

Bonjour

Les élections médicales ont eu lieu en juin. Depuis les années 60, les médecins étaient représentés par l'Association belge des syndicats médicaux (ABSyM), notamment au sein de la commission médico-mutualiste chargée de déterminer les coûts et remboursements des soins. Bâtie sur la défense professionnelle, l'ABSyM a imprimé depuis trente ans une tournure budgétaire et hospitalocentriste aux débats de politique de santé. Ce monopole de la représentation médicale reposait sur des bases historiques et jamais une élection syndicale ne l'avait légitimé. Le scrutin de juin a dissipé les mythologies et révélé que les généralistes et nombre de spécialistes ne se reconnaissent pas dans l'ABSyM. Dans quelle direction les nouveaux rapports de force issus des élections vont-ils orienter notre système de soins ? Que peuvent en attendre les usagers ? Pierre Drielsma en analyse résultats et enjeux en page 2.

Il n'est pas très zen, Dragon Ball Z ! On peut même dire qu'il casse la baraque et l'audimat des tranches télévisées « enfants ». Fabriqué en trois coups de crayon, ce monstrueux bambin imbibe les écoliers de sa percutante philosophie : je suis petit et tous les autres sont des méchants, à moi les super-pouvoirs que je leur flanque la tripotée ! Pas facile, quand on a dix ans et qu'on rêve d'en remonter à ceux de onze qui font la loi, d'échapper au charme de l'identification. Avoir un regard critique sur la télévision et sur la publicité c'est toute une éducation. Une éducation qui a à voir avec la santé communautaire. Pour en savoir plus, zappez en page 5.

La Roumanie, pour beaucoup, c'était Dracula, les Carpathes, les romans de Jules Verne... Plus tard, ce furent Ceaucescu, les réfugiés, les atrocités, l'élan de solidarité de l'opération Villages roumains. Aujourd'hui le pays

se cherche. Comment dans ce contexte s'organisent les soins de santé ? Marc Jamouille a interrogé Marinella Olariou, présidente de la Société nationale de médecine générale en Roumanie (page 7).

Tout le monde a son avis sur « les tox ». Il faut les soigner, ou les embastiller, ou les comprendre, il leur faudrait une bonne guerre... Pascale Jamouille, jeune impertinente ô combien pertinente, a retourné le micro et demandé aux usagers de drogues comment il voyaient leurs médecins. On n'est pas obligé d'allumer un pétard pour planer sur leurs réponses en page 9.

« Il se confirme que l'absentéisme... est à ranger dans le cadre de la lutte des classes comme une forme de résistance et de rébellion inorganisée des ouvriers » écrivait Jean Carpentier en 1974 dans Tankonalasanté. Un quart de siècle plus tard, le climat social a changé mais Marc Ferro peut sans peine actualiser cette opinion. La part du social dans la maladie, la part de la médecine dans le contrôle social, la destruction des milieux de vie et les pathologies de société l'amènent à s'interroger : entre gouvernements, science, technique, économie, droit, ne convient-il pas de revisiter les compétences et les pouvoirs ? Présentation de son livre « Les sociétés malades du progrès » en page 16.

Quand on suggéra un cahier sur les soins palliatifs à domicile, il y eut un silence à la rédaction de Santé conjugulée. J'éprouvai ce blocage respiratoire fugace, caractéristique du moment où l'on reprend son souffle pour annoncer l'inéluctable. Mais aussitôt me revint l'intensité des moments passés à accompagner le malade et sa famille à l'approche de la mort. La qualité des textes du colloque d'Orphéo acheva de nous décider à réaliser ce cahier. Ce

choix ne fut pas que subjectif. Les soins palliatifs à domicile amorcent le virage ambulatoire : la réappropriation de leur santé par les gens est réappropriation de leur vie et de leur mort aussi. Outre l'habitude culturelle récente de confier la fin de vie aux médecins, un obstacle à cette réappropriation est financier : mourir à domicile coûte globalement moins cher qu'à l'hôpital, mais les montants à charge du patient sont prohibitifs, la sécurité sociale intervenant peu pour le domicile. Enfin, les soins palliatifs cristallisent le besoin de globalité et de transversalité trop souvent négligé au profit de la spécialisation pointue et étroite. Famille, garde-malade, infirmier, médecin, service de repas à domicile, voisin, hôpital, etcetera, tous ont intérêt à collaborer tant pour le bien du patient que pour l'accomplissement de leur objectif professionnel strict. Le sommaire du cahier est en page 24.

Santé conjugulée n°7 abordera l'approche interculturelle de la santé et des soins. L'universalité de notre science est-elle mise en question par le cosmopolitisme des patientèles ? Les valeurs véhiculées par notre médecine peuvent-elles rencontrer la plainte d'outre-culture ? La rencontre des différents modes d'être - et d'être souffrant - sera-t-elle un affrontement ou un échange ? Ce sont les questions que nous avons posées à des soignants de première ligne, des ethnopsychiatres, des sociologues... Chacun y répondra avec ses compétences, mais surtout avec son expérience.

Bonne lecture.



