'un autre côté, à un manichéisme médical, qui détruit toute approche nuancée de la maladie, pourtant indispensable dans ce métier. Il ne s'agit pas de revendiquer de faire n'importe quoi au nom de la « liberté de prescription », mais d'agir pour que les comportements médicaux ne soient pas déterminés par des « objectifs » comptables décidés en dehors de toute volonté citoyenne ; et pour que les attitudes thérapeutiques résultent de données scientifiques établies (et pas seulement à la mode), mais aussi de leur confrontation aux réalités sociales existantes.

Je refuse donc de payer à la CPAM 94 le soi-disant « préjudice » de 2 600 €. Son directeur m'a en outre infligé une « pénalité » (une amende), fixée à 4 000 € de façon arbitraire après avis d'une « commission des pénalités » dont le déroulement est indigne et grotesque. Le litige sur les 2600 €

- §Accès aux soins
- §Normes
- §Pratique médicale
- §Assurance maladie,
- §Sécurité sociale
- §Prescription

est passé devant le Tribunal des Affaires de la Sécurité Sociale. Le Juge n'a pas donné raison à la CPAM. Il a nommé un expert pour trancher le conflit médical. A suivre !

Le plateau des Glières

Cette affaire des bizones n'avait a priori aucun avenir médiatique, outre que je me suis défendu et que j'ai fait appel à mes amis associatifs, syndicaux et politiques pour me soutenir. Il se trouve qu'elle est entrée en résonance avec les préoccupations de l'association « Citoyens Résistants d'Hier et d'Aujourd'hui », CRHA, qui organise, depuis la visite provocatrice de Sarkozy au Plateau des Glières en mai 2007, un rassemblement annuel au même endroit pour rappeler le programme du Conseil National de la Résistance (qui contenait les principes fondateurs de la Sécurité sociale) et pour que s'expriment ensemble d'anciens résistants et des personnes qui aujourd'hui s'opposent au rouleau compresseur du libéralisme qui détruit un à un tous les droits. C'est à partir de cette intervention aux Glières que l'affaire des bizones a pris une envergure nationale dont j'ai été le premier surpris.

Les directions des CPAM, nommées et jamais élues

Il faut aussi parler des directions des CPAM. Les Conseils (ex-d'Administration) des Caisses n'ont plus aucun pouvoir, si ce n'est d'avaliser les décisions des directeurs des Caisses, carriéristes patentés, parfois issus du mouvement syndical qu'ils déconsidèrent au passage. Après avoir fermé tous les centres de Sécurité sociale dans les quartiers, ils se sont retranchés dans des immeubles luxueux, transformés en forteresses, sans presque aucun dialogue direct. Ils s'attèlent à privatiser la Sécurité sociale en induisant, par les déremboursements, le recours aux assurances privées. Ils ont fait dire que j'étais généreux « avec l'argent des autres ». Ils s'y connaissent ! Avec l'argent des assurés, ils proposent à tous ceux dont les revenus dépassent un peu le plafond des ressources pour obtenir la CMU, des « chèques santé » pour les « aider » à acquérir une assurance complémentaire privée !

Les Agences Régionales de Santé, avec un pouvoir absolu de leurs directeurs, vont avoir le même rôle dans le processus de privatisation de tout le champ de la santé pour fermer/privatiser les hôpitaux publics, les lieux de soins, les centres de santé, les organismes de prévention.

Désertification programmée et émergence de sous-médecins

Cette affaire m'a fait réaliser que des milliers de médecins prescrivent comme moi et parfois accep-

tent de se faire sanctionner sans rien dire ou en protestant « à huis clos ». Nous sommes plus nombreux que je ne le pensais à recevoir des relevés de nos « mauvaises » pratiques : arrêts de travail trop longs, examens complémentaires décrétés « inutiles », médicaments de « confort » encore remboursés. Les « conseils » (à examiner et éventuellement à débattre) sont embrouillés avec les « consignes » censées être impératives.

Ce harcèlement s'ajoute à l'augmentation des « tracasseries » administratives, dues à la limitation des droits des malades (les discours actuels sur les « simplifications administratives » sont nuls).

Cette dégradation a une conséquence directe : les médecins hésitent à exercer la médecine de proximité. La désertification atteint les banlieues. Elle est amplifiée par la limitation, consacrée

par la corporation médicale, du nombre des étudiants en médecine. Au-delà se profile le projet de former « dans l'urgence », à la va-vite, des officiers de santé. Ils devront se limiter à soigner des pathologies bénignes avec des médicaments déremboursés ; servir de trieurs et orienter les patients sur des structures privées, travailler en « réseaux de santé » avec des mutuelles pour pauvres et seront récompensés par des primes à l'obéissance.

Pendant ce temps seront encouragées, dans les quartiers riches, les prouesses des médecins les mieux formés, disposant des moyens thérapeutiques les meilleurs, adeptes des dépassements et de l'utilisation sans attente des services publics hospitaliers. Leurs frais seront remboursés par les mutuelles les plus performantes, réservées aux personnes qui en ont les moyens.

Le manifeste des médecins solidaires

Les temps sont durs. Les médecins doivent encore bouger ! Le Manifeste des Médecins Solidaires peut permettre de s'insurger contre l'idéologie libérale en santé. Il peut rassembler autrement les médecins pour résister à tout ce qui pollue leur travail et les encourager à obéir à leur conscience éthique et scientifique, contre des consignes parfois insupportables qui vont dans le sens de la privatisation de la Sécurité sociale, dont les principes fondateurs doivent être réhabilités. En rassemblant ceux qui désobéissent quand ils pensent devoir le faire, c'est un outil qui peut avoir un écho important et qui peut participer à mettre un coup d'arrêt à cette médecine au rabais pour les pauvres, dont les pouvoirs publics voudraient nous faire les acteurs. Il peut donner l'espoir d'une autre médecine, solidaire de la population. Il faut le signer et le faire connaître autour de nous. ■

« Ils s'attèlent à privatiser la Sécurité sociale. »

Ne fichez pas les bébés !

Avec la loi de prévention de la délinquance, de multiples moyens sont mis en place pour repérer les familles en difficulté, au prétexte de les aider. Comment les professionnels peuvent-ils résister ?

Entretien avec **Bruno Percebois**, médecin de PMI, membre du Syndicat National des Médecins de PMI et du Collectif 93 de résistance au contrôle social.

Propos recueillis par **Martine Lalonde**

§Inégalités, Exclusion sociale
§Prévention
§Secret professionnel, secret médical
§Surveillance, contrôle, fichage

Pratiques : *Vous nous aviez alertés sur le risque de fichage des enfants dans le cadre de la loi de prévention de la délinquance¹. Cette loi a été votée, quelles sont ses implications ?*

Bruno Percebois : Un collectif unitaire s'était construit assez largement autour du refus de l'obligation de signaler au maire les situations familiales qui s'aggravent. Grâce à cette mobilisation, la formulation de l'article concerné a été modifiée plusieurs fois pendant le débat parlementaire et surtout il semble que l'article soit peu appliqué, si on voit ce qu'en disent les autorités elles-mêmes. Pourquoi prévenir le maire ? Cela ne donne pas de moyens pour aider l'enfant « repéré en difficulté ». Le collectif s'est transformé en un réseau associatif.

On assiste aujourd'hui à un retour du thème de la prévention de la délinquance des mineurs, qui a fait l'objet de trois nouveaux rapports dont celui de Benisti² en décembre 2010. Une des constantes de ces rapports tourne autour du partage d'information, qui s'est heurté à une résistance, active ou passive, des services de la protection sociale. La question de la prévention par le dépistage précoce des futurs délinquants, qui avait été battue en brèche en 2007, y est réabordée. Du côté des enfants, les autorités essaient de relancer le dépistage précoce des jeunes enfants sous le prétexte de s'occuper des enfants en souffrance psychique, une version moins grossière que « les enfants agités sont de futurs délinquants ». Au passage, on cherche à introduire des programmes de type « coaching » parental qui sont inspirés d'une certaine conception anglo-saxonne basée sur « l'écologie du développement ». Cette conception considère que le développement humain peut être influencé dans la bonne direction, indépendamment du contexte affectif ou social. Cela ne serait que question d'apprentissage et d'entraînement. La parentalité serait quelque chose qui s'apprend, avec des tech-

niques, pas quelque chose qui se vit. C'est une approche neurocomportementale dans une vision technico-scientifique. Dans cette conception, tout est réduit à des questions individuelles. On retrouve là le thème présent dans la loi de prévention de la délinquance : en finir avec la culture de l'excuse sociale...

Mais cette question sociale revient par la fenêtre quand on voit que les populations cibles de ces programmes sont comme par hasard les immigrés, les familles monoparentales, les populations pauvres vivant en zone urbaine sensible... On ne se pose pas la question de résoudre la misère, on propose le coaching des populations. Cette approche me semble liée à la conception libérale de l'économie : l'être humain et sa famille y sont pensés comme une entreprise individuelle. Avec cette approche, la prévention généraliste a fait son temps, il faut une prévention ciblée. D'où la ségrégation : repérer des populations particulières, sur des critères de risque qui méritent d'être interrogés dans leurs fondements. A partir de notions statistiques ayant une valeur mathématique, on stigmatise des populations : les mères célibataires, les femmes qui ne parlent pas français... et on fait passer des tests à leurs enfants. Cette approche est « vendue » à l'Education Nationale, avec des questionnaires supposés aider les enseignants à repérer les enfants en difficulté. C'est encore expérimental pour le moment, mais cela progresse. On retrouve cette approche avec le questionnaire CBC : *Child Behaviour Checklist*, utilisé dans certains services de psychiatrie, censé permettre notamment de repérer les enfants susceptibles de devenir agressifs et délinquants. Ce sont les méthodes que préconisait le rapport si controversé de l'INSERM à l'origine de la pétition « pas de zéro de conduite ». En PMI, ces approches tentent de pénétrer avec difficulté. Les questionnaires passent par l'école : après le test, il y a les programmes de rééducation et de « promotion des habiletés sociales »... Autre exemple : en région parisienne se déroule une recherche : « Cape et d'épée », qui fait référence à une étude faite il y a trente ans aux États-Unis :

« On ne se pose pas la question de résoudre la misère, on propose le coaching des populations. »

ELMIRA. Le pré-requis est que si une femme jeune, de faible niveau scolaire, célibataire, isolée, qui n'a pas de travail, a un enfant, il risque de devenir délinquant... On a mis en place un programme de soutien social fort avec des contrôles réguliers. On étudie de manière comparative une cohorte de femmes qui restent dans le dispositif de droit commun, et une cohorte de femmes qui « bénéficient » de moyens renforcés. Ils enfoncent des portes ouvertes : si une famille est en grande difficulté et qu'on lui met à disposition beaucoup d'aides, la situation peut s'améliorer. Mais l'approche en termes de future délinquance pose question : l'avenir des enfants n'est pas écrit. Au lieu d'avoir une approche généraliste, ouverte et prévenant de la prévention avec évidemment des adaptations pour certaines situations familiales, ce que nous essayons de faire en PMI, cette approche propose des interventions basées sur une prédiction pour certains qui auront été triés et rien pour les autres. La dimension de coût est évidemment très présente dans ces approches.

Cette idée est portée par quelques services de pédopsychiatrie, les mêmes qui ont défendu le rapport de l'INSERM³. Il faut noter au passage que ces conceptions s'appuient sur le DSM américain (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) qui établit la liste des pathologies psychiatriques, dont la méthode de construction est aussi basée sur des statistiques. Par exemple, les « troubles de l'attention de l'enfant avec hyperactivité », dont on a beaucoup parlé, sont un syndrome construit sur le modèle de la recherche en pharmacologie. Pour pouvoir mettre sur le marché une molécule, il faut mettre en évidence un effet sur un symptôme identifié dans une population donnée, à qui l'on administrera ce produit. Cela donne des traitements symptomatiques comme la Ritaline®, qui ne règlent pas la cause, si tant est que le trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité est une maladie qui existe, ce qui est maintenant discuté y compris outre-Atlantique...

Pour la recherche « Cape et d'épée », ils ont cherché à recruter des femmes par les PMI, mais cela n'a pas été accepté. Des questions posées sont restées sans réponses comme par exemple de savoir si oui ou non des prélèvements d'ADN auraient lieu dans les cohortes de femmes et d'enfants suivis. Le Syndicat national des médecins de PMI et le mouvement « pas de zéro de conduite » s'y sont opposés. Mais les partisans de cette approche sont revenus et ont passé des accords avec des maternités, pour recruter des femmes en difficulté et les intégrer dans ces protocoles de recherche. Ils passent aussi par les associations qui aident les personnes démunies, pour constituer des cohortes et faire un suivi longitudinal des enfants jusqu'à l'adolescence...

Comment résistez-vous au fichage des données sociales des familles ?

On assiste ces dernières années à une explosion des fichiers et de leurs interconnexions. Les professionnels de santé ont du mal à garantir le secret aux usagers. En PMI, il y a une pression autour de la protection de l'enfance. La loi de protection de l'enfance de 2007 prévoit la mise en place d'une cellule de recueil au Conseil Général. Bien sûr, les enfants en danger ont besoin de protection sociale. Quand les personnes censées leur apporter une protection ne le font pas ou leur portent atteinte, les autorités doivent pouvoir intervenir, avec des processus d'alerte. Mais la formulation utilisée pose problème : on doit avertir sans délai le président du Conseil Général de toute « information préoccupante ». On qualifie par un même mot des réalités très différentes. On met sur le même plan un enfant un peu triste signalé par un animateur de centre de loisirs et un document d'évaluation produit après évaluation par des professionnels des services chargés de la protection de l'enfance... il y a là un premier problème. La cellule recueille et trie les signalements puis cela redescend sur le terrain, au niveau des services sociaux de terrain qui font une évaluation, entraînant le suivi de l'enfant ou non. Cette évaluation mène au recueil de données sociales stockées par l'administration, on ne sait pas combien de temps ni qui y a accès. Les familles concernées sont informées qu'il y a un rapport, mais pas que ce rapport sera stocké, ni qu'elles y ont un droit d'accès et de rectification. Le rapport est nominatif et informatisé. Il est anonymisé quand il remonte à l'Observatoire national de l'enfance en danger, mais avec leur lieu de résidence, la composition de la famille, l'âge des enfants... on peut parfois les retrouver.

Le droit à l'oubli existe, mais on ne sait pas au bout de combien de temps (50 ans ?) et des utilisations ultérieures ne sont pas exclues. Un avocat a retrouvé, dans le rapport judiciaire d'un enfant qu'il défendait, la mention « a fait l'objet de signalement à la Cellule de Recueil d'informations Préoccupantes (CRIP) » sans raison précisée, mais fonctionnant comme un stigmat. Dans les CRIP, il y a parfois un médecin, qui a accès aux certificats médicaux et donne un éclairage technique sur des questions que les travailleurs sociaux ne peuvent pas évaluer. Mais ce certificat circule beaucoup et parfois le médecin scolaire qui a fait le signalement s'étonne que son certificat revienne en photocopie à la PMI...

Quels sont les dangers de fichage des enfants à l'occasion de programmes d'aide, par exemple à l'école ? Les professionnels sont-ils conscients de ces risques et comment y résistent-ils ?

A mon avis, un des dangers se situe au niveau des programmes de réussite éducative (PRE) qui sont

« Les professionnels de santé ont du mal à garantir le secret aux usagers. »

.../... des dispositifs facultatifs, inscrits dans la politique de la ville. C'est un maquis difficile à suivre et très peu évalué. Le cadre général est : la mairie monte un projet, le préfet vérifie qu'il s'inscrit bien dans la politique de la ville et accorde un financement. Ces dispositifs sont adossés à l'école. On demande aux enseignants de « signaler » au PRE des enfants ou des familles qui paraissent en difficulté, dans l'idée que les difficultés familiales vont retentir sur la réussite à l'école. Les équipes des PRE mettent en place diverses activités. Parfois, les familles sont convoquées à la mairie, parce que l'école les a signalées. Dans d'autres endroits, les enseignants ont refusé ce mode d'entrée, ils préfèrent en parler aux familles, qui y vont si elles veulent. Il n'y a pas beaucoup d'évaluation des PRE, à part le nombre de familles et d'enfants suivis. Il faut mettre en lien ces dispositifs avec le manque de moyens à l'école, en enseignants, et surtout la disparition des équipes d'aide (RASED). Des dispositifs comme les PRE, d'une certaine manière, se substituent au service public, qui se réduit au profit de dispositifs de droit aléatoire, pour des populations ciblées qui se trouvent ainsi stigmatisées.

Ces dispositifs introduisent une nouvelle manière d'approcher le travail social : on signe un contrat entre la famille en difficulté et l'institution, à condition que les parents fassent ci ou ça. On ne sait pas quelles informations sont stockées par qui. Les équipes des PRE sont constituées sur le modèle de la politique de la ville, le coordinateur a priori a accès à toutes les données. Il y a des réunions régulières avec les élus et les coordinateurs d'autres dispositifs comme les CLSPD (commissions locales de sécurité et de prévention de la délinquance). Ceux-ci sont très demandeurs d'informations et il est prévu qu'ils mettent en place des groupes d'échanges d'informations sociales, sur le mode des réunions de synthèse, avec des travailleurs sociaux, des policiers, le maire... et une porosité dangereuse. Beaucoup de travailleurs sociaux ont des réflexes professionnels et refusent. Mais une pression très forte s'exerce sur certains d'entre eux, comme par exemple les clubs de prévention, les missions de

l'aide sociale à l'enfance ou les associations qui ont un financement public, pour coopérer à l'échange d'informations sociales. Si les services sociaux sont identifiés comme des collaborateurs de la justice ou intégrés dans des dispositifs policiers, leur relation avec la population ne sera plus la même. Pour faire le métier de médecin de PMI ou d'assistant social, on a besoin d'avoir la confiance des familles, qui nous confient des informations importantes. Pour résister, on s'appuie sur les textes. La loi dit qu'il faut signaler aux maires les familles dont la situation sociale s'aggrave. La notion d'aggravation est floue. Le dernier rapport Benisti le constate : « il faut décloisonner entre professionnels de la protection de l'enfance et de prévention de la délinquance ». Heureusement, la culture du partage d'information avec les autorités n'est pas développée dans les services médico-sociaux. La loi dit que le travailleur social peut informer le maire, mais le maire n'est pas forcément autorisé à interroger le travailleur social. Le médecin peut faire un signalement au procureur de la République avec l'accord de la personne victime. Pour les enfants, il peut y avoir échange d'informations, avec information préalable de la famille. La loi de prévention de la délinquance, elle, ne prévoit pas d'informer la famille avant de prévenir le maire. La famille peut porter plainte pour rupture du secret. A une demande d'informations, je réponds : « Est-ce que la personne est prévenue que vous m'avez contacté ? ». Du côté des maires, certains n'ont pas envie de devenir des chaînons de la politique de sécurité locale et de devenir des « shérifs ». ■

1. *Pratiques* n° 40 dossier sur « Les brancardiers de la République », page 59.
2. Jacques-Alain Benisti, député du Val-de-Marne, auteur du rapport de la commission parlementaire sur la prévention de la délinquance préparant la loi de 2005.
3. L'expertise collective de l'INSERM, publiée le 22 septembre 2005, préconisait de rechercher chez l'enfant dès l'âge de 3-4 ans les signes « prédictifs » d'une délinquance future.



De l'analyse critique des sigles

Economie linguistique ou « novlangue », les sigles, très utilisés en médecine, requièrent un décryptage et une analyse de leurs perversions.

Alain Maurion, psychologue-psychanalyste membre du GMP

§Langage
§Secret professionnel, secret médical
§Management, productivité, intéressement
§Psychiatrie, santé mentale, psychiatrie de secteur

« "Faire bref" grâce aux sigles nous a confrontés à un véritable appauvrissement de l'information.»

Le Dictionnaire des sigles, des mots et des associations, paru en novembre 2010 aux Editions Heures de France, a été conçu comme « outil » de travail et d'échanges à l'intention tant des étudiants que des professionnels appelés à travailler à l'intersection des champs de la justice et du droit, de la santé médico-psychologique, du pénitentiaire ainsi que du social et de l'éducatif. Au départ, nous n'avions pas pris la mesure du nombre de sigles et d'acronymes utilisés par les différents acteurs professionnels concernés. Nous n'avions pas non plus entrevu la créativité de cette « néolangue » qui, certes, voit certaines de ses siglaisons disparaître, mais qui se caractérise surtout par leur extraordinaire prolifération. C'est dans l'après-coup que nous avons réalisé l'importance de cette démarche qui s'est révélée être non seulement un indispensable travail d'étymologie, mais aussi le lieu d'un questionnement nécessaire du déploiement et par là, de la fonction manifeste et latente des siglaisons dans nos domaines professionnels.

Bref retour aux sources

C'est après la Seconde Guerre mondiale que l'on peut situer le déploiement de la siglaison, terme introduit dans les dictionnaires à partir de 1964 et qui, selon le *Petit Robert* 2011, correspond à la « formation de sigles à partir des premiers éléments (lettres, noms des lettres, syllabes) des mots d'un syntagme » (groupe de mots ayant un sens). Les sigles ont particulièrement proliféré au décours des années 1980-1990.

Alain Maurion est l'auteur d'un *Dictionnaire des sigles, des mots et des associations* concernant Santé, Justice, Pénitentiaire, Social.

La siglaison consiste à réduire une expression comportant plusieurs mots, à la succession des initiales des mots qui la composent. Cette opération de réduction aboutit, en fonction des possibilités de prononciation, soit à la formation d'un sigle qui ne peut que s'épeler (ex. ADSEA), soit à celle d'un acronyme, nouvelle locution prononçable comme un mot ordinaire (ex. SIDA).

Fonction de la siglaison

Les spécialistes de la psychologie cognitive de la mémoire humaine soutiennent qu'il s'agit là d'une démarche qui permet de soulager la « mémoire tampon » (terme emprunté au langage informatique...) des humains. Que penser d'une telle recherche de « productivité » dans le champ des sciences de l'homme ? D'autant que cette facilitation en interne peut tendre à l'hermétisme à l'égard des membres des autres champs professionnels, et plus encore à l'égard des profanes.

Ce « faire bref » grâce aux sigles nous a en fait confrontés, tout au long de notre travail, à un véritable appauvrissement de l'information. Par ailleurs, en deçà de ce paradoxe relatif à l'économie énergétique, une analyse des sigles s'impose concernant leur fonction d'euphémisation des concepts. A titre d'exemple, c'est dans le domaine psychiatrique que nous avons retrouvé une telle approche, mise en œuvre par Claire Gekiere¹, psychiatre de secteur en Savoie. Elle souligne en particulier comment le terme « internement », devenu « hospitalisation sans consentement » (HSC) fait disparaître la notion essentielle de restriction de liberté, la contrainte des corps par l'enfermement, au moment même où celle-ci s'accroît. Elle épingle également les sigles CI (Chambre d'isolement) ou CSO (Chambre de soins obligés) qui « sonnent » plus techniques, mais « mettre en CI » ne provoque pas les mêmes résonances que « enfermer en cellule ». « Cette euphémisation », ajoute Claire Gekiere, « peut aggraver l'état des personnes internées et enfermées tout en désamarrant les soignants, si pour parler de cette violence subie ne sont disponibles que des mots lénifiants ». ■

1. Claire Gekiere, intervention au colloque « Les perversions langagières », du Centre d'étude de la famille-Association (CEFA), qui s'est tenu à Paris les 4 et 5 décembre 2009, sur le thème « Langue psychiatrique, langue politique ».

Pour une nutrition critique en France

Dénoncer les conflits d'intérêts des experts en nutrition et former les diététiciens en toute indépendance.

Suite à la réalisation d'un master en sciences de l'éducation (juin 2010) sur « la place de l'esprit critique dans la formation des diététiciens par rapport à l'influence de l'industrie agroalimentaire », j'ai souhaité créer une association s'inspirant du Formindep que les lecteurs de *Pratiques* connaissent bien pour réaliser une veille critique des agissements de l'industrie agroalimentaire dans le champ de la nutrition, en France spécialement. L'Association de Diététique et Nutrition Critiques a pour but de confronter les publications de l'industrie agroalimentaire en matière de nutrition aux études scientifiques que nous jugeons de référence par leur rigueur et leur indépendance, afin de mettre à disposition du public et des professionnels de santé une information plus fiable et argumentée en matière d'alimentation. Nous organisons également les « Journées de la Nutrition Critique », dont la première édition aura lieu les 27 et 28 mai 2011 prochains à l'université Paris 8 sur le thème « Nutrition, intérêts économiques, et pouvoir politique : quelle éducation critique ? » afin d'aborder l'influence du contexte politico-économique dans le domaine de la nutrition, ce qui à ce jour reste absent de la plupart des journées d'étude consacrées à la nutrition. Ce colloque réunira des chercheurs de renom et qui ont surtout fait preuve de leur indépendance en montant au créneau sur des sujets sensibles de santé publique, encourageant parfois pressions hiérarchiques, campagne de déstabilisation, risque de licenciement, procès intenté par les industriels, comme ce fut le cas pour Pierre Meneton de l'INSERM à propos du SEL et qui sera présent à notre colloque, accompagné également par des journalistes critiques indépendants, des diététiciens engagés et le docteur Philippe Foucras, président du Formindep, qui nous fera le plaisir de clôturer ces Journées de la Nutrition Critique.

« L'émergence d'une pensée critique en nutrition. »

Nous souhaitons ainsi contribuer à l'émergence d'une pensée critique en nutrition en France, et favoriser une résistance des professionnels de l'alimentation face aux carences profondes de notre système de santé actuel. Nous proposons entre autres de revoir la formation initiale et continue des diététiciens et des nutritionnistes qui ne prépare absolument pas les futurs professionnels à pouvoir repérer et déjouer les stratégies d'influence de l'industrie agroalimentaire, ce qui s'inscrit également dans la réflexion concernant les médecins, comme l'article « la formation des médecins sur la sellette, dans la foulée de l'affaire du Mediator® », publié dans *Le Monde* le 21 février 2011 le souligne lui aussi, à la suite du Formindep qui milite pour cela depuis sa création.

Beaucoup de démarches mériteraient d'être soutenues afin de faire prévaloir cette indépendance, en réfléchissant à un encadrement législatif des pratiques de lobbying comme y travaille la coalition Alter-EU à Bruxelles depuis de nombreuses années en circonscrivant les problèmes de conflit d'intérêts au niveau des comités d'expert en faisant siéger des membres qualifiés de la société civile dans les commissions ad hoc, comme le propose par exemple la fondation Sciences-citoyennes qui travaille également à promouvoir une meilleure protection législative des lanceurs d'alerte, ou en élargissant l'obligation de déclaration de liens d'intérêt aux professionnels de santé s'exprimant sur des questions de nutrition, et non pas seulement sur des médicaments comme c'est le cas actuellement. Il s'agirait aussi d'engager un véritable débat sur les recommandations publiques en matière de nutrition qui apparaissent les plus déformées par le poids des intérêts économiques, comme c'est le cas par exemple avec les produits laitiers. ■

Paul Scheffer,
président de l'Association de Diététique et Nutrition Critiques (ADNC)

§Alimentation, troubles de l'alimentation, obésité
§Conflit d'intérêts
§Formation initiale, Formation continue
§Prévention

www.formindep.org
www.adnc.org
www.alter-eu.org
<http://sciencescitoyennes.org/>

Les pratiques d'accueil comme résistance

La question de l'hospitalité est décisive pour définir des conditions de soin prenant en compte le sujet en souffrance et son environnement social, tant dans les structures de soins sur le territoire qu'à l'hôpital.

Jean-Pierre Martin,
psychiatre

Cette question est gravement déniée dans les pratiques actuelles et leurs cadres gestionnaires, qui privilégient l'urgence, l'efficacité diagnostique et médicamenteuse immédiate, les courts séjours au coût maîtrisé, et un suivi aléatoire du fait des restrictions de moyens de proximité. La médicalisation vient ainsi clore ce qui relève du temps à prendre, de l'écoute attentive, du prendre soin pour établir un lien relationnel aux potentialités thérapeutiques.

Nous retrouvons ainsi la multiplication des contraintes en urgence déclenchées par les psychiatres (HDT ¹) depuis la loi du 27 juin 1990, ou les maires (HO ²) dans le climat politique sécuritaire actuel.

Ce recours à la contrainte se différencie de celles d'avant les années 70 où les pathologies concernées étaient la psychose aiguë et les démences avec de graves troubles du comportement. Aujourd'hui, elles sont élargies à tous les troubles mentaux comme principe de précaution ou de traitement précoce, et ainsi à tous les troubles du comportement.

Les pratiques d'accueil sont donc les conditions même d'un non recours à la contrainte, la transformant en exception.

« L'écoute de la subjectivité est l'élément clinique central. »

Elles ont une histoire de pratiques alternatives dans les Centres d'accueil et de crise, les centres médico psychologiques (CMP), parfois dans les centres et hôpitaux de jour, rarement à l'hôpital, qui se décline comme une autre approche du sujet et des tiers (ses proches, les acteurs médicaux et sociaux intervenants...).

L'expérience d'un centre d'accueil et de crise que nous soutenons depuis vingt ans, avec ses effets sur l'ensemble des pratiques dans les structures de soins qui en font la suite thérapeutique, dont l'hôpital, nous sert ici de référence.

Le soin psychique est un ensemble de pratiques fondées sur l'altérité, donc une relation avec un tiers. Si le tiers nommé est sur le plan thérapeutique un travailleur de la psychiatrie, l'autre social et ses institutions qui constituent le sujet est dans chaque soin à l'œuvre, que ce soit dans l'apparition du symptôme,

l'accès aux soins et sa continuité. Le soin est un temps social traversé par ses fictions et ses utopies. De ce point de vue, au-delà d'être des porteurs d'idées acquises : la théorie, nous sommes des faiseurs de pratiques utopiques dans le projet de désaliéner. Les centres d'accueil et de crise sont une expérience de construction d'altérités dans le cadre du secteur psychiatrique qui repose :

Premièrement sur une conception du secteur fondée sur une organisation de la psychiatrie dans la communauté et son inscription dans une dimension de santé mentale. Organiser l'accès aux soins et sa continuité au plus près de la vie sociale décentre le soin de l'hospitalisation en première intention. Elle fait apparaître le rôle des tiers politiques et sociaux dans cette intégration du soin dans la cité. Ce décentrement est d'abord une autre approche de la clinique fondée sur la subjectivité du sujet au sein de son environnement, et place l'hospitalisation comme une structure de soins parmi d'autres avec un travail précisant son utilité. De fait, il a réduit de la moitié le nombre d'hospitalisations. Le secteur met en place cette continuité.

Deuxièmement, le centre d'accueil est ouvert 24 heures sur 24, il accueille le tout venant en souffrance psychologique et les tiers partie prenante de la situation.

L'écoute de la subjectivité est l'élément clinique central, dans un rapport de reconnaissance des places réciproques, avec une recherche de consentement aux soins. La parole du patient potentiel est la base de toute négociation. L'écoute des tiers familiaux et sociaux dans leur légitimité permet la dédramatisation de la crise et fait apparaître la dimension multiple de l'approche du symptôme. Le temps à prendre pour saisir la situation de souffrance et de crise ouvre une approche qui n'est pas une réponse en urgence au symptôme, et évite de précipiter le diagnostic et la prescription d'un traitement. L'écoute et l'échange, dans un lieu pensé en termes d'approche institutionnelle (nuits, soins corporels, repas, temps d'un café...) avec une dimension communautaire.

Le choix d'une responsabilité soignante élargie par

[§]Psychiatrie, santé mentale, psychiatrie de secteur
[§]Hospitalisation, hospitalisation d'office/irresponsabilité pénale
[§]Subjectivité
[§]Réseau de soins, réseau de santé

une première ligne infirmière, les médecins présents en permanence étant mobilisés selon ce qui se passe, est une façon de multiplier les situations de rencontre et de les penser hors du strict acte médical.

Nous l'illustrons à travers trois courts exemples :

1. Une patiente qui présente des épisodes délirants psychotiques sur des vécus de transformation du monde quotidien vient s'y réfugier et reprendre le traitement qu'elle arrête régulièrement. Le lieu et la présence relationnelle créent les conditions de la confiance et de la négociation pour le suivi au CMP.
2. Les parents d'un jeune homme qui s'enferme dans sa chambre, avec des vécus de persécution qui envahissent son univers, viennent demander de l'aide. Une démarche avec eux au domicile, répétée sur plusieurs jours, permet d'accéder au fils. Il finit par accepter de venir au centre d'accueil et d'y rester plusieurs jours sans recours à l'hospitalisation psychiatrique, alternative qui fonde un lien soignant non menaçant et la prise d'un traitement, avant d'accepter un suivi psychothérapique au CMP.
3. Une famille accompagne le père qui présente un état dépressif occasionné par un début de maladie d'Alzheimer. Un accompagnement s'élabore à partir du domicile vers un bilan mémoire, et la mise en place d'une aide ménagère pour aider sa femme. Le suivi médicamenteux est adressé au médecin généraliste qui a été partie prenante de la démarche.

L'articulation avec les autres équipes de soins donne sa logique globale sur le plan soignant. Nous avons appelé interface ce processus d'accueil vers des soins, comme un moment de construction d'une démarche vers les soins. Aucun traitement n'est donné sans l'accord du patient.

Il s'est avéré, également, que les patients suivis trouvaient là un repère dans les moments d'angoisse et de vécus psychiques envahissants, en particulier les psychotiques, pour lesquels le lieu est d'abord protection face aux sentiments de menace du

monde extérieur, avant même tout échange thérapeutique.

Il introduit clairement un débat sur le soin psychique dans ses dimensions du prendre soin par l'écoute réciproque, la place des tiers dans la constitution, la reconnaissance et le traitement du symptôme dans sa multiplicité.

Lieu d'accueil en urgence, il est un lieu de sécurité pour les patients et les familles et non une réponse sécuritaire de précaution. Ses limites sont celles de l'échec de l'écoute ou d'une violence symptomatique qui ne cède pas sur le plan relationnel.

Ce lieu s'est avéré indispensable à l'inscription du dispositif de soin dans la communauté, et garde toute sa valeur sanitaire et sociale dans la société actuelle, bien qu'il n'ait jamais été reconnu comme une priorité gouvernementale.

Fondé sur le travail clinique, il ne peut être une solution de nature strictement gestionnaire et comptable. C'est le danger majeur qui le menace aujourd'hui avec les nouvelles gouvernances de la santé et du social.

Si les conditions en moyens de sa création sont aujourd'hui gravement altérées par les politiques de gestion à l'activité (ses critères cliniques sont déniés au profit de l'efficacité médicale symptomatique et du coût), il demeure une piste du soin psychique qui peut être pensée dans tous les lieux d'accès aux soins, en particulier les CMP et aux urgences de l'hôpital général, et devrait l'être pour l'arrivée à l'hôpital.

Sa défense passe ainsi par celle d'une création qui fait résistance ³. ■

■

1. HDT : hospitalisation à la demande d'un tiers, qui est une mesure de contrainte médicale.
2. HO : hospitalisation d'office qui est une mesure de police d'urgence qui est avalisée par l'autorité préfectorale.
3. La tentative de fermeture d'un autre centre d'accueil, rue de la Roquette à Paris, a tourné court par la mobilisation d'un collectif de patients et d'élus locaux.

Se débattre

Carnets de bord d'un médecin du travail.

Noëlle Lasne, Lundi

médecin du travail

Elle se tient très droite sur sa chaise. Elle est très belle. Avec des mots choisis, elle décrit ce qui se passe dans son corps : des douleurs insupportables qui la paralysent, qui la réveillent tard dans la nuit, elle a senti des craquements et ne peut plus étendre ses doigts. Pourquoi est-elle dans cet état à son âge, elle qui est si tonique, si pleine d'entrain, si passionnée par son travail ? Elle se sent comme une loque, elle veut savoir ce qu'elle a, elle a pris un rendez-vous, puis un autre, elle a fait des IRM du genou, de la cheville, de la hanche, de l'épaule, et d'autres encore. Mais on ne voit rien.

Elle veut une consultation de rhumatologie, une vraie, avec quelqu'un qui l'examine et lui dise pourquoi elle a si mal. Je l'examine lentement, avec le plus de douceur possible, j'affirme qu'il faut rechercher des lésions tendineuses et je prescris des examens. J'écris une lettre au rhumatologue qu'elle veut consulter. C'est comme un cadre pour la protéger, pour rassembler quelque chose, une sorte de cabane où elle pourrait se poser. C'est comme une façon de contourner l'essentiel, car l'essentiel est insupportable. Elle s'agite déjà, elle est pressée, il faut qu'elle y retourne, une réunion très importante, elle a du retard. Mais elle est toujours là, un peu moins droite, elle penche comme une plante, comme une fleur qui manque de lumière et qui commence à s'étioler. Elle dit que tout a commencé il y a quelques semaines, elle avait un entretien prévu de longue date pour évaluer le devenir de son service. C'est elle qui a monté l'équipe, formé ses collaborateurs, fait progresser les projets. Elle a fait des propositions, il y avait plusieurs scénarios possibles, elle venait pour en discuter. Elle a appris que l'un des scénarios était adopté, mais sans elle. C'est ainsi qu'on lui a annoncé sa disparition. Depuis, elle ne peut plus ni marcher ni s'asseoir ni s'allonger sans avoir mal. Elle se met à pleurer lentement, avec douleur. Puis se lève très vite, car décidément elle a trop de retard, elle se précipite dans les toilettes pour effacer les traces du maquillage qui coule, elle repassera tout à l'heure pour chercher les ordonnances. Je n'ai aucune consultation aujourd'hui, ma journée était réservée aux courriers médicaux et aux appels en tout genre, alors je lui dis oui, OK, à tout à l'heure.

Elle revient. Je la trouve dans la salle d'attente

immobile devant la fenêtre. Je vois bien qu'elle n'est pas venue chercher ses ordonnances, mais parler encore, avant de repartir travailler. Elle se sent comme si elle avait été battue, je lui dis c'est comme un accident de voiture, ça fait mal partout. Elle veut y retourner, mais elle tombe doucement, elle me dit au bout d'une heure trente sur ma chaise je ne tiens plus, je glisse tellement j'ai mal, peut-être devrais-je me reposer.

Elle a mis une journée entière à s'effondrer, à se disloquer sur cette chaise, elle a fait monter en moi une sorte de rage inutile, inutile pour elle en tout cas, une rage que je sais inopportune. Il faut d'abord qu'elle puisse glisser, ployer, se défaire, je dois l'aider à glisser sans se noyer, la protéger sans savoir encore quel sera son chemin. Je sais qu'il est inutile aujourd'hui de brandir des paroles comme des étendards, de lui parler de se battre, de se défendre, de prendre un avocat. Aujourd'hui, elle ne veut ni entreprendre, ni combattre, elle lâche prise, elle veut que soit nommé ce qui se passe dans son corps, cette usure, cet épuisement, cette déflagration.

« Il n'y a plus de vitrier dans le service. »

Mardi

Ce matin, lorsqu'il est arrivé, quelqu'un avait arraché sur la porte le nom de Vitrier. Il n'y a plus de vitrier dans le service. Ce marché n'est pas rentable lui a dit son agent de maîtrise lorsqu'il a fait irruption, fou de rage, dans son bureau. On lui a enjoint de rejoindre une équipe de polyvalence, il fera de tout, un peu de tout, un peu de rien, changer les ampoules, bricoler une porte. Ce n'est plus un métier c'est n'importe quoi, ce n'est plus rien et moi je suis vitrier depuis 30 ans, Docteur, et je ne me laisserai pas faire, j'estime que c'est inadmissible, alors maintenant on n'a plus besoin de vitres peut être ? On n'a plus besoin de vitrier, on lui a donc pris également son camion, le camion qu'il utilise depuis des années et qu'il a soigneusement aménagé lui-même, pour pouvoir transporter les vitrages sans danger avec des crochets, des sangles, des accroches, son camion habité et entretenu avec soin qu'on a confié à une autre équipe. Il doit désormais travailler dans un véhicule vétuste et brinquebalant, voilà ce dont il est venu me parler, de son camion. La colère monte, il s'étrangle de rage, il va leur casser la gueule et monter au plus haut.