Ils ont votés... et après ?

Pierre Drielsma, médecin généraliste

•••••

Historique, encore et toujours

L'histoire du syndicalisme médical belge est fondamentalement marquée par une césure d'importance : l'avant et l'après grève de 64. Le syndicalisme avant 64 était reptilien, il se caractérisait par une unité du corps médical encore peu envahi par l'extension de la spécialité. Il se chauffait au soleil d'une représentation ronronnante. Le syndicat de cette époque révolue s'appelait la Fédération médicale belge (FMB).

L'après 64 entame l'ère des mammifères, le syndicalisme devient guerre de mouvement. Bluff et menace sont les maîtres mots du jeu syndical. André Wynen qui deviendra le leader incontesté des Chambres syndicales (ABSyM et VAS) manie le bâton et la carotte avec un art consommé. Le politique terrorisé par la grève de 64 cédera plus souvent qu'à son tour aux ukases des Chambres syndicales.

Les oppositions seront progressivement muselées. Ne restera face aux Chambres syndicales que la Confédération des médecins belges, CMB composée du Groupement belge des omnipraticiens, GBO, de son pendant néerlandophone le VBO, Vereniging van belgische omnipratici et de l'ASGB, Algemeen syndicaat geneesheren van België, héraut d'un syndicalisme néerlandophone qui ne veut pas s'en laisser compter par les grosses pointures francophones (Wynen, Farber, De Toeuf). Ce mariage de la carpe généraliste avec le lapin à la flamande tanguera souvent sans jamais divorcer.

Les sièges des syndicats à la convention médico-mutualiste connaîtront de

nombreuses répartitions toujours favorables aux Chambres syndicales. Ainsi la dernière répartition officielle était de huit sièges pour les Chambres et trois sièges pour la CMB. Par des manoeuvres de débauchage peu reluisantes, les chambres parviendront à soustraire le troisième siège de la CMB. Ce qui conduira au rapport de force que nous avons connu jusqu'aux dernières élections, soit neuf sièges pour l'ABSyM et deux sièges pour la CMB.

C'est alors que la base généraliste commence à comprendre que l'unité du corps médical est un leurre que le VBO quitte la Confédération pour conquérir seul sa place au soleil généraliste flamand. Il change de nom et s'appelle dorénavant SVH (Syndicaat van vlaamse huisartsen).

Quand les élections se profilent enfin, le SVH souhaite deux collèges (collège de spécialistes, collège de généralistes), mais aussi deux zones linguistiques qui lui permettraient de se présenter seul en Flandre. La ministre de Galan préfère garder une seule circonscription bilingue. Le SVH, pour pouvoir se présenter aux élections, doit alors s'allier avec un des deux syndicats représentatifs (ABSyM ou CMB). Une alliance avec l'ABSyM, fossoyeur de la médecine générale, serait peu crédible. Il choisit de retourner chez ses anciens alliés de la CMB. Ainsi se constitue le Cartel alliance de la CMB (GBO+ASGB) et du SVH. Le SVH reste à part et compte bien faire entendre sa différence.

•••••

Quels enjeux ?

Les élections syndicales devaient vérifier la légitimité de la représentation

médicale vieille de plus de vingt ans. Surtout, il s'agissait pour les généralistes de se compter et d'afficher haut et clair la faiblesse de l'ABSyM dans le collège des généralistes. Une ABSyM affaiblie devra faire des concessions pour préserver son discours unitaire et ne pas perdre les sièges généralistes qui lui restent. Un meilleur rapport de force oblige les politiques à tenir compte du syndicat minoritaire (mais majoritaire chez les généralistes).

Victoire. Au terme des élections syndicales de juin 98, les chambres syndicales (ABSyM) perdent leur monopole de fait de la représentation médicale. Si elles conservent la majorité globale (65 %) et une écrasante majorité dans le collège des spécialistes (89 %), par contre elles essuient une sévère défaite dans le collège des généralistes où elles n'obtiennent que 39 % des voix.

Le Cartel dans le système équilibré (le gâteau 4/4 de la médico-mutualiste) pèse 35 % et l'ABSyM 65 %. On ne s'étonnera pas que les membres du Cartel pleurent l'injustice passée, un passé où ils ne disposaient que de deux sièges sur onze soit 18,2 % à la place de 35 % mérités. Comme disait René Char, il arrive de loin en loin que le réel « désaltère l'espérance ». Ni le gouvernement, ni la presse ne pourront désormais nier que le représentant légitime des généralistes, tant du côté flamand que du côté francophone, est le Cartel composé de la Confédération des médecins belges (CMB) et du Syndicaat van vlaamse huisartsen (SVH).

Ces résultats montrent que l'ABSyM est un syndicat qui donne une relative satisfaction à la grande majorité des spécialistes, mais qui a abandonné les

généralistes sur le bord de la route. Déjà un sondage préélectoral montrait que les jeunes généralistes soutenaient plus le Cartel, tandis que les anciens, qui avaient vécu les années fastes de la médecine générale penchaient plus volontiers pour l'ABSyM.