Il reviendra, deux ou trois fois.

§ Consultation

§ Maladies professionnelles,

santé au travail, accident du travail

§ Médecine du travail

§ Pénibilité

Il n'est plus le même. La rage ne le quitte plus. Il dort mal. Il ne peut plus parler sans hurler. Il est allé voir les syndicats, mais rien ne peut lui ramener son camion. Il n'a plus le cœur à travailler, il ne fera pas une heure de plus, il a mal dans la poitrine, mais son médecin dit que c'est de l'angoisse, l'autre jour ça l'a pris quand ils les a vus passer dans son camion et rigoler en le regardant. L'été suivant, il fait un infarctus, et je reste là, comme un procureur sans preuve.

Mercredi

Il est entré dans le bureau de la secrétaire et elle a senti tout de suite qu'il n'attendrait pas. Il tournait comme un lion en cage dans la salle d'attente quand je suis allée le chercher, il s'est assis et m'a dit je rentre chez moi juste pour prendre mon fusil et j'y retourne.

Il a un visage blafard, en lame de couteau, une peau sèche de fumeur, des cernes noirs, un regard éteint. Sa femme est morte il y a cinq ans, il a élevé seul ses deux enfants et la semaine dernière, à cause de « l'énervement du travail », il a levé la main sur sa fille. En quelques minutes, il m'en dit davantage qu'en trois ans, et puis il pose le coude sur le bureau et se met à pleurer.

J'ai du mal à supporter les larmes des hommes, surtout lorsque ce sont des ouvriers qui me la jouent « à la dure » toute l'année et qui ont commencé à travailler à 14 ans. Les larmes des femmes ne me posent aucun problème, c'est comme de l'eau, comme un flux qui accompagne leur parole et la mienne, mais les larmes d'hommes comme lui, qui s'abat d'un seul coup, en une seule fois, me rendent muette. J'ai toujours l'impression d'être entrée par effraction, et d'assister à quelque chose que je ne devrais pas voir.

Il me raconte tout en détail depuis le début : on lui a refusé des heures supplémentaires dont il a besoin, en lui reprochant son dernier arrêt de travail et en lui disant : « C'est comme ça, t'es puni ». Il imite le rictus du contremaître. Puis on l'a rappelé chez lui pour lui demander d'intervenir sur un chantier pendant le week-end car il fallait finir le chantier, avec un gros clin d'œil en lui disant : « T'es dépuni » et finalement, lorsqu'il est passé chercher ses outils on lui a dit : « Non tu n'y vas pas, t'es repuni. » Il est humilié au fer rouge, il me répète les mots t'es puni, t'es dépuni, t'es repuni, vous vous rendez compte à 43 ans, je n'en peux plus je vais tirer dans le tas, ma fille m'a vu quand je suis rentré, elle a peur de moi, alors je suis venu ici.

Il m'a peu parlé de sa fille, c'est plutôt de son fils qu'il parle d'habitude, avec des mots marmonnés et hésitants. Son fils qui flambe au poker, son fils qui est en prison, son fils qui fait des dettes et qui s'est retrouvé à la rue. Son fils qu'il a aidé jusqu'au bout, et pour ce faire il a fallu aligner encore et

encore le travail de week-end et réclamer des heures supplémentaires...

Jeudi

Réunion d'information à l'école car rumeur sur un cas de tuberculose chez un éducateur qui vient d'être hospitalisé. Il toussait beaucoup, était très fatigué, on n'a pas de diagnostic, pas d'examen, pas de déclaration de tuberculose, mais la rumeur fait loi. La pression à laquelle la directrice de l'école est soumise est telle qu'elle m'a demandé d'organiser cette réunion. J'essaie d'expliquer que cette réunion est très anticipée, que la pathologie n'est pas confirmée. Avec hargne, l'un des parents d'élèves m'explique qu'il a des enfants en bas âge LUI, pour lesquels il est très inquiet, et que si je ne fais rien, il préviendra le recteur d'académie et le préfet. Un autre prend le relais pour me demander le nom de l'éducateur, devant mon refus il dit que c'est inadmissible, incroyable. Heureusement

« C'est comme ça, t'es puni. »

quelqu'un connaît le nom et le lui donne sans hésiter. Tout le monde note soigneusement. C'est un Argentin qui est resté là deux mois, vous vous rendez compte, est-ce qu'on sait seule-

ment qui il est et d'où il vient ? Est-ce qu'il a seulement eu une visite médicale avant qu'on le laisse travailler avec des enfants, est-ce qu'il était en situation régulière ? Et quand est-ce qu'on aura le diagnostic ? On n'a pas que ça à faire, attendre. En tout cas, il ne remettra pas les pieds ici, même quand il sera guéri, ça c'est hors de question, c'est en prison qu'il devrait être. Bon, quand est-ce que je compte faire faire les radios pulmonaires ? Pourquoi est-ce qu'on ne commence pas tout de suite ? C'est la fin de la journée, il est tard, je me demande dans combien de temps ils vont me lyncher. Je me sens submergée par toute cette haine, et je trouve difficilement, un à un, les mots pour rappeler que la maladie est un hasard, qu'elle s'abat sur n'importe qui, n'importe quand, et qu'il n'y a pas de coupable.

Quatre jours après l'hôpital m'appelle pour me prévenir que le diagnostic de tuberculose pulmonaire est écarté.

Vendredi

Cinq dossiers de demande de reconnaissance de maladie professionnelle viennent d'être refusés. Un tel refus en nombre ne m'est jamais arrivé et les dossiers que j'ai présentés sont d'une très grande banalité. Ce sont des pathologies « du tableau » comme on dit, répondant à tous les critères prévus par les textes. Je me sens très mal à l'aise, car deux des salariés que j'ai embarqués dans cette aventure sont en arrêt de travail et à mi salaire, et que je n'ai aucune explication à leur donner. J'ai demandé un rendez-vous en urgence à la Sécurité sociale. On m'a donné un rendez-

.../...

.../...

vous deux mois plus tard. Les deux agents administratifs que j'ai devant moi se disent surpris. Ils n'ont, me disent-ils, jamais vu un médecin faire cette démarche. Ils soulignent que tous mes dossiers ont été acceptés l'année précédente. Oui, justement, pourquoi ce refus massif et soudain ? Et pourquoi est-ce également le cas pour d'autres médecins du travail ? Par ailleurs, pourquoi tous les taux d'invalidité proposés par les experts sont-ils systématiquement divisés par deux ou par trois ? Y a-t-il eu des consignes ? S'agit-il de la suite logique de la réforme des retraites ? Veut-on réduire à la source le nombre de salariés susceptibles de partir plutôt en retraite pour cause de pénibilité ?

Il n'y a, paraît-il, absolument aucun rapport. Je dis que je n'accepte pas cette délibération et que je souhaite obtenir, dossier par dossier, un refus motivé. J'ajoute que je suis prête à interpellier toutes les instances existantes, bien que je n'aie aucune idée, à vrai dire, d'une seule instance à interpellier. Ils me regardent avec ahurissement. Devant leur embarras, je finis par proposer de présenter à nouveau les cinq dossiers, en expliquant que sans doute, c'est moi qui n'ai pas détaillé suffisamment les gestes de travail. Tout le monde saute avec soulagement sur cette solution. Mes cinq dossiers repassent, et sont acceptés sans discussion. Une trêve momentanée.

Samedi

Monsieur le président du Conseil général est passé ce samedi matin devant la façade du collègue, donner son avis sur le ravalement. Il aurait préféré d'autres couleurs, et le nez en l'air, il commente le choix désastreux qui a été fait. Les deux ouvriers qui se trouvent sur l'échafaudage me racontent cette scène, au moment où j'essaie de comprendre dans quelles conditions ils travaillent en hauteur. Ils me disent on ne nous regardait pas, on est invisible, personne ne nous voit. Ils m'expliquent qu'un échafaudage doit être collé contre le mur, mais que sur cette façade, c'était impossible car il y a des bordures très larges aux fenêtres. Il persiste donc un espace entre l'échafaudage et la façade, dans lequel chacun risque de tomber. Ils portent de très beaux harnais tout neufs achetés récemment par leur employeur, et se sont soigneusement arrimés à ce même échafaudage, ce qui est particulièrement dangereux et formellement

interdit par toute la législation sur le travail en hauteur. Ils m'expliquent que sur cet immeuble, il n'y a pas de « ligne de vie » à laquelle on peut attacher le harnais.

Pas de ligne de vie.

Jamais les mots n'ont été si près de ce qu'ils désignent.

Les deux ouvriers me fixent d'un air inquiet. Puis les questions fusent. Que va-t-on faire d'eux si je les empêche de travailler en hauteur ? Est-ce moi qui vais leur retrouver du travail ? Et toutes ces normes de sécurité d'un seul coup, qu'est-ce que ça cache ? Si c'était seulement pour privatiser ? Le ton monte, le cercle s'agrandit, les provocations fusent. « Très bien, demain je refuse de monter, on verra bien ce que vous ferez. » Le responsable du chantier, qui a accepté sans broncher de faire monter l'échafaudage, observe d'un air satisfait la tournure que prend le débat. J'ai de nouveau l'im-

pression d'être encerclée par une violence que je ne peux pas combattre.

« Sur cet immeuble, il n'y a pas de "ligne de vie" à laquelle attacher le harnais. »

Dimanche

La revue *Pratiques* prépare un numéro intitulé « Résister » dans lequel je me suis engagée à écrire. D'un seul coup, l'habit me semble trop grand. On n'est pas en 1940, ni sous Vichy. J'ai voulu être au cœur des luttes sociales, j'y suis. Mais pour pouvoir travailler, je dois m'accrocher au cadre, aux articles de loi qui définissent encore l'intervention d'un médecin du travail, avec le sentiment qu'ils disparaîtraient bientôt. Je m'accroche aussi à la technicité de mon travail : un stéthoscope, des directives européennes, une expérience clinique des situations extrêmes. Mais tout cela reste insuffisant. Mais je ne suis pas psychiatre, ni juge aux prudhommes, ni avocat spécialisé dans le droit du travail. Je ne suis pas inspecteur du travail, ni ingénieur en travaux publics. Je n'ai pas été formée aux techniques d'humiliation individuelles ou collectives, ni à la pratique des licenciements traumatiques. Je sens que ma trousse à outils s'appauvrit, que ma marge d'action se rétrécit et que dois inventer chaque jour de nouvelles stratégies. Je réactive d'anciennes alliances et je m'efforce d'en créer de nouvelles pour ne pas étouffer de solitude. Résister suppose une stratégie à long terme dont je deviens incapable. Le plus souvent, je me débats. J'ai bien un harnais pour travailler en hauteur, mais je ne sais pas où l'accrocher. ■

Faire vraiment son métier, au jour le jour

Le courage de faire son métier sans baisser les bras, voilà comment une généraliste voit sa façon de résister et d'aider les autres à le faire.

Continuer, malgré tout, malgré la dégradation du service public et du monde en général, les difficultés d'accès aux soins, malgré la fatigue.

Le temps de la vigilance

Prendre le temps d'aborder toutes les questions médicales « Le problème des bouffées de chaleur, de la tendinite de l'épaule, le cholestérol limite, le souci de dérapage d'alcool, puis aussi docteur, j'allais oublier ce problème de grains de beauté ». Combien de consultations où je me suis occupée de cinq ou six ou sept choses.

Pour le suivi, grâce à une patiente qui s'était fait un tableau de suivi, j'ai élaboré avec ma jeune collègue une fiche, rose pour les dames et bleue pour les messieurs, pour noter année par année les items importants (poids, tension, tabac, vaccin, frottis ou prostate, etc.) De même, quand les gens nous racontent un symptôme potentiellement inquiétant en fin de consultation, avoir le courage de dire : « Allez, redéshabillez-vous, on va regarder. »

Prendre le temps de regarder les interactions médicamenteuses, de regarder dans Internet ce que l'on ne sait pas, de passer des coups de fil pour récupérer des comptes-rendus...

Faciliter l'accès aux soins

Aujourd'hui, avec la dégradation du service public, les délais d'attente, il me faut très souvent non seulement faire une lettre circonstanciée aux spécialistes, mais aussi décrocher moi-même le téléphone pour avoir un rendez-vous dans un endroit sérieux et remboursé.

Cela suppose d'être reliée aux groupes de pairs, de travailler en réseau, de connaître les filières de soins de qualité, se débrouiller pour connaître toutes les astuces pour pouvoir télétransmettre et faire bénéficier les patients du tiers payant.

L'attention au social

Prendre le temps de voir comment retentissent les conditions de vie des gens, savoir prescrire des com-

pléments alimentaires, des crèmes ou des boissons hyper-protidiques, certes à des gens anorexiques ou convalescents, mais aussi les prescrire à ceux dont le budget est dramatiquement serré. Téléphoner aux familles des personnes dépendantes.

Connaître les associations qui savent défendre les droits des patients, connaître « un peu » la législation pour aider les patients à bénéficier des aides auxquelles ils ont droit.

Le temps de l'écoute, la nécessité de nommer

L'écoute concerne autant le somatique, le détail des symptômes, que le social et le psychique. Pour le social, être attentif à ce que les patients racontent, savoir nommer les choses, dire l'injustice, les injonctions paradoxales où il faut assurer un travail de qualité alors qu'on vous retire les moyens. Expliciter le trauma entraîné par la « trahison » des institutions censées défendre le métier.

Pour le psychique, c'est, je crois, justement au travers de l'écoute des détails du corps et du social que l'on peut faire œuvre de réconfort psychique, et prendre acte du poids des éventuelles difficultés affectives personnelles actuelles et anciennes.

Avoir un camp de base

Il me semble que justement la révolte salutaire, que ce soit la mienne ou celle de mes patients, requiert un camp de base, avoir en soi et autour de soi des alliances. Pour moi, c'est indispensable d'être reliée à des collègues, au travers du professionnel strict, autour de la revue *Pratiques*, etc.

Pour les patients, il me semble que l'on peut encourager la révolte, mais que ce n'est pas si évident de « prescrire la révolte », pour des personnes qui ont vécu la peur des représailles enfant dans leur famille ou dans le social.

Dans ce que j'appelle l'« effet matriochka », le fait d'être présente auprès des patients me semble participer pour eux à la confiance qu'ils peuvent avoir en eux et dans leur capacité de nouer de liens pour résister aux injustices. ■

Elisabeth Maurel-Arrighi,
médecin généraliste

§Médecin généraliste, médecine générale
§Ecoute, empathie, Relation soignant soigné
§Consultation
§Pratique médicale

Résister, c'est témoigner

Les notes prises en consultation par les soignants en psychiatrie et portées au dossier des patients ne traduisent pas une vérité objective.

Eric Bogaert,
psychiatre de secteur

Il y a de ça trois à quatre ans, la « direction des soins » de l'établissement où je travaille (un ESPIC, selon la nouvelle terminologie introduite par la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST) : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif ce qui, au passage, peut s'entendre à l'envers de ce que ça veut signifier) a proposé une formation aux infirmier(e)s sur le Dossier Patient Informatisé (DPI). Formateurs : un(e) « cadre de santé » et un(e) juriste. Le DPI était au début un outil de traitement des « fiches par patient » qui servaient à réaliser le rapport annuel de secteur, outil de prise en compte de l'activité de chaque secteur psychiatrique, dans un objectif d'évaluation du travail fourni – pourquoi pas si les chiffres sont accompagnés de l'exposé de la pensée et de l'organisation qui les ont produits – et d'appréhension du dispositif de la psychiatrie publique – pourquoi pas s'il s'agit de mieux le connaître, d'en déterminer les développements globaux et d'en moduler les déclinaisons locales, pour mieux répondre aux besoins de soins de la population –. Puis s'y est adjoint un outil de secrétariat, et le dossier médical, dans un objectif louable d'économie et de rationalisation du travail des équipes soignantes. Mais ceci n'est pas sans poser par ailleurs de nombreux problèmes, et notamment autour de la question du fichage. Cette formation a suscité quelques émotions parmi les infirmier(e)s – au moins dans les lieux « espicés » où je travaille –. Ainsi, par exemple, il fallait trier les informations récoltées par le soignant pour les répartir dans différents espaces : les propos de tiers concernant le patient doivent être retranscrits dans une rubrique intitulée « info tiers », de même que les propos du patient concernant d'autres personnes que lui-même. Il s'agit que ces propos ne soient pas transmis au patient lorsqu'il demande son dossier, ni qu'il puisse être question de diffamation. J'ai pour ma part résolu de faire précéder toute observation médicale, que j'inscris dans la rubrique « observation psychiatrique », d'un mode d'emploi, en

quelque sorte, du dossier médical (on dit maintenant dossier patient, avec l'illusion que c'est le dossier du patient – cf. les lignes qui suivent).

Le voilà : « Avertissement : ce compte-rendu de consultation psychiatrique ne comporte que des éléments anamnestiques, cliniques, biographiques, certes recueillis auprès du patient ou d'un tiers, mais entendus et retenus par le soignant, ils ne constituent pas la vérité objective de ce que vit, ressent, pense le patient, et encore moins la réalité objective de ce qui pourrait être attribué à un tiers (qui a joué au jeu du télégramme sait très bien ça) ; s'il

« Résister commence par avoir un discours, une pensée, sur la nature de la maladie. »

y est question de tiers, c'est en qualité en quelque sorte de tâches d'un Rorschach sur lesquelles le patient projette sa subjectivité, qu'il exprime comme il peut, dont le clinicien entend ce qu'il peut, et rapporte ce qu'il croit nécessaire à rendre compte de ce qui fonde sa démarche thérapeutique. Celle-ci consiste à recueillir la subjectivité du patient, au travers des effets de celle-ci sur sa propre subjectivité, en tentant de la supporter jusqu'à ce que le

patient puisse l'assumer seul, avec et malgré les divers outils fictifs et à la réputation – fausse – d'objectivité, que sont l'observation psychiatrique, le diagnostic, le pronostic..., qui ne sont donc pas vérité scientifique, mais témoignage rédigé par le soignant du travail (torture et transformation) de liaison/déliation de sa subjectivité et de celle du patient (voilà donc pour le Projet Thérapeutique Individualisé). Rédiger ce témoignage est donc en soi-même un acte thérapeutique. Dans les lignes qui suivent, il n'est donc question, malgré les apparences, que de la personne (corps et psychisme) du soignant qui les a rédigées, et du travail qu'il tente de soutenir.»

Pour ce qui me concerne, résister commence par avoir un discours, une pensée, sur la nature de la maladie, du soin, notre place, notre rôle et notre fonction, puis dire ce que nous faisons et pourquoi. Ça c'est le soin, l'hôpital, concret. Le reste, c'est virtuel, c'est secondaire, c'est-à-dire proprement au service de ce qui est principal. ■

§Droits des patients, information

§Pratique médicale

§Psychiatrie, santé mentale,

psychiatrie de secteur

§Résistance

Les associations qui résistent le mieux sont celles, de patients ou de soignants, dont la position est revendicatrice, et non pas victimaire. Cette résistance à l'arbitraire, cette révolte devant les injustices de santé dont nous sommes témoins et, à notre corps défendant, acteurs tous les jours, a son origine dans des décisions politiques qu'il nous faut collectivement analyser et combattre par nos actes.

Il ne suffit pas de refuser, ni de résister. Encore faut-il construire la riposte dans un engagement collectif aux côtés des patients. La première riposte est dans ce geste subversif qui inverse le rapport de pouvoir sur le patient exposé à l'injustice en un rapport de complicité et d'incitation à sortir du statut de victime pour trouver les moyens de se défendre et d'agir. Cela passe par la restauration de l'estime de soi, qui est un travail de long terme. Le « colloque singulier » ouvre ainsi les voies paradoxales d'une prise de conscience du collectif. « Prescrire la révolte » devient alors un véritable acte thérapeutique. La maladie fait fondamentalement partie de la vie ; mais les injustices qui l'accompagnent sont, elles, inacceptables.

Cette inversion du rapport de forces se trouve aussi dans nombre de démarches associatives, qui permettent d'entrer en lutte contre des pouvoirs abusifs. —

Le silence est d'or

En 1977, sous le pseudonyme du Dr. James Larnaque...

Alain Braillon, **D**ébut 1977, sous le pseudonyme du Dr médecin James Larnaque, Gilles Bardelay et son épouse des hôpitaux Danièle écrivaient dans la revue *Pratiques*¹ un article percutant à propos du Médiator® (benfluorex). Tout y était déjà : « Le suffixe OREX correspond aux anorexigènes dans la nomenclature OMS », trois formules chimiques pour montrer qu'il s'agit bien du frère jumeau du Ponderal® dans la famille amphétamines, soulignant l'absence de preuve d'une efficacité quelconque... Trente-cinq ans plus tard, l'influence des lobbies sur les médias est toujours majeure à quelques exceptions près, mais cela ne suffit pas aux lobbies. Le but de cet article est de présenter quelques exemples récents, dans le domaine de la santé, d'attaques directes pour intimider et réduire au silence les derniers opposants irréductibles.

SLAPP, une bonne claque pour mettre KO

SLAPP est l'acronyme anglo-saxon pour *Strategic Lawsuit Against Public Participation* (Poursuite stratégique contre la mobilisation publique). Le terme français « procédure bâillon », n'est pas approprié car cette procédure laisse la voix libre aux « leaders d'opinion » liés aux lobbies.

Tout « sel » contre le lobby des industriels de l'alimentation

Pierre Méneton, un chercheur Inserm, lutte contre l'overdose de sel dans les aliments industriels... Le Comité des Salines de France le poursuit en diffamation sous le prétexte qu'il a affirmé lors d'une interview pour le magazine *TOC* en 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 ». L'Inserm non seulement ne le défendra pas, mais à la suite de pressions extérieures en 2001, fera scruter son activité par un « Comité d'Éthique interne » pour voir « s'il ne portait pas atteinte à l'image de son institution ». Par contre, l'Inserm n'a jamais scruté les activités d'un autre de ses chercheurs qui était en même temps conseiller des Salines et avait mis en cause publiquement Pierre Méneton.

L'arroseur arrosé

En 2007, AstraZeneca poursuit la Caisse Primaire d'Assurance maladie de l'Aude qui assume son rôle d'information. Elle rappelle que la très chère

statine de ce laboratoire n'a pas fait la preuve de son efficacité sur la survenue d'infarctus ou d'accidents vasculaires cérébraux et expose à des risques rénaux. Débouté, AstraZeneca vient de se pourvoir en cassation ! Aux Etats-Unis en 2009, AstraZeneca a été poursuivi pour un marketing abusif d'un de ses médicaments utilisé en psychiatrie, visant à favoriser les prescriptions hors AMM. AstraZeneca a dû payer plus de 500 millions de dollars à l'Etat et à Medicare.

France et Etats-Unis ne sont pas séparés que par un océan

Gérard Dubois, professeur de Santé Publique au CHU d'Amiens et président de la Commission Addiction à l'Académie nationale de médecine, après avoir été menacé par British American Tobacco, est poursuivi devant la 17^e chambre correctionnelle par la Confédération des Buralistes pour ses déclarations sur France 5 à l'automne 2009. Il avait osé indiquer qu'en France, pour chaque emploi de buraliste, il y avait deux morts dus au tabac chaque année. Trois mois plus tôt, il avait été invité à la très célèbre Johns Hopkins University pour y recevoir le « *Knowledge for the World Award* », témoignage de son implication dans la lutte contre le tabac. C'est le Comité national contre le tabagisme qui prend en charge les frais de sa défense.

Prescrire au ban des accusés

2010, le laboratoire Astellas Pharma poursuit, devant le tribunal de grande instance de Paris, la revue *Prescrire*, il ne tolère pas que cette revue mette en garde sur la nouvelle indication d'un de ses médicaments. Le tacrolimus (Protopic®) dermique « en prévention pour l'eczéma atopique est un traitement à écarter »... « Gare aux cancers, a fortiori avec un usage au long cours »... « une balance bénéfices-risques nettement défavorable » « de possibles irritations et infections cutanées (herpès, impétigo, etc.) ». Les juges viennent de débouter la firme Astellas Pharma mais, comme l'écrit Elena Pasca (blog pharmacritique), « Si nous étions dans un pays où la santé publique était l'intérêt majeur, c'est Astellas qui, suite à l'alerte lancée par la revue *Prescrire*, devrait fournir la preuve que son Protopic® (tacrolimus) a une balance bénéfice-risques favorable... Or chez nous, non seulement on tend à museler les rares voix indépendantes, mais en plus on inverse la charge de la preuve. »

§Conflit d'intérêts
§Corruption, lobbying
§Manipulation
§Médicament, firmes pharmaceutiques

Alain Braillon est désaffecté du CHU d'Amiens par le ministère de la Santé contre l'avis de plus de 70 % des membres de la Commission Statutaire Nationale.

Cette remarque sur l'inversion de la charge de la preuve est encore plus effrayante et épouvantable quand on la sait appliquée aux malades. Nous le savions, mais à partir de maintenant nous ne pourrions pas l'oublier. Le 26 février dernier, la procédure judiciaire a non seulement imposé à une malade en insuffisance cardiaque, victime du Médiateur[®], une longue et éprouvante expertise, mais aussi une épreuve d'effort ! Une demi-heure plus tard, cette malade a été victime d'un arrêt cardiaque.

**« On tend
à museler
les rares voix
indépendantes. »**

Une cumularde ?

Aux procédures devant les tribunaux s'ajoutent les attaques personnelles plus discrètes, mais très efficaces : discrédit, harcèlement, mutation, ou licenciement sous des prétextes variés. Le livre d'Irène Frachon a été censuré, le tribunal de Brest ayant jugé bon de sanctionner en référé « un dommage imminent » pour les laboratoires Servier. Gravement censuré, car la suppression du sous titre interrogatif « combien de morts ? » a des effets considérables : retrait de la vente, retour des exemplaires déjà en librairie, réimpression, modification des indexations, délais de parution... Parfait pour tuer un courageux éditeur de province. La censure a été associée à des attaques personnelles contre l'auteur à travers de mails échangés en juin 2010 à son sujet, en particulier venant d'un président de commission à l'Afsaps avec plus d'une centaine de personnes en copie, de la direction générale aux autres experts, sans oublier le laboratoire Servier². Irène Frachon a échappé de peu aux conséquences de cette cabale.

Article 95

Pourquoi est-il si dangereux de vouloir appliquer l'article 95 de notre Code de déontologie (article R.4127-95 du Code de la santé publique) ? « ... En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce. »

Pourquoi les institutions chargées de faire respecter cet article l'ignorent-elles ?

Fin janvier 2011, Le Docteur Sauveur Meglio a été sanctionné par le directeur du centre hospitalier de Royan, avec le soutien du président de la Commission Médicale d'Établissement, pour s'être exprimé sur le fonctionnement hospitalier dans le journal *Sud-Ouest* et à la radio France Bleue. Le « patron » a suspendu le Docteur Meglio de ses fonctions de responsable du pôle Urgences-Médico-

Techniques et a demandé sa mise en recherche d'affectation au Centre National de Gestion (CNG) du ministère de la Santé. Doux euphémisme pour le terme « viré ». Le CNG, je connais, j'y ai été envoyé, contre l'avis de la Commission statutaire nationale³. J'y suis depuis six mois. C'est l'apoptose professionnelle et sociale. On me refuse explicitement l'autorisation de me déplacer, on ne me permet pas de faire des ordonnances, de faire des vacations, de consulter le médecin du travail, mes crédits de recherche sont bloqués, etc.

« Le monde ne sera pas détruit par ceux qui font le mal, mais par ceux qui regardent et laissent faire. » Einstein

Dans de telles situations, ceux que vous avez à affronter, ce ne sont pas les quelques-uns qui sont à l'origine, ils sont intouchables, c'est la masse de tout ceux qui ont laissé faire en connaissance de cause. Cela fait du monde contre vous.

Mais il faut bien conclure sur une note optimiste ! Xavier Bertrand n'a-t-il pas déclaré publiquement, le 15 février 2011, à l'occasion de son audition devant la mission parlementaire d'information sur le Médiateur[®] présidée par M. Gérard Bapt, qu'il allait aussi s'occuper des lanceurs d'alertes... ■

1. *Pratiques*, février 1977, p. 28-31.

2. Extrait du mail : « Je trouve personnellement scandaleuse cette communication qui donne encore une fois de l'Agence et de tous ceux qui travaillent pour elle une image lamentable. Je trouve également scandaleuse toute cette publicité faite autour d'un livre plus que contestable... elle fait vivre son narcissisme à travers son livre... Outre l'avantage de nous soulager (tout en restant bien sûr inattaquables sur la forme), cela aurait l'intérêt de rétablir la vérité sur la chaîne de décisions... »

3. Voir l'article au sujet du Dr Brailion dans *Pratiques* n° 50 : « Haro sur la santé publique ».

La théorie du pourrissement

L'un des pouvoirs populaires de riposte contre la tour d'ivoire des décideurs politiques est cette forme légitime de harcèlement, dont l'affaire de l'incinérateur de Marseille est un exemple.

Tobias Girard, docteur en anthropologie à l'EHESS

§Luttes sociales, contestation
§Gouvernement, politique, démocratie, Etat
§Pouvoir
§Tactique

« Le pourrissement est le concept qui permet au pouvoir de stigmatiser ses opposants. »

« Ils me disent : "mais il faut que tu discutes aussi avec eux". Donc je vais aller là-bas ? Pour me faire... pourrir de A à Z ? ». Tenus par l'élus marseillais Robert Assante, ces propos en disent long sur l'une des façons dont les résistances politiques sont à la fois vues, vécues et combattues par le pouvoir : par le biais d'une théorie du pourrissement, dont nous allons voir comment elle permet au pouvoir de renvoyer les critiques à l'envoyeur et de se travestir en bouc émissaire pour mieux s'affirmer.

Du point de vue du pouvoir, grèves, manifestations, boycott, procès, obstruction de l'opposition dans les assemblées, opérations escargots de ralentissement des transports, envois massifs d'e-mails sur les messageries officielles, vacarme, insultes, pamphlets, etc. sont autant de tactiques destinées à lui pourrir la vie : « C'est qu'il y a des gens qui sont contre pour que vous n'apparaissiez pas comme bien, explique le même homme politique. Si on fait quelque chose de bien, il faut le dénigrer auprès de la population pour que ça ne puisse pas porter ses fruits en terme électoral. Donc on a toujours, sur la moitié des gens qui interviennent, des arrière-pensées politiciennes ». Le pourrissement n'est donc pas entendu dans le sens passif de laisser pourrir une situation, mais dans le sens actif d'un pouvoir de nuisance : « Les associations

les plus radicales ont combattu les procédures avec un pouvoir de nuisance considérable », estime un économiste défini comme « spécialiste de l'analyse des coordinations collectives » : « Il y a des personnalités très fortes qui ont fait des attaques personnelles contre les élus. Un seul individu visible peut avoir une capacité de forte nuisance ».

Les avantages de faire passer les luttes politiques pour des tactiques de pourrissement sont multiples. Il y a d'abord la connotation négative du terme qui permet de faire passer les opposants pour des emmerdeurs et les décideurs pour des héros éclairés : « Ils nous ont pourri la vie, ça a renforcé mes convictions », affirme un cadre retraité d'EDF, parlant d'un collectif anti-

nucléaire. Le message est clair. Loin de déstabiliser le pouvoir, les tactiques du pourrissement ne peuvent que le rendre plus fort et déterminé. Certes, les élus se disent désemparés face aux oppositions citoyennes que rencontrent les projets qu'ils tentent de réaliser : « On ne sait plus par où prendre le problème », déplore le président d'une association d'élus face aux oppositions soulevées par l'implantation d'équipements de gestion des déchets. Mais loin d'amener le pouvoir à s'interroger sur ses pratiques, le pourrissement est le concept qui permet au pouvoir de stigmatiser ses opposants. Le Il va ainsi de pair avec le « syndrome Nimby » (*Not in my backyard*, ou pas de ça chez moi), concept inventé aux États-Unis par les promoteurs de projets d'aménagements, pour décrédibiliser les mouvements d'opposition en renvoyant leurs motivations dans l'ordre psychopathologique : « La volonté de rationalité du débat se heurte à des résidus fantasmagoriques contre lesquels on ne peut pas lutter », enchaîne l'élus précédent pour mieux déployer le registre catastrophiste qui légitime l'emploi de la manière forte en ultime recours. Il ne faut alors pas avoir peur d'exagérer : « La situation est très grave car on touche à la démocratie. Tocqueville avait prévu que la démocratie allait engendrer des dérives individualistes qui la bloqueraient. Quelles sont les réponses aujourd'hui ? Il faudrait donner au préfet l'opportunité de trancher. Il faut éduquer nos concitoyens. Il restera toujours des fantasmes qui doivent être tranchés par le courage des élus. Ça me fait penser à *La mort du loup* d'Alfred de Vigny. Si c'est le sort des élus, nous l'accepterons. » A la fois héros et victimes, voici les boucs émissaires. Splendeur du pourrissement qui blanchit les élus en victimes sacrificielles, sacralise leur fonction et encense le courage de l'autoritarisme. Deuxième avantage du pourrissement : déplacer les débats des fins aux moyens, du fond à la forme. Des revendications légitimes pourront ainsi être ignorées ou attaquées sur la forme parce que les moyens employés seront dénoncés comme illégitimes. Le meilleur exemple est probablement le glissement

que le pourrissement effectue du public au privé : « Je suis vraiment étonné de l'implication personnelle des maires dans les conflits liés aux déchets », explique un consultant spécialisé dans la gestion de conflits environnementaux. J'ai vu des élus divorcer parce que la famille ne les soutenait pas et j'ai connu un maire qui ne voyait plus sa fille à cause de ça. Il me disait : « Prévenez-moi quand l'arrêté préfectoral d'autorisation [de la décharge] sort, que je ne sois pas dans la commune à ce moment-là ». On comprend alors mieux la fonction du pourrissement. Il s'agit de montrer ou de faire croire que le pouvoir n'est pas si désirable, alors qu'il l'est évidemment pour ceux qui s'y accrochent, puisqu'ils sont prêts à y sacrifier jusqu'à leur vie privée pour le conserver. « Je fais une déclaration à l'AFP d'un mot, d'une phrase qui n'est pas bonne, je suis emmerdé pendant quatre jours après », explique Robert Assante, l'élu marseillais porteur du projet d'incinérateur. « Donc pourquoi voulez-vous que des esprits brillants se tournent vers la politique ? Pour qu'ils viennent se faire pourrir à longueur de temps ? » La réponse est simple. Si les politiques résistent si bien au pourrissement quel qu'en semble le prix, c'est que le pourrissement est non seulement inhérent à l'exercice du pouvoir, mais qu'il en est à la fois la limite et la condition d'efficacité. Verdict : ceux qui succombent au pourrissement sont les faibles qui n'ont pas l'étoffe des hautes responsabilités. « Pourquoi faites-vous ce métier de chien ? », demandaient au maire de Marseille, Jean-Claude Gaudin, le journaliste Michel Samson et le cinéaste Jean-Louis Comolli. Réponse pagnolesque de l'intéressé : « La politique c'est comme l'accent, on l'a à la naissance ». Le pourrissement devient un principe aristocratique et darwinien de sélection politique, éprouvant la force des décideurs sur le mode nietzschéen du ce-qui-ne-tue-pas-rend-plus-fort. Il est singulier que les tactiques du pourrissement soient à ce titre vécues, par les décideurs, sur le mode des métaphores guerrières, au vocabulaire et aux valeurs si spécifiques. C'est ce qu'illustre cette écoute téléphonique¹ du 2 mai 2009 divulguée suite à l'affaire judiciaire qui agite en ce moment le milieu socialiste marseillais. Quand le président du Conseil Général des Bouches-du-Rhône n'a plus le moral : « J'ai plus envie... Ça me fait chier, je te jure... Pffou, j'en ai marre », son frère lui répond que ce n'est pas comme ça qu'on règle les pro-

« Le pourrissement devient un principe aristocratique et darwinien de sélection politique. »

blèmes : « Chaque fois que tu règles un problème, hop, y en a un autre le lendemain qui surgit, et hop, tu le règles et le lendemain, tu en as un autre qui surgit et hop, c'est la vie qui est comme ça ! ». Pourrissement quotidien. « Voilà, moi, je sais que c'est ma vie et que je serai toujours en acier, je laisserai jamais tomber, jusqu'au dernier jour de ma vie, ben, je laisserai jamais tomber, je me battrais tout le temps.

– Oui mais toi, tu as une constitution à part, argumente le président.

– Non, c'est pas une constitution, mon frère, c'est une réflexion intellectuelle ». Sur le même registre, Robert Assante considère que les pratiques de pourrissement qui gangrènent la vie des hommes politiques amènent ces derniers à devenir « des gens qui savent gérer les conflits, les situations hyper-compliquées, avec des attitudes qui n'expriment plus de l'intelligence ou une vision

stratégique à long terme, mais une vision purement tactique, qui font de la défense-attaque, défense-attaque en permanence ». La légitimité des revendications portées par le pourrissement n'est alors plus la question. Qu'un décideur revienne sur sa décision, le registre guerrier de la politique fera passer son geste pour un signe de faiblesse, jamais pour la sage ou modeste reconnaissance de ses erreurs. Il fera dire que le décideur s'est laissé aller au découragement, a cédé aux pressions, fait marche arrière. C'est déchoir du politique au politicien. Quand certains politiques retournent-ils leur veste ? « A l'occasion de ce qu'on leur met la pression et qu'ils résistent pas de la même manière que les autres », répond Robert Assante. La théorie du pourrissement est donc une culture de la virilité politique contre laquelle un élu ne peut aller sans y risquer réputation et éligibilité. Le système politique aurait cependant tort de sous-estimer l'effet boomerang des revendications masquées par le pourrissement et renvoyées dans les sphères privées ou psychologiques. Rien de mieux que l'indifférence et le déni du mal pour alimenter le ressentiment : « La force de dire le Mal nous a échappé », dit Jean Baudrillard. « Mais elle resurgit ailleurs. »² ■

1. Laurent Valdigué, « Dans le secret des frères Guerini », le *JDD.fr*, 19 février 2011.

2. Jean Baudrillard, *La Transparence du Mal. Essai sur les phénomènes extrêmes*, Paris, Galilée, 1990, p. 88.

Résister, c'est le devoir de penser !

Quand les comptables et les énarques entendent soumettre la santé publique à la performance, une critique s'impose.

Philippe Nicot, Ce qui m'indigne

médecin généraliste*

Un nouveau paradigme s'est installé, l'injonction permanente à appliquer toutes sortes de recommandations, de protocoles, d'atteinte de divers indicateurs. Mais peut-être s'agit-il seulement d'incantations. Cette nouvelle quête de la sainte performance professionnelle nous vient d'autorités toujours plus hautes, sous le prétexte de la qualité ou de l'équité. Elle est assaisonnée de menaces, parfois même de « menaces » de récompense financière, des bâtons déguisés en carottes. Menaces de la perte de notre libre arbitre et de celui de nos patients. Le corpus de ce nouveau paradigme se caractérise par la possibilité pour les praticiens de ne plus penser, il s'agit simplement d'appliquer.

Pour illustration, je prends l'exemple du dépistage du cancer du sein dans l'avenant n° 23 du 3 mai 2007 de la convention médicale. Celui-ci précise de

nouvelles obligations et de nouvelles méthodes qui font entrer la relation médecin-malade dans un nouveau paradigme. Le médecin y devient un contrôleur. Ainsi « il vérifie son inclusion dans le dépistage organisé et s'assure de l'observance... ». Il devient également un coach. En effet, ses

« Médecins traitants et leurs patientes pris au piège ! »

patientes non observantes peuvent lui être dénoncées par l'Assurance maladie « ... L'Assurance maladie fournira au médecin traitant les outils facilitant le repérage des patientes concernées... », charge à lui de les « inciter à y participer ». C'est un penser moins pour agir plus ! Nouvelles méthodes de santé publique : soumettre à un dépistage individuel les récalcitrantes à un programme organisé et faire argument d'autorité en utilisant des données imprécises. L'argumentaire scientifique développé par l'avenant 23 concernant le bienfait supposé de ce dépistage généralisé est de plus en plus controversé. Les bénéfices attendus en termes de réduction de mortalité ont été largement revus à la baisse, mais surtout les effets pervers sont passés sous silence. Et pourtant, le surdiagnostic et le sur-traitement sont au cœur des débats scienti-

fiques actuels. Le nombre de diagnostics augmente de manière exponentielle tandis que la mortalité est parfaitement stable.