En convention médico-mutualiste, l'ABSyM disposera de sept sièges sur douze, le Cartel de cinq sièges, soit une quasi parité ce qui est inespéré (le siège spécialiste était loin d'être acquis au Cartel). Dans les commissions qui concernent directement les généralistes, le Cartel sera majoritaire ce qui permettra de débloquent maints dossiers. Une nouvelle ère s'ouvre pour la médecine générale dans ce pays.

peuvent se réjouir. Les sondages le montrent, les témoignages des patients nous confortent : ils souhaitent des soins ambulants de préférence aux soins hospitaliers, préfèrent la médecine globale à la médecine émietlée. Plutôt une médecine moins chère mais mieux remboursée qu'une médecine coûteuse et sous remboursée. La modification du rapport de force, et le renforcement d'un pôle spécifique des généralistes sera un facteur favorisant des réformes et d'un bon virage ambulatoire.

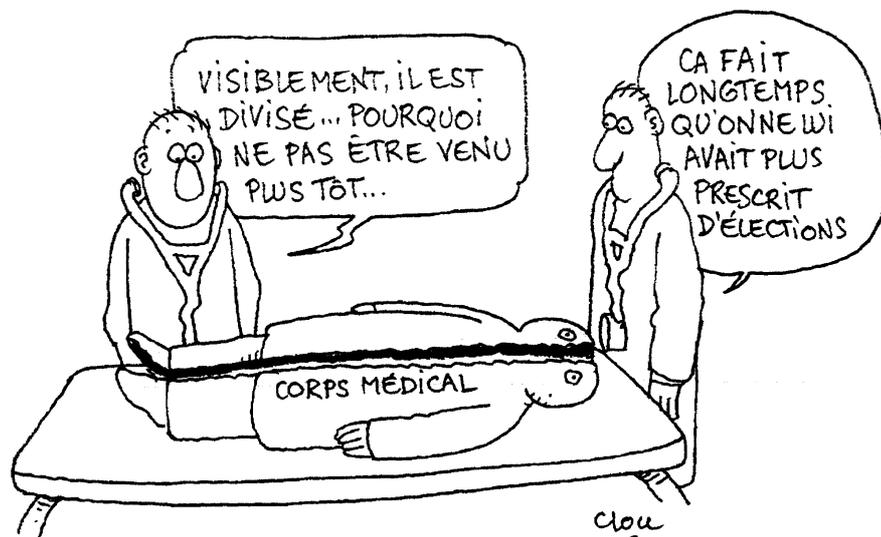
Le gouvernement, comme chacun le sait est divisé. Il est clair que Marcel Colla préfère discuter avec un syndicat (le Cartel) soucieux d'engager les réformes et de développer une médecine

doit se réjouir d'avoir suivi de bons conseils.

Le problème est que ce sera le prochain gouvernement qui gèrera notre victoire, et nous ne savons rien de celui-ci sauf que le parti socialiste serait instamment prié d'abandonner les affaires sociales.

Les mutuelles : l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes, alliée historique des Chambres syndicales, ne peut se réjouir. Rob van den Oever, anti-généraliste patenté regrettera les majorités automatiques de l'ancien système. Cependant, il existe des forces plus progressistes aux sein des mutualités chrétiennes, peut être pourront-elles enfin donner de la voix. C'est d'ailleurs dans leur intérêt bien compris de mutuelles responsabilisées.

L'Union nationale des mutualités socialistes qui durant les années du docteur Leburton avait été un adversaire résolu des Chambres et l'avait payé fort cher, s'était recentrée sur un profil plus neutre et collaborationniste. Il leur faudra de nouveau ajuster leur stratégie. Il est probable que l'aile francophone de la mutualité socialiste tenant compte du meilleur score de l'ABSyM au sud du pays poursuivra vaille que vaille un dialogue pourtant peu fructueux socialement. Du côté flamand, le Cartel ne pourra être ignoré en particulier pour l'organisation des soins ambulatoires.



•••••
Q'est-ce que ça va changer ?

Cela dépend. Selon que vous serez puissant ou misérable vous verrez l'événement dans l'une ou l'autre couleur.

Les usagers de la santé dans l'ensemble

éthique et efficiente. Inversement, le parti socialiste francophone s'était habitué aux monologues à deux avec le Dr Detoef dans l'espoir louable d'éviter la scission de la sécurité sociale. En toutes hypothèses, le premier Ministre Dehaene se méfiait des élections craignant que l'ABSyM fit un tabac, il

Le patronat a, à plusieurs reprises, apporté de l'eau au moulin ambulatoire. On peut espérer qu'il osera appuyer résolument la réforme évidente du point de vue du coût du travail, mais qui les oblige à rompre avec une solidarité interpersonnelle de classe (dominante) et avec le puissant secteur médico-industriel (pharmacie, appareillage)

• Ils ont votés... et après ?
 • (suite)
 •
 •
 •
 •
 •
 •
 •
 •
 •

champion des plus-value boursières.