Les médecins traitants et leurs patientes sont donc pris au piège ! La médecine clinique a la particularité de s'exercer dans l'incertitude. Notre déontologie, inscrite au Code de santé publique, l'a stabilisé par plusieurs piliers. Les principaux en sont : l'utilisation des données acquises de la science et une relation de confiance instaurée par une information loyale qui permet un consentement éclairé.

A ces deux premiers piliers s'ajoute l'intégration à notre exercice d'une évaluation de nos pratiques. Dans l'exemple du dépistage du cancer du sein, la pensée est supprimée. Mettre en œuvre les données acquises de la science et transmettre une information loyale sont devenus les nouveaux vecteurs d'une insécurité sociale. Seule compte la soumission à une autorité. Au bout, il y a une quête à atteindre : le bien-être en guettant toutes les maladies que nous risquons d'attraper !

Alors oui cela m'indigne.

Ce que j'expérimente et je propose

La contrainte de la Direction Générale de la Santé de « tamifluser » tous les rhumes en décembre 2009 a représenté pour moi un tournant majeur. D'un seul coup, les échanges avec mes collègues du GROG limousin s'enflammèrent. Miracle, le Formindep¹ nous proposa une action similaire à la nôtre, au succès immédiat.

Plus tard, un petit groupe d'entre nous constitua le collectif « Voix médicales »² où, depuis, nous expérimentons diverses voix pour la reconquête de notre liberté. Des discussions nous firent prendre conscience des opportunités que nous avions à nous opposer. C'est suite aux injonctions des « alzheimerologues » pour être le porte-plume de leurs prescriptions d'anticholinestérasiques qu'est né mon éditorial³. Au départ, ce n'est qu'une lettre. Elle questionne sur l'absence de bénéfices réels de ces médicaments en même temps que sur leurs dangers potentiels. Les

§Santé publique

§Prévention

§Protocole

§Pratique médicale

Lien d'intérêt :

* mon épouse est médecin conseil de base à la CNAMTS. J'ai été jusqu'en 2009 chargé de mission à la HAS.

retours font état que cet article a atteint sa cible, que ce soit auprès des médecins généralistes ou du grand public et notamment des familles de patients. Les médecins généralistes l'utilisent pour refuser des prescriptions inutiles et dangereuses, à la fois en outil de dialogue avec leurs correspondants et pour s'en expliquer avec leurs patients et leurs familles. Les familles de patients nous disent y trouver des informations utiles. Un médecin d'un Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées dépendantes (EHPAD) nous explique lui comment le budget de son EHPAD est conditionné par la contrainte du médecin conseil à la prescription d'un antialzheimer ⁴. Résister c'est donc oser parler.

Ces exemples montrent l'impérative nécessité pour les praticiens de terrain à refuser la facilité. Cela a un prix, car c'est sur le temps de repos le soir, les week-ends qu'il faut s'investir dans ces actions. Cela est rendu possible par un exercice collaboratif comme notre collectif « Voix médicales » l'expérimente.

Ce que je veux développer et partager

« Voix médicales » lance une nouvelle révolte contre la simplification administrative ⁵. En cause : les tampons HAS (Haute Autorité de Santé) sur les protocoles ALD (Affection de Longue Durée). Afin de faciliter le travail des praticiens de terrain, et de rendre équitable et de qualité optimale la prise en charge des patients en ALD, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie a lancé l'idée de s'appuyer sur des guides estampillés HAS. Mieux même, le praticien peut se contenter d'écrire la formule sacrée « Selon recommandation de la HAS ». Pour certains récalcitrants, c'est le service médical qui le met à la place du médecin. Le message est clair : pas besoin de réfléchir, appliquez !

Sauf que... la préparation d'un cours à des internes m'a offert l'opportunité d'étudier plus en profondeur le guide ALD du diabète de type 2 ⁶. Ce guide s'appuie sur des recommandations obsolètes (plus de quatre ans), et controversées (recours en Conseil d'Etat du Formindep). Et alors que des données récentes invalident des points majeurs de ces recommandations, sur les objectifs glycémiques, de pression artérielle, de co-prescription, la HAS préfère actualiser la liste de ces prestations rem-

boursées que d'actualiser les recommandations pourtant censées être le support scientifique solide. De fait, la HAS enlève du Guide ALD des médicaments retirés du commerce, mais elle en ajoute d'autres qui ne vont pas tarder à l'être.

A la suite de mon article, en guise de réponse, la HAS met en ligne « une note de cadrage » ⁷ qui me confirme dans l'idée que depuis 2009, la HAS a connaissance de ces études qui changent les recommandations, mais qu'en deux ans, elle n'a pu réunir qu'une fois la moitié de son comité d'organisation, et qu'une nouvelle recommandation n'est prévue que pour dans deux ans. Quatre ans pour actualiser quelques études scientifiques, voilà le challenge insurmontable que cette institution va relever. Gageons que les conclusions ne devraient différer ni de celles de *Prescrire*, ni des miennes.

Des petits groupes de pairs doivent s'investir dans ce travail d'analyse fine de ces documents estampillés officiels, puis de publication et de diffusion de leur analyse, et ainsi bousculer l'ordre établi. Car au-delà de ces analyses, il y a la prise en main politique de notre outil professionnel qui fait qu'exercer chaque matin, c'est être certifié « médecin de terrain et rebelle ». Bref résister, c'est le devoir de penser. ■

1. Lettre ouverte – pétition à Didier Houssin, Directeur Général de la Santé. 16 décembre 2009. Sur : www.formindep.org/spip.php?article363
2. Sous la houlette de Nathalie Péronnet-Salaün, Pierre Gayraud et Alain Wasniewski, Voix médicales ; Le blog de l'expertise médicale généraliste indépendante. Sur : www.voixmedicales.fr/
3. Nicot P., « Anticholinestérasiques : le généraliste peut-il dire non ? », *Médecine*, 2010. 6(8) :344-6. Sur : www.john-libbey-eurotext.fr/e-docs/00/04/5E/E6/article.phtml
4. Buchon D. « A propos de l'éditorial "Anticholinestérasiques : le généraliste peut-il dire non ?" ». *Médecine* 2011 ; 7(1) : 46.
5. Péronnet-Salaün N., « Pas de simplification administrative », Blog Voix médicales. 2010. Sur : www.voixmedicales.fr/?p=541
6. Nicot P., « Le guide affection longue durée de la HAS sur le diabète. Ne pas suivre le guide ». Sur : www.formindep.org/Le-guide-Affection-Longue-Duree-de.html
7. HAS. « Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 ; Note de cadrage ». Sur : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1022476/strategie-medicamenteuse-du-controle-glycemique-du-diabete-de-type-2-note-de-cadrage

« Des recommandations obsolètes et controversées. »

Le fichage pour les nuls

Résister contre l'informatisation des données personnelles en psychiatrie

Informatique et nouvelles technologies développent et accélèrent le fichage de toute la population, particulièrement en psychiatrie.

Olivier Labouret, L'extension du fichage informatique

psychiatre,
Ligue des Droits de l'Homme,
Union Syndicale de
la Psychiatrie

Le fichage policier prédictif se généralise, visant la simple intention ou suspicion de commettre un délit (exemple : le fichier « de Prévention des Atteintes à la Sécurité Publique »). Le fichage des pauvres également, au prétexte de « lutter contre la fraude » (exemple : le « Répertoire National Commun de Protection Sociale »). D'autres populations « à problèmes » sont fichées : jeunes, SDF, étrangers... (avec l'interconnexion, illégale, des fichiers de l'Éducation nationale avec mairies, services sociaux, Pôle Emploi... et préfectures dans le cadre de la loi de prévention de la délinquance et de la politique d'expulsion des étrangers en situation irrégulière).

Dans le champ de la médecine aussi, chaque médecin est fiché dans le Répertoire Partagé des Professions de Santé, pour une meilleure « traçabilité » de l'offre de soins. Ceci facilitera le contrôle patronal des arrêts de travail, télétransmis à la Caisse primaire d'Assurance maladie, et les sanctions pour les prescripteurs jugés excessifs. Les attaques contre le secret médical se multiplient : transmission de données de santé dans le fichier du RSA (Revenu de Solidarité Active), loi Boutin sur le logement, nouveau régime des tutelles... Par ailleurs, la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire attaque l'indépendance des médecins à travers le management par objectifs des pôles et l'intéressement à l'activité : incitation à « faire du chiffre », rentrer des données et fichier davantage. Le Dossier Médical Personnel est officiellement lancé, usine à gaz typique de la fuite en avant techno-économique du complexe médico-industriel... En psychiatrie, on assiste à la diffusion informatique nationale des avis de recherche des « fugeurs », au contrôle renforcé des sorties des patients hospitalisés sous contrainte et du suivi des patients condamnés pour infraction à caractère sexuel. La réforme de la loi de 1990 prévoit d'élargir le champ des soins sous contrainte administrative, à l'hôpital et jusqu'au domicile, avec fichage des antécédents psychiatriques.

Bref, le fichage informatique s'étend à tous les domaines, avec trois caractéristiques : prédire tout type de « troubles », repérer leurs auteurs, intercon-

necter les informations pour tout savoir sur eux. Nous entrons ainsi dans une société de contrôle panoptique, de sélection à tout prix : il s'agit d'écarter les mauvais éléments improductifs, et de « tracer » chacun d'entre nous, pour dissuader toute défaillance, conditionner l'amélioration des performances individuelles, conformément aux valeurs supérieures du profit et de la concurrence.

La psychiatrie est le domaine par excellence où s'exerce ce traitement symbolique de la défaillance et de la déviance, que la métaphore neuroscientifique prétend inscrire jusque dans nos gènes, rassurant la masse des normopathes sur sa bonne santé mentale, par la mise à l'écart du fou désigné comme dangereux. Bien naïf qui penserait que ce domaine puisse échapper à l'intention d'étendre le réseau du contrôle policier à l'intérieur même du cerveau de chacun d'entre nous !

Les dangers de l'informatisation des données personnelles en psychiatrie

La complexité technique de « l'outil » informatique s'accommode mal des droits des patients et des textes de loi, et la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés est dépassée, sinon complaisante. Il faut distinguer deux aspects :

Le Recueil d'Informations Médicalisées en Psychiatrie (RIMP) est obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2007 (arrêté du 29 juin 2006) : « afin de procéder à l'analyse médico-économique de l'activité de soins », vingt-sept données personnelles sont renseignées, dont le diagnostic CIM-10 (« des troubles mentaux et des troubles du comportement ») et les conditions d'hospitalisation sous contrainte. Ces données constituent un vaste fichier nominatif, conservé au Service d'Information Médicale (SIM) et transmis tous les trois mois, anonymisé, à une agence ministérielle. Le médecin responsable du SIM est garant de la confidentialité et de l'anonymat des données qu'il recueille et transmet. Ce fichier RIMP sert déjà, abusivement, à dresser une comptabilité des actes effectués dans chaque établissement psychiatrique : les pôles, les unités sinon chaque membre du personnel sont mis en concurrence, leurs compétences et leurs moyens confortés ou pénalisés selon leur activité quantifiée (alors que celle-ci ne peut évidemment traduire la complexité des activités de

§Psychiatrie, santé mentale,
psychiatrie de secteur
§Surveillance, contrôle, fichage
§Gouvernement, politique,
démocratie, Etat
§Justice
§Droits des patients, information

soins, notamment celles de prévention). Plus gravement encore, ce fichier a vocation à servir une politique de contrôle social : l'Etat veut y recourir pour mener des enquêtes sur les populations prises en charge, en particulier sur les « caractéristiques sociales du patient susceptibles d'influer sur son traitement »¹.

Le Dossier Patient Informatisé comprend une « fiche patient » superposable aux données du RIMP, complétée du dossier médical (observations des soignants, courriers médicaux, prescriptions, etc.). Les informations de ce dossier ne doivent être accessibles qu'aux personnes participant à la prise en charge du patient, chacune ayant son code secret, et étant responsable de la confidentialité des données qu'elle consulte ou enregistre. Ce dossier a pour finalité de favoriser la disponibilité des informations et la « traçabilité » exigée par la Haute Autorité de Santé.

Le fichage en psychiatrie est donc une réalité, avec le risque de trahir la confidentialité des données personnelles de chaque patient : rien n'interdit techniquement un accès abusif aux données du dossier patient informatisé ou du RIMP, leur transmission à un tiers ou leur interconnexion avec d'autres fichiers. Les seules barrières sont réglementaires, déontologiques (secret professionnel et médical) et légales : responsabilité du médecin SIM, respect de la vie privée (article 9 du Code civil). Ce « risque d'atteinte aux libertés individuelles au profit de certains organismes, notamment administratifs, financiers ou assurantiels », ces dangers d'interconnexion et de subtilisation ont été pointés par le Comité Consultatif National d'Ethique dans son avis n° 104 de mai 2008 applicable à la psychiatrie. Des affaires de piratage de données confidentielles ont d'ailleurs éclaté un peu partout dans le monde. Pourtant, l'informatisation des données personnelles avance au pas de charge en psychiatrie, avec une emprise croissante du SIM sur le corps médical.

Informatisation et désinformation : le fichage se fiche des lois

Face à l'informatisation des données personnelles en psychiatrie, une question se pose : la confidentialité des données est-elle garantie, autrement dit la vie privée du patient est-elle respectée ? Et sinon, comment peut-on s'opposer, lui et moi, à cette informatisation ?

La confidentialité de cette informatisation n'est pas garantie

Des « erreurs d'accès » au dossier patient informatisé sont reconnues comme possibles, les contrôles effectués par le SIM pour vérifier de telles erreurs

« L'informatisation des données personnelles dans le RIMP comme dans le dossier patient porte gravement atteinte à la vie privée. »

ont un caractère aléatoire et ponctuel. Le Comité Consultatif National d'Ethique affirme le risque d'atteinte aux libertés individuelles des données médicales informatisées. Le RIMP est nominatif, son anonymisation s'effectue quand il est transmis et non à la source. Il sert à faire des enquêtes aussi bien pour la direction de l'établissement local que pour les services de l'Etat, contrevenant ainsi à la loi du 6 janvier 1978 sur l'in-

formatique et les libertés. Donc, l'informatisation des données personnelles dans le RIMP comme dans le dossier patient porte gravement atteinte à la vie privée.

Pour cette raison, l'anonymat peut et doit être demandé

L'anonymat est prévu par la loi (arrêté du 29 juin 2006 et Code de la santé publique), mais le patient n'en est pas informé. La légitimité d'une anonymisation du dossier commence cependant à être prise en compte, puisque le SIM prévoit la possibilité pour un patient de prendre un nom fictif, ou « alias » : cela doit rester exceptionnel (familles du personnel, personnalités...), à la discrétion du médecin, donc discriminatoire. Mais cette anonymisation par alias ne vaut pas pour le RIMP, et le « vrai » nom du patient reste de toute façon enregistré sur la fiche patient, au SIM et au bureau des admissions. Il faut donc demander l'anonymisation non seulement pour le dossier patient, mais aussi pour le RIMP et pour l'analyse de l'activité médicale au sein de l'établissement.

On a le droit de refuser de consentir à l'informatisation de ses données personnelles

Selon la loi du 4 mars 2002, « aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne ». Ce consentement n'est pourtant jamais demandé expressément en psychiatrie. Plus précisément, dans le domaine du « traitement » médico-informatique : « il est interdit de collecter ou de traiter des données à caractère personnel (...) relatives à la santé, (sauf pour) les traitements pour lesquels la personne concernée a donné son consentement exprès » (loi du 6 janvier 1978). Les données directement « relatives à la santé », les plus attentatoires à la vie privée, soumises au secret médical, comme le diagnostic médical et les modalités de l'hospitalisation, sont donc les premières concernées. Mais il convient de refuser d'accorder son consentement pour l'informatisation de l'ensemble de ses données personnelles, puisque l'anonymisation et la finalité de celle-ci sont loin d'être garanties.

Le droit d'opposition est constitutionnel

« Toute personne a le droit de s'opposer, pour des motifs légitimes, à ce que des données à caractère personnel la concernant fassent l'objet d'un trai-

.../...

.../... tement (sauf) lorsque le traitement répond à une obligation légale » (article 38 de la loi du 6 janvier 1978). Ce caractère obligatoire est manifestement contraire aux libertés fondamentales garanties par la constitution : « la liberté, la propriété, la sûreté et la résistance à l’oppression ».

Défense des droits, opposition : à l’action !

Après une journée d’échanges sur le fichage en psychiatrie organisée en mai 2010 par l’association DELIS – Santé Mentale Rhône-Alpes, un collectif national de résistance (CNR-IDPPsy) a vu le jour ². La demande collective de droit d’opposition effectuée par des patients du CHS du Gers en août 2010 n’a pas abouti, se heurtant au silence éloquent de la CNIL ³, et au refus du SIM et de la direction. Dans ces conditions, il est prévu de multiplier les demandes individuelles de patients, pour faire valoir l’anonymisation, le non-consentement à l’informatisation des données personnelles en psychiatrie, enfin le droit d’opposition*.

Localement sera lancée une campagne de soutien des proches et associations d’usagers à cette demande. Une action en justice est à l’étude, avec en dernier recours la saisie du Conseil constitutionnel. D’autres actions sont envisagées : le boycott du codage diagnostique et une convergence avec les autres mouvements de lutte contre le fichage.

*Voici le modèle de demande proposé localement et généralisable

Je soussigné, ai l’honneur de faire valoir mon droit d’opposition légitime à l’informatisation de mes données personnelles dans le système de soins psychiatrique, en raison du risque d’atteinte à la confidentialité et à la vie privée qu’elle présente.

En particulier, je réclame l’anonymat prévu dans l’arrêté du 29 juin 2006 et l’article R.6113-1 du Code de la santé publique, et demanderai à user de mon droit d’accès et de rectification afin de vérifier que cette réclamation a bien été respectée.

Par ailleurs, afin que mon dossier personnel (auquel cette disposition légale d’anonymat partiel ne s’applique pas) reste confidentiel au sein du Centre Hospitalier ..., je demande l’attribution d’un nom fictif ou alias.

En outre, conformément à l’article 8 de la loi du 6 janvier 1978, je ne donne pas mon consentement exprès à ce que les données relatives à ma santé psychiatrique soient collectées, et notamment mon diagnostic médical.

Fait à ..., le :
 Nom : prénom :
 Adresse :
 Signature :

La résistance éthique, ici et maintenant

L’informatisation des données personnelles en psychiatrie soulève des problèmes très complexes, voire insolubles, d’ordre légal, éthique, épistémologique... et technique. La confidentialité est un impératif pour éviter le risque effectif de fichage, mais impossible à réaliser ! Nous sommes dans un Etat de droit : c’est donc sur le terrain de la loi et de la déontologie qu’il faut contre-attaquer. Porter une affaire exemplaire en justice, une situation concrète dans laquelle la confidentialité des données informatiques n’a pas été respectée, serait l’occasion de démontrer que le fichage est d’ores et déjà une dangereuse réalité... La défense des droits de nos patients est un impératif éthique : aucun médecin ne peut accepter de participer à une entreprise de fichage qui visera, tôt ou tard, à les sélectionner. Au nom de quel alibi d’ordre public ou économique la science médicale se ferait-elle le complice de cette résurgence historique tragique de l’eugénisme ? ■

-
- 1. Guide méthodologique de production du RIMP, annexe de l’arrêté du 20 décembre 2010. Cette disposition fait l’objet d’une plainte de l’Union syndicale de la psychiatrie.
- 2. <http://agora.chahut.info.wvws>
- 3. La CNIL vient de répondre, niant tout droit d’opposition... et se défaussant sur la responsabilité du seul médecin SIM !

Lettre mise sur le site et téléchargeable à l’adresse <http://www.pratiques.fr/contre-le-RIMP-et-le-Dossier-html>

DOSSIER



Résistance et création dans le champ « psy »

Face à l'idéologie d'une psychiatrie garante de « la santé mentale », un collectif propose des pratiques de terrain portées sur l'accueil de la folie.

Mathieu Bellahsen,
psychiatre de secteur
(Essones),
membre fondateur
du collectif des 93,
UTOPSY

§Collectif

§Psychiatrie, santé mentale,

psychiatrie de secteur

§Droits de L'Homme, discriminations

Pratique médicale

**« Les
"schizophrènes"
seraient donc
tous de
dangereux
criminels. »**

Depuis maintenant deux ans, l'accélération sécuritaire du champ social entend ravager les contrées de la folie pour la transformer, à l'instar d'Erasmus, en Furie. Né dans l'émergence d'une zone grise politique, le « collectif des 39 » a pris un rôle d'agitateur dans un champ psychiatrique résigné, en voie de normalisation par le courant dominant « de la santé mentale », normativité qui, en privilégiant la fabrique d'individus « compétitifs », laisse en errance, abandonne, exclut voire enferme les « dénormés », les singularités, les autres... beaucoup d'autres.

Après la « santé mentale négative » (la psychiatrie), la « souffrance » et la « détresse psychologique » (les troubles d'adaptation de l'individu à son environnement), voilà l'émergence de « la santé mentale positive », concept phare de l'idéologie santé-mentaliste. Rendre les individus « performants », capables « d'autonomie » pour accéder « au bien-être » dans un champ de concurrence généralisée, transforme insidieusement le champ « psy » en fabrique d'individus « auto-entrepreneurs » d'eux-mêmes. Mais quid de ceux dont la souffrance est telle qu'ils ne peuvent pas maximiser leur « capital santé mentale » ?

En s'arrêtant sur l'histoire des évolutions récentes du champ psy (début des années 2000), on notera que depuis « la démocratie sanitaire » portée par la gauche, mettant la santé publique et le pouvoir gestionnaire aux commandes, la psychiatrie se doit d'aller « vers la santé mentale ». La « bonne gestion » de la folie suffira à la soigner et la réadapter... Cette posture, qui va progressivement dénier la folie, en tant que résistante aux cadres normatifs en vigueur, et par là même permettant des progrès dans la Culture, s'explicitera violemment une dizaine d'années plus tard dans un discours du président de la République promouvant le retour de la ségrégation.

En décembre 2008, les lumières médiatiques suscitées par le discours d'Antony portaient l'ombre de notre honte. Ce discours discriminatoire, soutenu

par le miroir déformant de nos concessions professionnelles et citoyennes, remit à la mode la mise à l'écart pour les plus fous, les plus malades, les plus fragiles. D'unités pour malades difficiles en camisoles de force, de vidéosurveillances en hauts murs barbelés, les idées puis les moyens affluèrent pour contenir cette folie résistante ; folie qui, parfois, en défrayant la chronique, effraie. Après le fait divers dramatique de Grenoble, elle changea de camp, la folie ordinaire des gens « normés » devint un discours d'Etat. Des réponses technicistes, froidement instrumentales étaient supposées venir à bout de ce qui, de tout temps, a échappé aux différentes « raisons du monde ».

Dès lors, comment aurions-nous pu continuer notre travail « comme si de rien n'était » ? Citoyens ayant un rapport intime et fraternel à la folie, nous fûmes conspués par des accusations d'une rare violence. « Les schizophrènes » seraient donc tous des dangereux criminels qu'il faudrait contrôler à tout prix. Pourtant, ces problématiques existentielles que nous côtoyons au quotidien, celle des fous ou celle des « normophrènes », en tant que microscope du lien social, nous forcent à prendre position politiquement sur ce que nous soutenons de l'humain. François Tosquelles, psychiatre catalan et fondateur avec quelques autres du mouvement de « psychothérapie institutionnelle », rappelle que « sans reconnaissance de la valeur humaine de la folie, c'est l'homme même qui disparaît ». Ce fut l'acte de naissance tragique du collectif.

Réunies à l'initiative d'Hervé Bokobza, organisateur des Etats Généraux de la psychiatrie à Montpellier en 2003, 39 personnes vinrent à la première réunion de ce qui allait devenir le « collectif des 39 contre la nuit sécuritaire » pour faire face collectivement à l'insupportable, à l'inacceptable. Il était clair que nous ne traiterions pas la banalité du mal (une fois de plus) par une simple et commode résignation.

Le lendemain, nous écrivîmes collectivement un appel dénonçant « la nuit sécuritaire » et l'amalgame entre folie et dangerosité. Deux jours plus tard, le texte est relayé dans la presse¹, 30 000 signatures seront collectées.

Si le discours d'Antony a été le point de nouage entre pouvoir gestionnaire et revendications sécuritaires, le président de la République n'a fait qu'explicitier ce qui se tramait depuis quelques temps chez une fraction majoritaire des professionnels, des administratifs et des politiques. Ce que le « management » des soins psychiatriques a fait perdre comme sens aux métiers des soins psychiques n'en est revenu qu'avec plus de violence. Quand beaucoup se félicitèrent de l'arrivée d'une évaluation de type industriel dans le champ des pratiques humaines, quand les discours sur la psychiatrie « spécialité médicale comme les autres » rouvrirent les portes de l'objectivisme médical allié à la muse du progrès technoscientifique à même de traiter, voire d'éradiquer, la folie des hommes, le sens, l'histoire des métiers, nos savoirs-faire spécifiques, nos expériences humaines se rappelèrent à notre bon souvenir. En effet, quelles idées et pratiques défendre, si nos préoccupations ne sont plus d'abord et avant tout cliniques ? Cette clinique complexe qui, articulée au politique, nous permet de prendre soin des patients et de leurs proches dans la singularité de leur histoire, de leur inscription dans le lien social ? La violence du discours présidentiel, en s'appuyant sur le terreau fertile de la peur d'autrui, nous a renvoyé tout ce qui était supposé « aller de soi » et fédéra des résistances locales qui étaient jusque là éparses. Des constructions collectives inédites s'agencèrent, en luttant au niveau macropolitique comme « l'appel des appels », « non à la politique de la peur » et notre « collectif des 39 contre la nuit sécuritaire ».

Les mois passeront et nous déciderons de ne pas formaliser ce collectif, les personnes investies y allant à partir de leur désir. Pour un certain nombre d'entre nous, la pratique de la psychothérapie institutionnelle nous permit d'éviter certaines ornières comme la mise en place d'un groupe institué, rigide, qui n'aurait plus rien « d'instituant » ni de désirant. Les échanges quotidiens par mails étaient légion et nous prîmes le parti de nous réunir au moins une fois par mois, voire plus dans les moments d'urgence.

C'est à partir de ce désir collectif que, deux mois plus tard, près de 2000 personnes étaient réunies autour de nous à la Parole Errante pour demander le retrait des mesures liberticides. Comment agir ? Quelles formes nouvelles créer pour pallier les inconsistances des partis d'opposition, des discours syndicaux consensuels et/ou corporatistes ? Après l'écriture d'un manifeste voté par l'assemblée pré-

sente, un moratoire fut proclamé quant à une réforme sécuritaire de la psychiatrie.

Par la suite, des dizaines de forums s'organisèrent à travers toute la France pour faire de la psychiatrie une question citoyenne et non un débat d'experts : une question d'abord et avant tout politique avant de se cantonner à « un problème de santé publique ». Nous nous heurtâmes à l'isolement des collègues, des patients et de leurs familles. Réalité tragique de la mise en place d'un abandon généralisé euphémisé par les discours gestionnaires, de rigueur budgétaire, de pragmatisme. Le collectif se mit alors en tête de rencontrer les différents partis politiques, les parlementaires, les sénateurs tout en tissant des ponts avec d'autres mondes : celui de la culture notamment. Replacer la question de la folie sur le devant d'une scène escamotée par les bons sentiments, par la novlangue « santé-mentaliste » qui préfère parler de « personnes mentalement diminuées »², d'« handicapés psychiques » pour assigner à résidence la singularité de chacun.

A la différence des Etats Généraux de la psychiatrie qui avaient réuni l'ensemble du monde syndical et associatif pour faire émerger un consensus professionnel, notre ligne d'action se développe à partir des principes fondamentaux sur lesquels nous ne pouvons pas céder : une certaine conception de la folie, une formation de qualité et des moyens adaptés à la spécificité de la psychiatrie.

A l'heure où le projet de loi réformant la psychiatrie est débattu au Parlement, le « collectif des 39 » s'est placé comme moteur dans l'agitation politique du champ psychiatrique. Si nous sommes un mouvement minoritaire, en nous plaçant sur une ligne politique qui refuse toute concession quant aux principes et aux pratiques que nous mettons en acte, nous avons forcé la main des groupes institués. Nous les avons également aidés à se recentrer sur le sens de leur action, perdus qu'ils pouvaient être dans des logiques de pouvoir et d'appareil. Soutenir une éthique du soin psychique est éminemment politique et nécessite, au quotidien, d'entrecroiser résistance et créations. A défaut, devenir des « normophrènes dangereux » est un risque que nous n'osons pas courir. ■

1. *Libération* du 14 décembre 2008

2. Livret vert de l'Union Européenne, 2005.

« Quelles idées et pratiques défendre, si nos préoccupations ne sont plus d'abord et avant tout cliniques ? »

Le CATRED au secours des plus défavorisés

Face à l'idéologie d'une psychiatrie garante de « la santé mentale », un collectif propose des pratiques de terrain portées sur l'accueil de la folie.

Propos recueillis par **Mano Colledani**, secrétaire de rédaction et **Yveline Frilay**, médecin généraliste

En 1985, le Collectif des accidentés du travail, handicapés et retraités pour l'égalité des droits accompagne les usagers français et d'origine étrangère victimes de décisions administratives iniques ou non motivées dans le suivi des litiges auxquels ils sont confrontés. Un des ses responsables, M. Rogel, nous explique son action militante.

Pratiques : Quelles sont les personnes qui sollicitent votre aide ?

M. Rogel : C'est en majorité une population d'origine étrangère qui nous contacte pour le traitement administratif ou juridique de dossiers, mais aussi des assurés titulaires des minima sociaux qui ont des litiges de droit commun. Leur pourcentage se répartit comme suit : 41 % de Maghrébins, 48 % de sub-Sahariens et 8 % de Français, tous en grande difficulté.

Par qui vous sont-ils adressés ?

La plupart sont envoyés par les centres d'accès social de Paris et d'Ile-de-France. Nous intervenons au sein des PAD (Points d'accès aux droits) des 18^e et 15^e, des services sociaux d'organismes comme la CRAMIF, la CNAV, la CAF. Le réseau associatif, très au fait de nos modalités d'action, nous envoie beaucoup de monde. Le bouche-à-oreille fonctionne aussi très bien.

Dans le domaine du soin, quels types de contestations prenez-vous en charge ?

Nous traitons essentiellement les litiges liés à la maladie professionnelle et aux accidents du travail, ainsi que ceux ayant trait aux indemnités journalières, au droit au handicap, à l'Ame (Aide médicale de l'Etat) et à l'AAH (Allocations aux adultes handicapés). Nous intervenons également en ce qui concerne les prestations périphériques : complément de ressources, prestations de compensation, plus l'accès à la pension d'invalidité et à l'allocation d'éducation aux enfants handicapés (surtout ceux d'origine étrangère rentrés en France en dehors du regroupement fami-

lial). Les demandes ayant trait aux pensions militaires d'invalidité restent anecdotiques.

De quelle manière menez-vous vos actions ?

Une permanence téléphonique décrypte précisément le litige dont est victime l'utilisateur. S'ensuit un rendez-vous au cours duquel nous adressons, dans un premier temps, un recours amiable auprès de l'organisme qui a signifié le refus. En absence d'une issue favorable pour l'assuré, sous réserve que les conditions soient réunies pour mener un contentieux juridique, la juridiction compétente sur le litige est saisie : Tribunaux des affaires de sécurité sociale (Tass) et du contentieux de l'incapacité (TCI)... Nous accompagnons l'utilisateur jusqu'à la Cour d'appel et l'orientons vers un avocat si nécessaire.

Quels sont vos rapports avec les médecins ?

Notre action est conjointe. Nous sollicitons le médecin traitant ou un médecin d'Expert.Doc (association pour l'expertise des dommages corporels en recours) pour l'éclairage médical. Nous analysons les raisons du refus qui a sanctionné l'utilisateur et préparons ensemble l'argumentaire visant à démontrer qu'il n'est pas justifié et que l'utilisateur ne se trouve pas en condition pour reprendre son poste ou se réorienter professionnellement, par exemple.

Quelles sont les circonstances qui vous ont amené à étendre votre action pour la défense du droit des étrangers à l'ensemble des citoyens ?

En 1985, les litiges touchaient surtout les étrangers de sexe masculin et concernaient les prestations dites non contributives (Allocations supplémentaires vieillesse, invalidité, AAH), prestations subordonnées à l'époque à une condition de nationalité. La loi du 11 mai 1998 a supprimé cette condition, mais un grand nombre d'organismes a instauré d'autres clauses restrictives. Les décisions notifiées aux ressortissants étrangers comportaient un caractère discriminatoire qui nous a conduits à pérenniser notre structure et à mener d'autres actions. Puis la

§Accès au droit
§Maladies professionnelles, santé au travail, accident du travail
§Handicap
§Droit du travail

« Nous accompagnons l'utilisateur jusqu'à la Cour d'appel et l'orientons vers un avocat. »

www.catred.org

conjoncture et les refus de plus en plus fréquents des différents organismes nous ont forcés à prendre en charge un public plus large.

Comment expliquez-vous votre taux de réussite de près de 90 % ?

Notre action fait écho au constat établi récemment par le médiateur de la République sur la difficulté des services publics à réaliser leurs missions, laissant un certain nombre d'usagers sur la touche. Bon nombre d'organismes faillissent à leur obligation d'information définie par la loi du 12 avril 2000. Les refus se multiplient sans explication, tant factuelle que juridique, alors que la loi du 11 juillet 1979 impose de motiver tous les actes. C'est cette rupture entre l'usager et les services publics qui fait de nous une structure de dernier ressort. Au CATRED, nous pallions les carences administratives. L'évolution rapide du droit social, sa complexité, la formation incomplète des agents à la législation expliquent les dysfonctionnements. Notre action est militante, car non seulement nous défendons le droit en vigueur, mais nous sommes dans une dynamique de création de droits nouveaux.

Par exemple ?

Une décision jurisprudentielle en Cour de cassation a conduit à modifier la législation sur le refus d'Allocation pour enfants handicapés (AEH) nés à l'étranger, après que nous avons plaidé au nom de l'intérêt supérieur de l'enfant.

Par qui êtes-vous financé ?

Nos fonds proviennent de la Ville de Paris, de la Direction de l'action sociale de l'enfance et de

la santé (Dases), du Conseil départemental d'accès au droit, de la Direction départementale de la cohésion sociale (anciennement Dass) et du CCFD (Comité catholique pour la faim). Avant 2008, les partenaires s'engageaient pour trois ans. Depuis, les contributions sont pluriannuelles et ne permettent plus de se projeter à long terme. Nous passons notre temps à chercher des fonds et dans ces conditions, il est impossible d'élargir notre action. Il faut savoir que nous enregistrons annuellement 4 000 à 5 000 consultations téléphoniques, 1 500 à 2 000 personnes sont reçues et 500 dossiers nécessitant un suivi pouvant aller jusqu'à cinq ans sont traités. Tout cela avec des moyens humains très limités : 2,5 personnes à temps plein et 3 salariés mobilisés sur les actions de fonds et les litiges. Pour l'année 2010, l'ensemble des contentieux a permis la restitution de près de 500 000 € aux assurés.

Vos fonds proviennent donc pour une grande part des organismes contre lesquels vous menez vos actions ?

Effectivement, nous sommes dans une logique contradictoire. Nous sommes financés par de l'argent public pour des actions qui vont condamner des organismes publics à verser de l'argent public ! Mais, nous travaillons sur des problématiques qui font que l'Etat ne peut pas supprimer tous nos fonctionnements. Nous sommes là pour aider cette population fragile et défavorisée qui n'a pas trouvé l'écoute nécessaire à laquelle elle a pourtant droit...

D'autres thématiques sont consultables sur le site, rubrique jurisprudence. ■

Après ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés, qui dressait un état des lieux de la souffrance au travail et portait la gravité croissante des cas, Marie Pezé poursuit ici sa réflexion sous un angle qui se veut positif : comment réagir ?

« Si le travail peut faire souffrir, c'est avant tout parce qu'il est porteur de nombreuses promesses », dit-elle. Promesse de l'utilisation et du développement des capacités physiques et mentales, promesse d'accomplissement de soi et d'émancipation sociale, promesse du « vivre ensemble » et du dépassement des fragilités infantiles...

Celui qui travaille donne souvent sans compter à un monde du travail qui, lui, ne fait que compter. Investi corps et âme, on comprend qu'il ait du mal à prendre de la distance, à défendre ses droits, à trouver des appuis. Le rapport de forces est inégal entre la partie faible, le salarié, et la partie forte, l'entreprise.

Marie Pezé nous livre ici les outils élaborés par le réseau de prise en charge de la souffrance au travail, avec Rachet Saada, avocate spécialiste en droit social et Nicolas Sandret, médecin inspecteur du travail : mieux connaître le droit du travail et les implications d'un contrat, savoir reconnaître et dénoncer les techniques de management pathogènes, apprendre à décrire son travail et les raisons de sa dégradation, connaître les secteurs de prévention dans et hors de l'entreprise et le rôle qu'ils peuvent jouer...

Ce livre est une arme pour sortir de la solitude et renouer avec les promesses du travail.

Marie Pezé est docteur en psychologie, expert judiciaire, responsable du réseau de consultations « Souffrance et Travail » ainsi que du CES de psychopathologie du travail au CNAAM. Elle est l'auteur de *Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés* (Pearson, 2008).

Rachet Saada est avocate, spécialiste en droit social. Elle intervient aux côtés des salariés, de leurs syndicats et des élus du personnel notamment dans les domaines de la santé au travail et du droit familial.

Nicolas Sandret est médecin inspecteur du travail, praticien à la consultation de pathologies professionnelles du centre hospitalier intercommunal de Créteil.

Ce livre est accompagné d'un site Internet : www.travailler-armesegales.pearson.fr

Les Temps Changent

Marie **Pezé**
Rachet Saada et Nicolas Sandret



Travailler à armes égales
Souffrance au travail : comment réagir

Les Temps Changent

Marie Pezé, Rachet Saada, Nicolas Sandret

Travailler à armes égales

PEARSON

ALMAYE LEARNING

PEARSON Pearson France
47 bis, rue des Vinaigriers
75010 Paris
Tél : 01 72 74 90 00
Fax : 01 42 81 22 17
www.pearson.fr

Sciences humaines
ISBN : 978-2-7440-0428-9



9 782744 064289

Images de la persistance

Christiane Vollaire, philosophe
Troublante entreprise que celle de ce beau livre, à la fois intellectuellement informé et visuellement fort, dont le format et la texture font aussi un véritable objet esthétique. Il retrace un événement, l'enterrement de Jules Vallès, en 1885. Mais cet enterrement d'un homme acquiert un double statut politique.

C'est l'enterrement symbolique d'une époque, d'un espoir intense, celui qu'avait suscité la Commune de Paris quatorze ans plus tôt, en 1871. Cet espoir de voir enfin vivre les idéaux proclamés de la Révolution française a été écrasé dans une répression qui a mis en place, sous l'impulsion d'Adolphe Thiers, la République bourgeoise dont les dirigeants actuels du système politique français sont les héritiers.

Mais c'est aussi la puissante image de la persistance de cet espoir, le resurgissement devenu muet de ce *Cri du Peuple* dont Jules Vallès avait fait le *Journal de la Commune*. Le livre est scandé alternativement par les images muettes de cette foule populaire, recueillie et comme tétanisée, et par les textes qui la font parler. Textes historiques, littéraires, journalistiques, des grands noms de cette période-clé de notre histoire collective.