Pour les syndicats interprofessionnels, l'option est encore plus simple, car l'« avant garde éclairée » (c'est-à-dire nous bien sûr !) des soins ambulatoires est politiquement proche d'eux et très perméable à une reconversion en douceur du personnel hospitalier vers notre secteur.

En fait d'enjeu, il n'y en a qu'un mais il est de taille : **pour ou contre la réforme**. L'ABSyM pèse sur le frein et le Cartel sur l'accélérateur. Belges encore un effort : l'autocar de la réforme va enfin démarrer et négocier son virage (ambulatoire ça va de soi).

•••••
Schéma de l'évolution des associations des syndicats de médecins

ABSyM : Association belge des syndicats médicaux ; syndicat successeur des Chambres syndicales fondé par le Dr Wynen et cornaqué par le Dr De Toeuf puis le Dr Moens.

ASGB : Algemeen syndicaat geneesheren van België. Syndicat purement flamand mais trans-collège (médecine générale et médecine spécialisée).

Cartel : union électorale de la CMB (GBO + ASGB) et du SVH. Représente l'opposition à l'ABSyM. Le Cartel représente en fait intégralement la CMB de la première phase (faire et défaire c'est toujours travailler). Le projet du Cartel se trouve dans son programme. Il est clair qu'il souhaite un rééquilibrage vers la médecine générale et un partage défini des tâches (plus de complémentarité et moins de concurrence).

Chambres syndicales des médecins : syndicat de combat fondé à Liège, mais phagocyté par le Dr Wynen qui en fera une arme redoutable. Elle connaîtront une scission fameuse, entre le Dr Henrard et le Dr Wynen. L'échec de la grève du Dr Henrard conduira à la réunification des deux chambres.

CMB : Confédération des médecins belges. A connu deux phases : tout d'abord union du GBO-VBO et de l'ASGB. Depuis la défection du VBO (devenu SVH), elle ne comprend plus

que le GBO et l'ASGB.

FMB : Fédération médicale belge. Ancien syndicat unitaire des médecins, s'est sabordée peu après la grève de 64.

GBO : Groupement belge des omnipraticiens, successeur de l'UBO. Défend la médecine générale envers et contre tout.

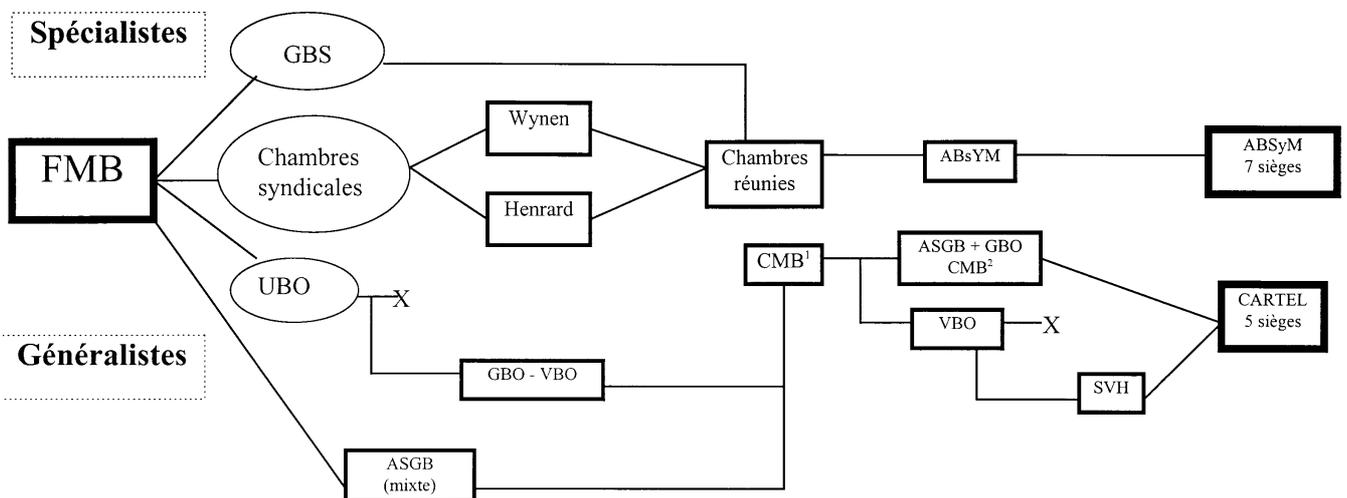
GBS : Groupement belge des spécialistes. Incorporé aux Chambres syndicales.

SVH : Syndicaat van vlaamse huisartsen. Syndicat successeur du VBO membre du cartel.

UBO : Union belge des omnipraticiens. Ancienne Union professionnelle des médecins généralistes, s'est sabordée peu après la grève de 64.

VAS : pendant néerlandophone de l'ABSyM.

VBO : Vereniging van belgische omnipratici ; aile flamande du GBO-VBO. A quitté la CMB pour vivre seul sous le nom de SVH.