Le récit de Jules Guesde, par exemple, mis en images comme un reportage avec arrêts sur image, montre la violence du nationalisme dans le moment où les socialistes allemands qui viennent rendre hommage à Vallès sont agressés par des étudiants et protégés par le service d'ordre de l'Internationale : « A nous l'Allemagne ouvrière, même contre vous ! »

Le livre s'ouvre sur la fausse exécution de Jules Vallès, et sa fuite pendant la commune, permettant un flash-back sur la réalité des massacres : des corps désarticulés, pantelants sur des charrettes ou comme suspendus dans l'espace de l'image. Le trait noir plus ou moins intensément appuyé, la fermeté des lignes brisées qui caractérise le style

d'Eloi, s'allient aux aplats de couleurs à la fois violentes et crépusculaires, pour donner cette tonalité sourde et précise au livre, par laquelle les gros plans sur les personnages, les plans éloignés sur les foules, la proximité des corps, font résistance à l'oubli.

C'est ce moment initial qui nous montre le corps de Vallès dans sa fausse mort, au moment des massacres de la Commune. Mais il disparaît de l'image dans le déroulé des funérailles réelles, où il est véritablement remplacé par ce corps social que manifeste la présence du peuple, resurgi de l'oubli politique où la répression l'avait plongé pour venir lui rendre hommage. Comme l'écrit Silvia Disegni qui préface l'ouvrage : inutile d'y chercher le corps de Vallès. Contrairement à ce qui se produit dans les textes choisis, il est toujours situé hors-champ, quelque part hors du dessin, auquel il donne néanmoins tout son sens. Comment Eloi Valat pouvait-il mieux représenter le vide laissé par son absence ?

Le travail d'Eloi Valat sur Jules Vallès (l'assonance entre les deux noms saute à l'oreille) ne date pas d'hier : c'est une recherche de long terme dans laquelle il s'est engagé, ayant déjà publié aux mêmes éditions en 2007 un *Journal de la Commune*, indissociable de ce nouveau travail.

Depuis plusieurs années, Eloi est aussi celui qui met en œuvre la revue *Pratiques*, et lui donne cette force visuelle dans laquelle nous nous reconnaissons : la maquette, les dessins, et souvent les couvertures, sont de lui. Et son exigence artistique de peintre et de dessinateur, son talent de graphiste, mais aussi son attention critique au contenu de la revue, participent de la vitalité de notre projet commun et lui communiquent son souffle.

Cette persistance-là nous montre aussi, s'il en était besoin, que l'Enterrement de Jules Vallès, s'il évoque bien le moment historique d'un enterrement, en est au contraire l'exacte antithèse. ■

Sur le livre d'Eloi Valat, *L'Enterrement de Jules Vallès*, Ed. Bleu autour, 2010, 157 pages.



Devenirs épiques

Plusieurs philosophes reviennent, depuis quelques années, sur la pensée de Spinoza. Elle permet de penser une vitalité collective, et de redonner aux luttes actuelles l'énergie dont elles ont besoin.

Christiane Vollaire, philosophe
 « Lorsque les forces sont mécaniques, la résistance désigne la force dont l'action arrête ou ralentit le mouvement d'une autre force. Lorsque cependant les forces en présence sont pulsionnelles, se transfèrent, se déplacent et se modifient, quelles sont les forces de résistance ? »¹

Françoise Proust, philosophe, écrivait ces mots en 1997, à propos du cancer, tentant de penser en termes stratégiques (et de façon vitale en ce moment de sa propre expérience) la question de la résistance à la maladie.

Un an plus tôt, un autre philosophe, Laurent Bove, écrivait : « La notion de stratégie, issue du domaine de la guerre, ne sera pas employée par nous de façon métaphorique. La condition des corps – de manière plus pressante encore que celle des sociétés – est une condition de guerre totale. »²

Analogie entre le devenir des corps et celui des sociétés, entre nos devenirs individuels et nos devenirs collectifs. Interaction entre le mouvement physique de nos vies et leur mouvement intellectuel et mental. Croisements entre stratégie militaire et volonté politique. Toute cette configuration complexe fut aussi pensée en un moment charnière de la fin du XVII^e siècle : celui des « Lumières radicales », dont Spinoza, référence de ces deux auteurs, fut l'un des penseurs emblématiques.

Mais cette configuration, on la retrouve aussi dans tout ce qui peut faire la force du cinéma, de l'art ou de la littérature contemporaine. Elle paraît être celle d'un devenir épique des sujets politiques que nous sommes.

Le genre de l'épopée

De quoi naît en effet le genre littéraire de l'épopée, sinon de la volonté de mettre en scène une histoire commune, qui transforme la brutalité sommaire des combats originels en possible fondement d'une communauté. C'est de cela qu'il est question quand les poèmes de l'*Iliade*, racontant une guerre lointaine, se diffusent sur le territoire des cités grecques. L'épopée est toujours celle d'un peuple, dont le sentiment collectif est plus fort que les violences qu'il affronte, celles de la nature ou celles de ses ennemis.

Quand Eisenstein voudra donner un élan artistique à la naissance de l'URSS, c'est le genre épique qu'il choisira pour son cinéma. *La Grève*, son premier film, qu'il tourne en 1924, à l'âge de vingt-six ans, en est un modèle. Les images sont nourries du souffle de la colère, lorsqu'elles donnent à voir les émeutiers, bouleversés par la mort d'un des leurs suicidé sur son lieu de travail. La caméra joue autant du plan éloigné qui fait émerger la foule, que du plan serré qui saisit l'expression des visages. Et ce qu'elle saisit, ce sont deux modes différenciés de la puissance de résistance : puissance du peuple et puissance du sujet ; énergie individuelle portée par l'énergie collective.

Quatorze ans plus tard, lorsque, dans l'URSS de 1938, il tourne *Alexandre Nevski*, ce souffle du commun s'est définitivement perdu. Le héros du film n'est plus ce peuple anonyme et solidaire, incarné dans la multitude des figurants, et dans lequel chaque spectateur pouvait, par cette force singulière de l'anonymat, s'identifier comme membre d'un collectif. Dans *Alexandre Nevski*, au contraire, le peuple est devenu cette masse servile, inculte et malléable, dont le héros est le tyran, et dont les destinées sont entièrement soumises aux aléas de la négociation entre deux chefs. La forme même du film épouse cette déchéance politique du peuple. Non plus la dynamique épopée des mouvements de figurants, mais la statique empesée des champs-contre-champs sur les dialogues des maîtres, ou les contre-plongées sur le buste statufié du héros, incarné par la star des studios moscovites à l'apogée de l'époque stalinienne. En perdant ce rapport nourricier à un peuple acteur de sa propre histoire, c'est son propre souffle d'auteur qu'Eisenstein a perdu, le souffle épique de son œuvre de cinéaste.

Mais cet essoufflement ne caractérise pas seulement la chape de plomb de la période stalinienne, la violence de sa très profonde bêtise telle qu'elle s'impose dans un cinéma qui a perdu son envergure au profit d'une redoutable emphase. Il caractérise aussi le discrédit jeté sur l'idée même de résistance.

Une pensée de la pulsion vitale

Laurent Bove, interprétant Spinoza, insiste sur le rapport énergisant du singulier au pluriel dans la

« Puissance du peuple et puissance du sujet. »

§Résistance

§Tactique

§Solidarité

§Luttes sociales, contestation

§Double-langage

question de la résistance. Chez Spinoza, la pensée du « conatus », pulsion vitale originelle associant physique et mental (qu'il définit comme « effort de tout être pour persévérer dans l'être »), a souvent été interprétée de manière individualisée et purement morale. Or Spinoza est non seulement un penseur du politique, mais un véritable militant politique, en lutte permanente contre les institutions religieuses autant que contre les abus de pouvoir de son époque. Persécuté, condamné, poursuivi et exilé pour cette raison même.

Laurent Bove montre clairement que la pensée du « conatus » n'est ni une pensée biologique, ni une pensée morale, mais une pensée profondément politique et stratégique, qui oblige à penser le concept même de résistance comme un concept vital : il n'y a ni rupture ni discontinuité entre l'élan qui nous pousse à vivre par un effort constant de résistance à la mort, et celui qui nous pousse à vivre en commun, par un effort constant de résistance à cette mort sociale qu'est la confiscation du politique.

Cette insistance sur le pluriel revient à travers tout l'ouvrage qu'il consacre à Spinoza : « Ainsi, à l'inverse de Platon, qui, après l'échec de la démocratie athénienne, avait construit une philosophie politique sur la forclusion de la puissance politique du peuple, Spinoza (...) sera-t-il le premier philosophe, après Machiavel peut-être, à ne pas écrire une nouvelle *Weltanschauung* politique "privée", contre le mouvement réel des "masses", mais à inscrire sa réflexion dans le mouvement même de l'affirmation absolue de l'existence de la *multitudinis potentia* ³. »

« C'est dans ce dernier texte qu'est explicitement établie la parfaite analogie entre le corps individuel et le corps collectif ⁴. »

« La vraie dimension du problème politique est donc, avant tout, sa dimension collective, anonyme et quantitative, dimension de la *multitudinis potentia* ⁵. »

Cette puissance de la multitude est l'équivalent, en termes d'énergie vitale, de la pulsion individuelle : elle est ce « non irrésistible de la nature humaine à la tristesse et à la destruction » ⁶. Et si le peuple-masse, foule amorphe que Tocqueville décrivait déjà dans *De la Démocratie en Amérique* comme le côtoiement passif d'individus uniformément manipulés, s'avère, au sens que lui donnent les sociétés de consommation, sans volonté commune, le peuple-épopée, au contraire, ne tire pas seulement sa puissance de la ferveur qui l'anime, mais du nombre même de ceux qu'anime cette ferveur : le quantitatif y produit aussi du qualitatif, et l'émotion surgit de l'effet de multitude. L'émotion que génère une manifestation ne vient évidemment pas du ridicule et de l'effet d'autodéri-

sion de ses slogans ou de ses ritournelles ; mais elle peut naître de la puissance des voix qui reprennent, à un siècle et demi des premières fois où elles furent chantées, les mêmes notes graves, si vite reconnaissables, de l'Internationale.

Un film-métaphore

Et là encore, c'est un film, très récent cette fois, qui pourrait l'incarner. Sorti en 2011, *También la lluvia* (*Même la pluie*) de la cinéaste espagnole Iciar Bollain, constitue une véritable mise en abîme, historique, sociale et politique, de la résistance.

Le film s'ouvre, métaphoriquement si l'on repense à Eisenstein, sur une longue file de figurants d'origine indienne, qui attendent leur tour pour être sélectionnés par une équipe espagnole sur un casting en Bolivie. Quand le producteur décide d'annuler la séance, ils entrent en rébellion et exigent d'être reçus. Premier mouvement de foule, premier mouvement de colère, premier acte de résistance.

Le film qu'on tourne est supposé raconter la conquête espagnole de l'Amérique, à partir du regard critique de Bartolomeo de Las Casas, le prêtre qui s'est rendu célèbre au XVI^e siècle pour avoir dénoncé les exactions des conquérants contre les Indiens. Mais dans le temps du tournage, par un bégaïement significatif de l'histoire, les Indiens réels (ceux qui font la queue pour la figuration, ceux qui sont utilisés aux tâches domestiques pour l'intendance du tournage) sont en train de mener un mouvement contre la privatisation de l'eau dans leur région. Et de ce mouvement, le meneur, Daniel, est celui qui joue le rôle du chef indien dans le film.

Organisant les manifestations, poursuivi par la police, violemment tabassé, emprisonné, il est racheté sous caution par le producteur qui a besoin de lui, pour la scène où les Indiens doivent être brûlés par les conquistadores. Mais quand la police, à l'issue du tournage de cette scène, vient le chercher pour le réentauler, c'est la cohorte des figurants qui s'interpose, et entre en rébellion pour empêcher son arrestation.

Dans ce moment de pleine actualité, où se rejouent au présent les gestes de l'oppression que le récit filmique prétend dénoncer dans le passé, ce qui nous trouble n'est pas seulement la répétition de l'histoire. C'est aussi l'équivalence entre les luttes menées aujourd'hui, au péril de leurs vies parfaitement méprisées par les pouvoirs en place, sur ces territoires de l'Amérique latine, par des populations en butte à la plus grande violence politique, et ce que nous pouvons pressentir d'un devenir du monde sur nos propres territoires.

Résister, c'est s'exposer à subir la violence. Et c'est

« L'émotion surgit de l'effet de multitude. »

.../...

«En quoi pourrions-nous nous sentir plus proches d'une "élite" politique de plus en plus ouvertement corrompue ?»

.../... sur ce point, précisément, que surgit un profond malentendu entre l'équipe occidentale et le groupe des Indiens de Bolivie. Ceux qui entrent en révolte sont parfaitement conscients que c'est leur vie qu'ils sont en train de jouer sur ce conflit autour de l'eau. Et dans le sens aussi bien de leur survie biologique que de leur dignité humaine. Pour les autres, l'eau est un bien dont l'accès, même limité par la double entreprise de globalisation et de privatisation, ne paraît pas à court terme intégralement menacé.

Mais si nous, spectateurs, sommes encore, par le simple fait de pouvoir payer une place de cinéma et d'être le public auquel ce film est destiné, plutôt du côté de l'équipe de tournage que du côté des figurants, nous sommes pourtant bien les figurants de l'acte suivant qui est en train de se jouer. Et s'il peut y avoir un sens au mot solidarité, c'est bien sur ce terrain commun qu'il peut apparaître : les plus éloignés de nous par l'espace, par la culture ou par le statut social, apparaissent au final, et c'est ce que montre le déroulement du scénario de ce film, comme les plus proches. Et cette question de la proximité est au cœur de ce qui peut constituer le politique.

Qui est « Nous » ?

A la question « Qui est "Nous" ? », des dirigeants politiques dévoyés tentent de donner une réponse discriminante par la définition de l'origine ethnique, des pratiques religieuses ou du fond culturel commun. Mais dans le temps même où s'énonce ce discours de « cohésion » nationaliste, les choix économiques de ceux qui le tiennent en font les ennemis de ceux auxquels ils s'adressent. Si nous pouvons éprouver la plus profonde solidarité pour des Indiens de Bolivie violemment réprimés pour avoir réclamé l'accès à l'eau, qu'éprouverons-nous pour des dirigeants européens vendus aux intérêts de Veolia, capables de privatiser EDF, et n'hésitant pas, sur notre propre territoire, à couper l'eau ou l'électricité à des familles que leur politique libérale de sabotage du droit du travail a réduites au chômage ?

Qu'avons-nous en commun avec un certain nombre de ceux qui, prétendant représenter l'intérêt collectif, votent des lois d'exception, en termes d'impôts et de retraite, pour les représentants eux-mêmes ?

En quoi pourrions-nous nous sentir plus proches d'une « élite » politique de plus en plus ouvertement corrompue, appelant à la fermeture des frontières dans le temps même où elle évacue ses capitaux, que des migrants, sans papiers parce que sans moyens, qu'elle s'obstine à renvoyer à la mer ou à la mort ?

De fait les politiques suicidaires du double-langage ultra-libéral sont nécessairement, par leurs contradictions mêmes, égarantes et non pas stimulantes. Et en ce sens, elles ne peuvent susciter que l'appui de mercenaires, pas l'enthousiasme de militants. Elles parlent le langage des avocats d'affaires, pas celui d'un peuple solidaire. Revenant à l'interprétation de Spinoza, l'économiste Frédéric Lordon en donne une implacable analyse : « En son fond, l'exclamation de l'entrepreneur se ramène à un "J'ai envie de faire quelque chose". Fort bien, qu'il le fasse. Mais qu'il le fasse lui-même – s'il le peut. S'il ne le peut pas, le problème change du tout au tout, et la légitimité de son "envie de faire" ne s'étend pas à une envie de faire faire. (...) C'est le problème de la participation politique à l'organisation des processus productifs collectifs et de l'appropriation des produits de l'activité commune qui est ici posé. »⁷

Le discours libéral, s'appuyant sur l'idée de la liberté d'entreprendre, paraît fonder sa légitimité sur une pensée du désir, et Lordon met en évidence l'étymologie même du terme spinoziste de « conatus » : le verbe latin « conor », qui signifie commencer puisque le *conatus* est à l'origine même de la vie, signifie aussi « entreprendre ». Il y a donc bien quelque chose de vital dans l'idée d'entreprise, et c'est sur cette dynamique énergisante que se fonde précisément le discours entrepreneurial qui sert d'affiche aux politiques néolibérales, et prétend fournir un modèle de toute vie sociale.

Mais Lordon désigne une véritable aporie de ce discours : le désir, au sens spinoziste du terme, n'a valeur de légitimation que s'il est fondamentalement éprouvé par un sujet comme source de son énergie. S'il peut donc y avoir coïncidence entre des désirs, et même potentialisation des désirs les uns par les autres (comme le montre l'enthousiasme de l'épopée ou le sentiment qu'on peut éprouver dans une action commune), en revanche, aucun désir, au sens vital que lui donne Spinoza, ne peut être imposé. Or le discours du désir entrepreneurial ne relève que du désir de l'entrepreneur, dont les actionnaires peuvent être les complices, mais dont les salariés ne sont que les instruments : « Le patronat est un *capturat* », écrit Lordon.

Une rhétorique de « sergents-recruteurs »

Pour que cette énergie du désir, qui prétend fonder le capitalisme néo-libéral, soit crédible, il faudra donc produire ce que Lordon appelle « un désir enrôlé » : la production, par la propagande, d'une rhétorique du désir vidée de toute substance. La mise au standard de ce qui ne devrait pouvoir se définir que par sa pluralité : « L'autre face – la face riante et enchantée – de l'utopie néo-

libérale voudrait plutôt prendre la forme d'une belle communauté spontanée d'individus identiquement désirants. C'est un fantasme qui n'est pas moins actif que celui de la liquidité dans les têtes des sergents-recruteurs du capital⁸. »

Cette rhétorique de « sergents-recruteurs » appelle de fait aussi une résistance. Mais il s'agit ici d'abord d'une résistance au discours : discréditer l'adversaire, c'est montrer l'absurdité de ses propositions, la vacuité de ses formules, le caractère toxique de ses projets. C'est précisément ce qu'ont voulu faire les « sergents-recruteurs » dans les années 80-90, en discréditant la pensée communiste au nom des crimes staliniens, en écrivant la légende dorée de la chute des blocs comme celle d'une libération, en qualifiant de mobilité la transformation des salariés en produits jetables, de ringards les discours de défense des droits, de juste déficitaires les organismes de Sécurité sociale, et, plus récemment, de « décomplexée » la destruction criminelle de toute forme d'espace public. Actuellement, l'écart entre l'ordre du discours et celui du réel recouvre exactement l'écart entre l'enrichissement du monde de la spéculation et l'appauvrissement du monde du travail, ces deux écarts recouvrant à leur tour le gouffre qui s'ouvre entre le peuple et ses représentants.

Mais c'est justement l'évidence de ces écarts qui rend possible la dénonciation du double langage, et pourrait permettre d'échapper à ses séductions. Il n'y a pas plus de rationalité dans la soumission aveugle aux lois du marché que dans l'application du modèle de gestion entrepreneurial à l'administration d'un service public. Et, si l'on considère comme logique l'adaptation des moyens aux fins avouées, il y a infiniment moins de logique à la privatisation des biens communs, qu'il n'y en eût à leur nationalisation.

Dans tous les cas et à tous les niveaux, comme l'écrit Frédéric Lordon à propos des décisions contraignantes prises par le Parlement européen pour imposer une politique de « rigueur » : « Trois ans après le déclenchement d'une crise entière-

ment due à la libéralisation générale, on n'en revient pas de cette extravagante rhétorique de l'obstination⁹. »

L'un des arguments majeurs de la défense du capital était cette ambition de rationalisation de la vie économique dont l'organisation industrielle était le modèle. Et face à cela, toute opposition était présentée comme une régression, la manifestation sentimentale d'une nostalgie désuète.

A l'heure où, dans le domaine du soin en particulier, apparaissent des intérêts bien peu scientifiques derrière les prescriptions, et des effets bien peu rationnels derrière le « tout économique », il devient beaucoup plus crédible de proposer le modèle de ce qui pourrait être, en termes réels d'accès aux soins, un progrès.

C'est aussi à cette épopée-là que nous sommes conviés.

A Sétif, le 8 mai 1945, les Algériens qui manifestaient, le jour même de la Libération française, pour réclamer leur indépendance aux Français juste libérés de l'occupation nazie, étaient massacrés. Sur les mêmes territoires d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient, les luttes actuelles s'affrontent à nouveau à la violence des pouvoirs. Mais le phénomène de la globalisation, plus encore que celui de la colonisation, nous interdit d'ignorer que, sur les territoires occidentaux, nous combattons désormais les mêmes puissances destructrices. ■

« Cette rhétorique de "sergents-recruteurs" appelle de fait aussi une résistance. »

1. Françoise Proust, *De la Résistance*, Cerf, 1997, p. 117.

2. Laurent Bove, *La Stratégie du conatus, Affirmation et résistance chez Spinoza*, Vrin 1996, p.14.

3. *Ibid*, p. 17.

4. *Ibid*, p. 242.

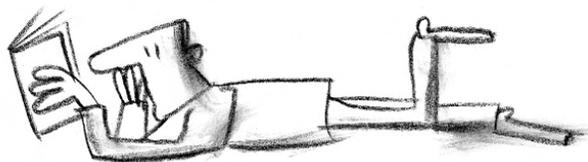
5. *Ibid*, p. 256.

6. *Ibid*, p. 140.

7. Frédéric Lordon, *Capitalisme, désir et servitude*, La Fabrique, 2010, p. 19.

8. *Ibid*, p. 112.

9. Frédéric Lordon, « Extension du domaine de la régression », in *Le Monde diplomatique*, avril 2011, p. 16.



Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

— **Lorraine Data, *Le Grand Trucage. Comment le gouvernement manipule les statistiques*, La Découverte, 2009**

Lorraine, comme la croix synonyme de liberté, data, comme données, c'est sous ce pseudonyme que des fonctionnaires de la statistique soumis au droit de réserve osent écrire comment leur travail est manipulé.

Il existe un décalage entre ce que nous observons dans nos cabinets médicaux et ce que les journalistes publient, avec ce livre nous comprendrons mieux ce qui se trame avec ces enquêtes statistiques.

En mettant à la tête du Haut commissariat aux solidarités actives contre la pauvreté Martin Hirsch, issu d'Emmaüs, Nicolas Sarkozy ne se trompe pas : il change les indices de la mesure de la pauvreté pour qu'elle se réduise, instaure le RSA moins avantageux que le RMI pour un célibataire, sans compter que le RSA n'incitera pas le patronat à augmenter les bas salaires, que l'évaluation de l'impact sur la reprise de l'emploi n'a été effectué que sur une période courte avec des zones témoins qui ne relèvent pas du hasard.

Sont aussi passés en revue les chiffres de l'évaluation de l'éducation, la justification dangereuse de la « base élève », le travailler plus pour gagner plus, la falsification des chiffres de l'emploi et du chômage, le camouflage du pouvoir d'achat, plus grotesque la communication sur les chiffres de l'immigration.

Quant aux statistiques de la délinquance, comment faire baisser leurs chiffres et augmenter les résultats d'élucidation, ainsi « la statistique policière devient un outil de contrôle administratif interne et de communication politique externe ». Cela ressemble fort à de la propagande, de quoi préparer les prochaines élections.

Un livre à lire par tous les citoyens pour mieux décortiquer la politique du gouvernement. Il conduit les auteurs à conclure « ces réformes visent deux objectifs intimement liés : réduire le nombre de fonctionnaires et placer ceux qui restent sous le contrôle total du pouvoir politique. » —

Yveline Frilay

— **Denis Robert, *La domination du monde*, Julliard, 2006**

Une histoire qui se lit comme un thriller. Quand on a commencé, on ne peut plus s'arrêter.

En toile de fond, l'affaire Clearstream... Presque un écrit autobiographique.

Kleber, un journaliste indépendant propose à son ami psychanalyste d'écrire à sa place son enquête sur la « Shark Company » et révéler, sous la forme d'un roman, les outils et les méthodes de ces grands financiers. Une plongée dans les dessous sales du milieu des affaires : système financier dévoyé, comptes non publiés, système d'effacement de traces de transactions, double-comptabilité, hébergement de banques mafieuses...

L'auteur, Denis Robert est un bel exemple de Résistance ! En février 2011, après dix ans de procédure, Clearstream perd tous les procès contre Denis Robert suite à la décision de la Première Chambre Civile de la Cour de cassation, se fondant sur l'article 10 de la Cour européenne des Droits de l'Homme. Ces procès concernaient les pièces essentielles de l'enquête révélées dans les livres et les films du journaliste écrivain. La Cour de cassation a explicitement reconnu « l'intérêt général du sujet » et le « sérieux de l'enquête » de Denis Robert.

« J'en savais beaucoup et je ne voulais pas me taire. Je restais persuadé que les juges de la Cour d'appel ne m'avaient pas jugé comme il le fallait au vu des éléments du dossier. L'appui de mes amis du comité et des mille huit cent quatre-vingt six personnes ayant soutenu ce qui devenait un combat de longue haleine ont été déterminants. C'est une victoire ! Clearstream ne pourra plus faire comme avant... » —

Sylvie Cognard

Suite à la victoire de Denis Robert, tous ses films et ses livres sont désormais réédités. A noter aussi : un nouveau livre *Tout Clearstream*, aux éditions des arènes. Une bd, le 3^e tome de *L'affaire des affaires, Clearstream, la Manipulation*, chez Dargaud. Une exposition « Paris-Luxembourg, une équation du monde », en simultané dans deux lieux.



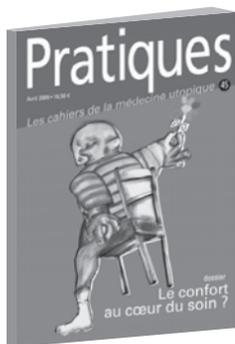
Numéros disponibles

Numéros à 12,20 € (sauf le numéro double 14/15) + 1,50 € de frais de traitement

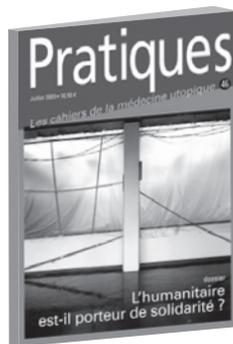
- | | | |
|--|--|--|
| N° 1 : La société du gène | N° 11 : Choisir sa vie, choisir sa mort | N° 19 : La vieillesse, une maladie ?
(épuisé) |
| N° 2 : La souffrance psychique
(épuisé) | N° 12 : L'information et le patient | N° 20 : La santé des femmes |
| N° 3 : Penser la violence | N° 13 : La médecine 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 (épuisé) |
| N° 10 : Folle psychiatrie | | |

Numéros à 14 €, 16 € et à partir du numéro 43 : 16,50 € + 1,50 € de frais de traitement

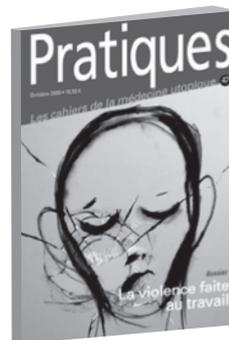
- | | | |
|--|--|--|
| N° 28 : Les pouvoirs en médecine | N° 36 : La place de sciences humaines
dans le soin (épuisé) | N° 41 : Redonner le goût du
collectif |
| N° 29 : Réforme de la Sécu : guide pratique de la résistance | N° 37/38 : Des normes
pour quoi faire ? (épuisé) | N° 42 : Les couples infernaux
en médecine |
| N° 30 : Les sens au cœur du soin | N° 39 : Comment payer
ceux qui nous soignent ? | N° 43 : Réécrire le soin,
un pari toujours actuel |
| N° 31 : Justice et médecine | N° 40 : Les brancardiers
de la République | N° 44 : Parler et (se) soigner |
| N° 32 : Le temps de la parole | | |
| N° 33 : L'envie de guérir | | |
| N° 34 : Autour de la mort, des rites à penser | | |
| N° 35 : Espaces, mouvements et territoire du soin | | |



N° 45 : Le confort au cœur du soin - 16,50 €



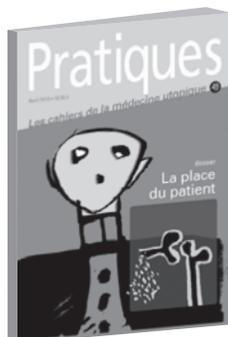
N° 46 : L'humanitaire est-il porteur de solidarité ? (épuisé) - 16,50 €



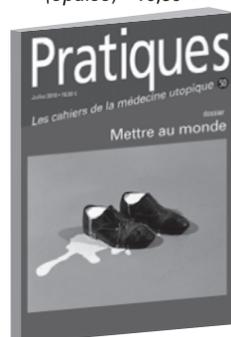
N° 47 : La violence faite au travail - 16,50 €



N° 48 : L'enfermement - 16,50 €



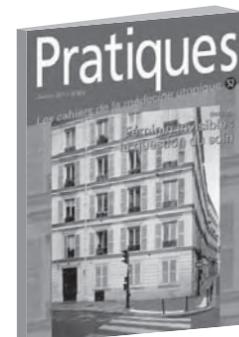
N° 49 : La place du patient - 16,50 €



N° 50 : Mettre au monde - 16,50 €



N° 51 : Que fabriquent les images ? - 16,50 €



N° 52 : Féminin invisible : la question du soin - 16,50 €

Il est possible d'acheter les numéros 2, 16, 17, 19, 27, 36, 37-38 et 46 épuisés sous forme de fichier .pdf, vous pouvez pour cela soit les acheter en ligne via notre site, soit télécharger le bon de commande sur notre site à l'adresse : www.pratiques.fr/bulletin-de-commande-des-numeros.html et de nous le renvoyer avec votre règlement.

Nom Prénom

Profession

Adresse

Code postal Ville

Tél. Fax

E-mail



Chère abonnée, cher abonné,

Vous disposez ici de la version électronique de votre abonnement à Pratiques.

Deux conseils, pour vous en faciliter l'usage.

1) Dans cette version, les articles sont indexés par thème.

Vous trouverez à la page suivante un sommaire-index des mots-clés utilisés, indiquant, pour chacun de ces mots-clés, les N° de page des articles dont ce mot-clé caractérise un des thèmes principaux.

Pour vous rendre facilement à cette page, il vous suffit de cliquer sur le N° de page.

Pour revenir au sommaire-index, tapez 98 dans le marque pages de la barre des tâches. Vous pouvez aussi cliquer sur l'icône « Signet », située juste au-dessous de l'icône « Page », à gauche, en haut, sous la barre des tâches : elle vous conduira à la mention : « Index page 98 », qui vous y dirigera immédiatement.

En laissant continuellement affiché ce signet sur la partie gauche de votre écran, vous pouvez commodément passer du sommaire-index à l'article désiré, et réciproquement.

Alternativement, tapez dans le moteur de recherche de votre lecteur de pdf le début du mot clé figurant au sommaire index page 98, précédé de la marque de paragraphe §. D'occurrence en occurrence, vous vous déplacerez ainsi d'un article au suivant, pour ce même mot clé.

2) 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 des mots clés

Mot Clé	Page	§Enfermement	49			§Protocole	78
§Accès au droit	29	§Ethique	52	§Maisons de santé	26		
	86	§Etranger	49			§Psychiatrie, santé mentale, psychiatrie de secteur	18
§Accès aux soins	29	§Etrangers malades	56	§Maladies professionnelles, santé au travail, accident du travail	24		64
	58	§Expertise psychiatrique	30		44		66
§Accueil, ouverture, disponibilité	51	§Femme, Condition féminine, Droit des femmes	26		68		72
					86		80
§Adolescent, Jeune	44	§Financement	32	§Maltraitance	16	§Réforme	34
					24		
§Alimentation, troubles de l'alimentation, obésité	65	§Formation initiale, Formation continue	42	§Management, productivité, intéressement	14	§Réseau de soins, réseau de santé	66
§Arrêt de travail	24		48		64	§Résistance	14
			50		64		38
§Assurance maladie, Sécurité sociale	58		52	§Manipulation	22		48
			65		74		72
§Assurances	32	§Frontières, circulation	54	§Marché	32		90
§Citoyenneté	12	§Gouvernement, politique, démocratie, Etat	16	§Médecin généraliste, médecine générale	44	§Ressenti, émotion	28
§Collectif	16		18		71		38
	26		46	§Médecine du travail	24		40
	42		76		68	§Retraite	34
	84		80	§Médicament, firmes pharmaceutiques	22		
§Conflit d'intérêts	22	§Handicap	86		42	§Revenu, Rémunération soignants, à l'acte, forfaitaire, T2A	52
	30	§Histoire de la médecine	46		48	§Santé publique	78
	65	§Hospitalisation, hospitalisation d'office/irresponsabilité pénale	18	§Mondialisation, OMC	6	§Secret professionnel, secret médical	60
	74		66	§Normes	38		64
§Consultation	68	§Immigration, Sans papiers	54		40		
	71		56	§Ordre des médecins	30	§Service public, Fonction publique	28
§Contraception	46	§Inégalités, Exclusion sociale	12	§Orthophoniste	40	§Société	46
§Contre-pouvoir	48		38	§Pénibilité	34	§Solidarité	32
	6		60		68		90
§Corruption, lobbying	22	§Jeu, création, invention	40	§Pouvoir	76	§Souffrance au travail, harcèlement	12
	74	§Justice	18	§Pratique médicale	52		14
§Double-langage	90		30		58	§Subjectivité	66
§Droit du travail	86		49		71	§Suicide	14
			80		72	§Surveillance, contrôle, fichage	56
§Droit, législation - Naturaliser	29		6	§Prescription	42		60
	54	§Kiné	51		58		80
	56	§Langage	64		71	§Tactique	76
§Droits de L'Homme, discriminations	49	§Luttes sociales, contestation	12	§Prévention	60		90
	54		76		65	§Travail, Conditions de travail	28
	84		90	§Protection sociale	32		34
§Droits des patients, information	72			§Protocole	28	§Violence	16
	80						
§Ecoute, empathie, Relation soignant soigné	44						
	50						
	51						
	71						
§Enfant, Périnatalité	26						

Ce travail collectif, élaboré par des praticiens et par des chercheurs, rend compte de la révolte et de la résistance chez les soignants comme chez les patients et les usagers de la médecine ; mais aussi, dans tous les lieux (de travail, d'éducation, de service public) affrontés aux destructions politiques aujourd'hui à l'œuvre. Face à l'intimité des problèmes de santé et contre la dégradation des politiques publiques, ce numéro veut impulser le sens d'une résistance collective.

Dans cette perspective, la question de la solidarité est centrale. Les récentes réglementations discriminatoires, à l'encontre des étrangers, à l'encontre des personnes incarcérées, ou à l'encontre des patients suivis en psychiatrie, font passer pour légales des mesures que nous dénonçons comme illégitimes. Et les soignants, comme les citoyens en général, s'exposent eux-mêmes aux représailles en défendant le droit des personnes.

Notre réflexion n'appelle pas seulement au refus et à la résistance, mais, de façon plus positive, à la riposte.

Prochain numéro : Quelle formation pour quelles infirmières ?



9 782919 249022

Prix : 16,50 €

ISBN 978-2-919249-02-2

ISSN 1161-3726

Pratiques

Avril 2011 • 16,50 €

Les cahiers de la médecine utopique

53



dossier

Résister pour soigner

Pratiques

Les cahiers de la médecine utopique

Une revue pour comprendre et agir

Les lieux de soins sont parmi les rares espaces où les individus peuvent encore, aujourd'hui, porter plainte et tisser des liens. Ce sont aussi des lieux où notre société se met à nu et révèle l'ampleur de ses dysfonctionnements.

Depuis ses débuts en 1976, *Pratiques* essaie de repérer, décrypter, analyser les différentes dynamiques à l'œuvre dans le soin et la santé.

Jamais la médecine et son objet – la maladie – n'ont été autant au carrefour du social, du politique, de la philosophie, de l'anthropologie et même de l'art. Les colonnes de *Pratiques* sont ouvertes aux acteurs de la santé, aux professionnels des sciences humaines, aux associations d'usagers, les invitant à partager avec nos lecteurs des points de vue inédits, toujours fructueux. Cette dynamique permet à *Pratiques* d'occuper une place particulière dans le paysage des revues. Elle propose une réflexion à partir d'expériences croisées. Et l'objet de ces réflexions, le soin et la santé, concerne tous les citoyens de ce pays.

Certaines avancées techniques fulgurantes bouleversent le soin sans même avoir été pensées ou réfléchies par les soignants et les soignés qui les utilisent. *Pratiques* interroge cette médecine des organes et invite à une médecine du sujet.

Pratiques commente les décisions politiques en matière de soin et soutient celles qui allient le débat contradictoire public, l'indépendance d'expression et le souci de l'intérêt général.

Pratiques analyse les mécanismes qui conduisent aujourd'hui à des dysfonctionnements, montée du scientisme, de la bureaucratiation, de l'augmentation des inégalités sociales de santé.

Pratiques s'intéresse aussi aux industries pharmaceutiques et biomédicales qui trop souvent imposent leurs produits et machines selon la seule logique mercantile.

Alors que depuis 2007 s'est ouvert un nouveau cycle pour la revue, nous pensons plus que jamais que :

- L'espace du soin est l'un des derniers lieux possibles de liberté et de subversion ;
- La fonction de soignant consiste d'abord à se poster en sentinelle à l'écoute du sujet et de la société souffrants ;
- Mieux comprendre ce que nous faisons ensemble, soignants et soignés permet de mieux agir sur le plan humain comme sur le plan scientifique.

Forte de ces convictions, la revue *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique* mène une réflexion critique ambitieuse, indépendante et constructive. ■

Pratiques n° 53 – Avril 2011

Résister pour soigner

Pratiques, les cahiers de la médecine utopique est édité par *Les éditions des cahiers de la médecine utopique*, dont la présidente est Anne Perraut Soliveres.

Directrice de la publication : **Elisabeth Maurel-Arrighi**

Directrice de la rédaction : **Anne Perraut Soliveres**

DOSSIER

Rédacteurs en chef : **Sylvie Cognard, Martine Lalande,**

Rédaction : **Chandra Covindassamy, Sylvie Simon**

Pôle philo et sciences humaines : **Christiane Voltaire**

MAGAZINE

Rubrique *Actu* : **Marie Kayser**

Rubrique *Santé mentale* : **Eric Bogaert**

Rubrique *Santé au travail* : **Noëlle Lasne**

Comité de lecture : **Christian Bonnaud, Jean-Luc Bousard,**

Mireille Brouillet, Bernard Coadou, Martine Devries, Patrick

Dubreil, Françoise Ducos, Monique Fontaine, Yveline Frilay,

Jean-Louis Gross, Christian Jouanolou, Sylvie Lagabrielle,

Guillaume Lecarpentier, Philippe Lorrain, Evelyne

Malaterre, Claire Martin, Didier Ménard, Didier Morisot,

Dominique Pelegrin, Magali Portier, Yolande Rousseau,

Cécile Supiot, Pierre Volovitch

Responsable du site : **Lucien Farhi**

Photos de couverture et dossier : **Manuela Marques**

Conception graphique : **Safia Ounouh, Eloi Valat**

Secrétaires de rédaction : **Marie-Odile Herter**

Secrétariat, relations presse, diffusion : **Marie-Odile Herter,**

Lola Martel

Gestion : **Lucien Farhi**

Imprimerie : **Imprimerie Chirat**

744, rue Saint-Colombe, 42540 Saint-Just La Pendue

tél. 04 77 63 25 44 – e-mail : pao@imp-chirat.fr

Revue trimestrielle

Rédaction et abonnements :

tél. 01 46 57 85 85 – fax 01 46 57 08 60

e-mail : revuepratiques@free.fr

www.pratiques.fr

52, rue Gallieni, 92240 Malakoff – France

Dépôt légal : 2^e trimestre 2011

Commission paritaire n° 1010G83786

ISSN 1161-3726 – ISBN 978-2-919249-02-2

Toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, de la présente publication, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite (article L 122-4 du Code de la propriété intellectuelle) et constitue une contrefaçon.

L'autorisation de reproduire, dans une autre publication (livre ou périodique) un article paru dans la présente publication doit être obtenue après de l'éditeur (Les Editions des cahiers de la médecine utopique, adresse ci-dessus).

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre Français d'exploitation du droit de Copie (CFC) – 20 rue des Grands Augustins – 75006 Paris – Tél. 01 44 07 47 70 – Fax 01 46 34 67 19.