Dragon Ball et l'éducation à la santé

Interview d'Annick Clijsters, assistante sociale à la maison médicale Norman Bethune

Le service animations de la maison médicale Norman Bethune (Bruxelles) a réalisé huit dessins animés (courts métrages) avec les enfants des écoles du quartier. Une intervention en éducation à la santé sur laquelle Santé conjugée a voulu en savoir plus long en interrogeant Annick Clijsters, une des deux responsables du projet avec Sophie Fievet.

● **Santé conjugée : Annick Clijsters, vous êtes chargée du service animation à la maison médicale Norman Bethune, quel est l'objectif que vous poursuivez ?**

Annick Clijsters : Dans le quartier du vieux Molenbeek, il y avait une demande de la part des partenaires d'intervenir en éducation à la santé au niveau des jeunes. Jusque là, rien ne se faisait dans ce domaine. Nous avons donc mis sur pied depuis quelques années des animations d'éducation à la santé, au départ dans les associations socioculturelles puis petit à petit dans les écoles dans le but de responsabiliser les jeunes afin qu'ils soient capables de choisir un comportement adéquat pour maintenir leur état de santé adapté à leur histoire socio-culturelle et affective.

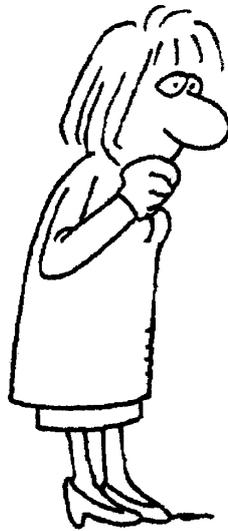
● **C'est ainsi que l'année passée vous avez travaillé sur l'usage de la télévision dans les familles. Comment est venue cette idée ?**

Les enseignants et nous mêmes avons remarqué que les enfants étaient parfois fatigués, par moment

déconcentrés, souvent surexcités, de mauvaise humeur et irritables. C'est pourquoi, en 1996, nous avons réalisé des animations sur le sommeil.

La télévision a bien souvent été au centre des discussions avec eux car c'est bien d'elle qu'il s'agit quand « je n'arrive pas à me lever le matin », quand « je me suis réveillé plusieurs fois durant la nuit tellement j'avais peur ».

Pour 53 % des enfants interrogés, les films d'horreur représentent le genre d'émissions qu'ils regardent le plus souvent.



remarqué lors des animations que les enfants avaient peu d'esprit critique.

Tout cela nous a mené à travailler la télévision avec un nouvel objectif : pousser l'enfant à avoir un regard critique par rapport à ce qu'il regarde. Nous leur avons demandé quel film ou dessin animé ils regardent de préférence : Dragon Ball Z est le plus fréquemment cité. C'est un dessin animé créé à partir des Mangas, qui comporte de la violence, des couleurs vives, une histoire très simple et répétitive.



● **Ce sont les enfants qui décident le programme ?**

Pour plus de la moitié, oui.

● **L'usage de la télévision est-il différent selon le niveau social des familles ?**

C'est difficile à dire étant donné que nous travaillons avec une population défavorisée économiquement et d'origine immigrée. Nous avons

● **Quelle vision du monde ce dessin animé véhicule-t-il ?**

Le message est : c'est le plus fort et le plus petit qui gagne.

Dragon Ball est un petit garçon qui a des forces surnaturelles et qui défend la terre. Il n'y a aucune mise en question. Il y a des envahisseurs, on se bat, on ne discute pas, il n'y a pas de paix possible, on doit détruire l'autre. Les enfants adorent car ils

● Dragon Ball et l'éducation à la santé (suite)

aiment l'action, la bagarre et les couleurs.

On s'est dit que ce serait important d'amener les enfants à avoir un regard critique là-dessus. Pour cela il faut que ce soit eux qui « fabriquent » l'animation pour arriver à décortiquer les différentes façons de faire et changer leur vision des choses. L'idée devenait : que les enfants créent leur propre dessin animé ! Un programme a été soumis aux enseignants. On a eu huit réponses positives et huit courts métrages ont été réalisés. Deux autres enseignants ont participé mais sans créer de court métrage.

Nous avons fait appel à des animateurs qui ont aidé les jeunes à réaliser leur dessin animé.

● Cela se faisait pendant les cours ?

Les enfants sont venus trois fois deux heures à la maison médicale et ensuite, ils ont réalisé un dessin animé dans l'école pendant une semaine avec l'aide des animateurs spécialisés de Caméra Enfants Admis et du centre d'action et de documentation pour la radio et la télévision.

● En quoi consistait le travail préparatoire fait à la maison médicale ?

Il s'agissait de développer l'esprit critique. La première animation avait pour objectif de voir avec les enfants que la télévision n'a pas que des effets positifs (objet magique). On a cherché les points négatifs, par des exercices de la technique Drama, par des échauffements et de la relaxation. Certains voyaient le côté négatif mais beaucoup d'autres non. On leur a fait découvrir par des jeux de mime que si

on regarde des films violents, on peut devenir violent, que quand on la regarde tous ensemble cela peut amener des disputes pour le programme. Lors des discussions, nous avons été surpris par le nombre de postes de télévision par famille (deux à quatre). Un poste pour les garçons, un pour les filles, un pour les parents, un pour des invités éventuels. Avec des moments où toute la famille regarde le même programme.

● En quoi consistait le déroulement des autres séances ?

Dans la deuxième animation, nous avons analysé des images fixes pour montrer que toute image véhicule un message. On est parti d'une publicité et d'une grille de questions pour décortiquer le message publicitaire.

La troisième animation analyse un extrait de Dragon Ball et de Space James. Dragon Ball car c'est celui qu'ils regardent le plus souvent et Space James pour comparer les messages complètement différents. Dragon Ball est le plus fort, il gagne, il y a seulement un combat et aucun dialogue. Dans Space James, les héros misent sur l'intelligence et la solidarité pour gagner.

● Les enfants ont participé concrètement à la réalisation des dessins animés ?

Ils ont tout fait eux-mêmes, de la création du scénario à la finalisation de la réalisation. Certains groupes ont eu un sujet large, non dirigé : la télévision. D'autres se sont orientés vers les alternatives à la télévision ou les différents comportements que l'on peut avoir vis-à-vis de la télévision.

● Quels étaient vos moyens ?

Un subside de la Communauté française nous a permis de monter ce projet avec l'aide de professionnels. Nous pensons avoir créé un outil de qualité que nous voulons diffuser aux différents intervenants. En juin 98, en collaboration avec la Communauté française, tous ceux qui ont participé au projet se sont réunis avec les enfants pour une projection des dessins animés. Nous organisons une journée d'information et de découverte en octobre. Nous avons également sensibilisé des parents lors de réunions et de projections dans les écoles.

● Avez-vous pu évaluer votre action ?

Des évaluations individuelles et écrites ont été remises auprès des enseignants et des jeunes pour nos propres animations. Quant à la réalisation des dessins animés, l'évaluation s'est faite oralement avec les jeunes et l'enseignant de la classe.

Il en ressort que pour la plupart des enseignants et des élèves, ils sont très satisfaits : « Animations vivantes, consignes claires, on apprend en s'amusant, c'est gai, on aimerait recommencer un autre dessin animé... ». Certains jeunes disent même regarder la télévision autrement : ils se posent des questions, voient les techniques utilisées,...

Nous avons travaillé en partenariat avec les structures dans l'école et autour de l'école telles que deux équipes IMS, la ZEP, bibliothèque, ludothèque. Un guide centré sur notre travail en partenariat sera disponible à partir de janvier.

Médecine générale en Roumanie

Interview de Marinella Olariou, médecin de famille roumain

.....

Marinella Olariou, médecin de famille roumain, est interviewée par Marc Jamouille, médecin de famille belge. Cet entretien a été réalisé le 19 juin 98 à Dublin à l'occasion de la réunion annuelle du comité de classification de la WONCA, à l'issue du 15^{ème} congrès de la WONCA.

.....

● **Marc Jamouille : Les médecins de France ou de Belgique ne connaissent pas les conditions de travail des généralistes roumains. Comment cela fonctionne-t-il ?**

Marinella Olariou : Nous sommes en train de modifier le système de santé et d'introduire le système des listes de patients. Chaque roumain doit figurer sur la liste d'un médecin généraliste, liste qui peut comprendre de mille à deux mille patients. Les généralistes sont salariés, employés de l'Etat, et payés mensuellement.

● **Quelle est le niveau de vie des généralistes ?**

Les généralistes bénéficient d'une grande estime de la part des patients. Par contre, ils sont très mal payés par l'Etat, ce qui ne les empêche pas de vouloir augmenter leur niveau de formation et de chercher à s'informer sur ce qui se passe dans le monde médical. Un exemple : quoi que salariés, nous n'avons pas de véhicule fourni par l'Etat pour nous déplacer au domicile du patient. Le médecin doit utiliser son propre véhicule... ou celui du patient : celui-ci vient

solliciter la visite du médecin, le médecin repart alors avec lui jusqu'à son domicile. En ce qui concerne les conditions de vie quotidienne, en cabinet ou dispensaire, elles sont dramatiques : pas beaucoup d'appareils ni de médicaments... la médecine générale roumaine est plutôt clinique.

● **Où en est le développement de la télématique et de l'infrastructure téléphonique nécessaire à une pratique moderne de la médecine ?**

La télématique n'est actuellement pas du tout implantée en Roumanie. Quelques universités en disposent, mais cela demeure inaccessible pour la médecine générale. Quant à l'infrastructure téléphonique, elle n'est pas du tout développée. Beaucoup de dispensaires ne disposent pas de liaison avec l'extérieur. Les généralistes travaillent sans téléphone. Les consultations par téléphone ne sont pas chose courante en Roumanie...

● **Comment s'organise la formation des médecins généralistes en Roumanie ?**

On devient généraliste après six années d'études universitaires et une année de stage. Si le médecin généraliste veut se spécialiser en médecine de famille ou médecine générale, il doit faire trois années supplémentaires : deux dans les hôpitaux et une dans un dispensaire médical, sous la tutelle d'un

généraliste enseignant. La situation est confuse : il y a à la fois des généralistes qui ont terminé leurs années d'études et de stage mais n'ont suivi aucune spécialisation, et des généralistes spécialisés en médecine de famille, ayant suivi trois ans de formation supplémentaire. Cela fait de grandes différences. Il n'y a pas de département « médecine de famille » au sein des universités, et nous avons peu de formation médicale continue. Elle est organisée par un département du ministère de la santé spécialisé



dans la formation médicale continue pour tous, spécialistes et généralistes.

● **Quelles sont tes sources d'informations sur les nouveaux concepts de la médecine générale ?**

Les relations avec mes collègues généralistes de toute l'Europe, ainsi que les colloques internationaux auxquels j'ai participé. Depuis cette

● Médecine générale en Roumanie (suite)

année, notre organisation est membre de la WONCA.

● Quel type d'organisation représente les médecins généralistes. Est-ce une représentation plutôt de type politique, syndicale, ou plutôt « scientifique » ?

Les généralistes roumains possèdent une grande organisation : la Société nationale de médecine générale, SNMG qui est plutôt scientifique. Nous n'avons qu'un syndicat de médecins en Roumanie représentant tous les médecins, et pas de syndicat spécialisé pour les problèmes des généralistes. Nous sommes en train de l'organiser.

● Quand tu dis nous, cela veut-il dire qu'il y a un groupe de généralistes qui « monte au créneau » pour défendre la profession ?

Oui. Comme nous n'avons pas de syndicat propre, la SNMG - qui compte cinq mille membres pour seize mille généralistes en Roumanie - nous a défendus et défendra quelques mois encore les droits des généralistes dans leurs relations avec le ministère de la Santé. Il y a un mois, j'ai été élue présidente de cette association. Ceci s'explique par le fait que les généralistes roumains sont à 80 % du sexe féminin.

● Comment se fait-il que tu es la seule roumaine à te retrouver au 15^{ème} congrès de la WONCA, où par ailleurs tu es membre du comité de classification ?

C'est une question d'argent. Ce genre de conférence coûte très cher et sans le soutien financier de compagnies

pharmaceutiques, il ne nous serait pas possible d'être présents. Je fais partie du comité de classification de la WONCA car je suis project manager d'un projet portant sur la morbidité, projet déposé en Roumanie l'an dernier et s'appuyant sur la Classification internationale des soins primaires (CISP).

● Peux-tu préciser comment ce projet de collection de données de morbidité est né ?

Il émane de l'Institut NIVEL, en Hollande, qui nous a convaincus de l'implanter en Roumanie. Nous travaillons en volontariat non rémunéré car tout le monde est conscient du besoin de recherches et de savoirs au niveau de la médecine générale. Avant celle-ci, aucune étude à ce niveau n'avait été faite en Roumanie. Les données de l'étude seront utilisées par la banque mondiale et d'autres organismes internationaux pour analyser la situation de la médecine générale en Roumanie.

● Sur combien d'enregistrements portait cette étude, et avec combien de médecins ?

Trente deux médecins généralistes de quatre régions de Roumanie y ont participé. Les généralistes sélectionnés travaillent en ville ou à la campagne. Nous sommes en train d'analyser les données des quelque quatre vingt mille fiches que nous avons réussi à collecter.

● Trente deux médecins et quatre vingt mille fiches ! C'est une contribution considérable par médecin !

Oui, c'est vrai, ils ont beaucoup travaillé. Nous sommes contents des résultats obtenus. Ceux-ci ont été vérifiés et nous sommes en train de les analyser, de les publier, et de les présenter dans le cadre d'une réunion spécialement consacrée à ce thème.

● Avez-vous d'autres projets ?

Oui, plusieurs projets pour lesquels le partenaire principal sera notre association professionnelle. Il s'agit du projet MATRA, composé de trois volets : recherche, enseignement et management, d'un projet sponsorisé par le Know-How Fund, consacré à l'enseignement, et d'un autre projet également consacré à des recherches, enseignement et management, sponsorisé par la Soross Foundation for an Open Society.

● Ce texte va être lu par des généralistes belges et français ou de quelques autres pays. As-tu quelque chose de particulier à leur dire ?

Oui, n'oubliez pas qu'il y a des généralistes partout, ... en Roumanie aussi ! Pensez à rassembler votre grande famille de généralistes avec ceux de pays moins favorisés, incluez-les dans vos programmes de formation, de recherche et de management. ●

WONCA : World organization national college academie.

NIVEL : Institut national de recherche en médecine générale.

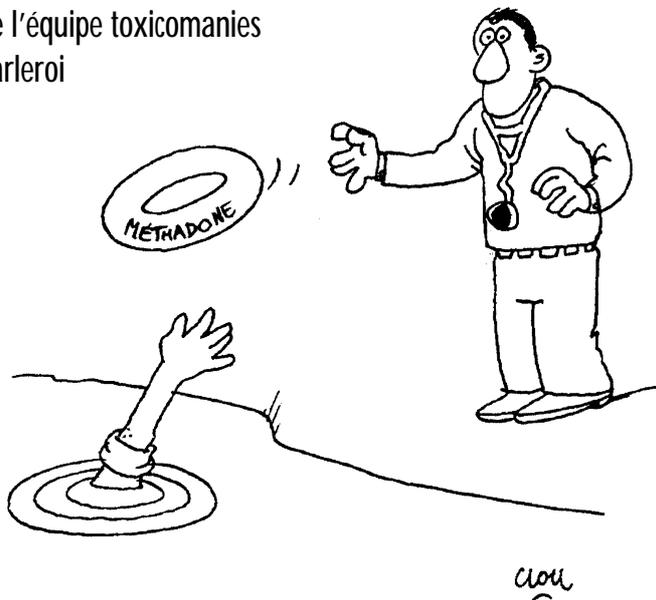
Les traitements de substitution à la méthadone : perceptions et représentations de personnes qui sont ou ont été héroïnomanes

Pascale Jamouille, chargée de recherches de l'équipe toxicomanies du Centre de santé mentale du CPAS de Charleroi

.....

Ces premières réflexions sont issues d'un travail de pré-enquête réalisé dans le cadre d'une recherche-action franco-belge (Hainaut - arrondissement de Lille) auprès de personnes qui sont ou ont été dépendantes de drogues.

.....



Contexte

Cette étude, financée par la Commission européenne et le Ministère de la Santé et des Affaires sociales de la Région wallonne est toujours en cours de réalisation et se clôturera en septembre 1999. Elle s'intitule : « Attitudes et perceptions des usagers de drogues quant aux pratiques de prévention, de soins et de répression ».

Par des techniques d'immersion en milieu de vie et la collaboration de professionnels, l'équipe de recherche a rencontré de nombreux jeunes impliqués dans des systèmes de vie liés aux drogues et vivant dans des quartiers particulièrement exposés. Des récits de vie ont été réalisés avec une trentaine d'entre eux. Différentes questions ont été explorées : comment les expériences de « débrouille » et les pratiques de consommation se sont insérées dans l'histoire des interviewés, leurs modes de vie et gestion des risques, leurs expériences des structures socio-sanitaires et les conséquences des trajectoires pénales sur leur parcours personnel.

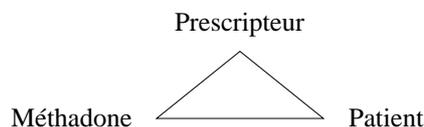
La disponibilité et la qualité des réflexions des personnes rencontrées nous ont permis de dégager des premières pistes de travail autour des principaux objectifs de l'étude :

- Elaborer des pratiques de prévention des conduites à risques adaptées aux publics qui se situent d'emblée hors d'atteinte des services existants ou des circuits traditionnels en matière d'éducation à la santé et qui ne se rendent pas dans les structures spécialisées ;
- Réfléchir à l'accès au dispositif socio-sanitaire en rencontrant des personnes qui n'ont pas (eu) accès et d'autres qui ont (eu) accès ;
- Affiner la politique de réduction des dommages en bénéficiant de l'expérience des usagers de drogues ;
- Mieux appréhender les conséquences de la criminalisation de l'usage de drogues sur la trajectoire sociale des consommateurs.

Dans cet article, nous nous concentrerons plus particulièrement sur les représentations des interviewés au sujet des traitements méthadone et des médecins prescripteurs.

.....

Les représentations du triangle



- **Pour comprendre les relations des interviewés avec les médecins prescripteurs et les représentations qu'ils en ont, il faut les situer dans leurs histoires personnelles, sociales et trans-générationnelles**

Beaucoup d'interviewés décrivent des processus progressifs et précoces de ruptures. Certains ont vécu des expériences traumatiques (abandon, placement, maltraitance, abus, parents qui se déchirent, suicide familial, absence de père, beaux-parents rejetants, ...) qui ont créé les conditions d'une rupture de la confiance envers le monde adulte. Ils se sont parfois inscrits dans des destinées tragiques. Devenus de véritables radars à l'injustice, comme victimes ils ont rencontré des bourreaux. Dans leurs trajectoires, les positions sacrificielles se

● Les traitements de substitution à la méthadone (suite)

multiplient et elles imprègnent les relations avec les professionnels et les structures sociosanitaires vues comme « incapables » de les aider et de les protéger.

Des interviewés, sans avoir été confrontés à des vécus traumatiques aigus, se sont néanmoins désengagés des lieux de socialisation traditionnels (parcours scolaires courts et chaotiques, familles éclatées, pas d'accès à l'emploi, climat sociétal sans repères, ...). Ils ont surinvesti les apprentissages dans des réseaux de sociabilité « décalés » et ont adopté les valeurs et codes relationnels qui les structurent. Dans cette culture spécifique, demander de l'aide, parler de soi ou de sa famille, exprimer ses affects et ses sentiments, se montrer fragile et vulnérable sont autant de comportements dévalorisés, signes « *d'un caractère faible* ». Pour se réaliser, il faut se mettre d'emblée hors d'atteinte du champ institutionnel (aide sociale, santé, justice, ...). La honte d'être devenu « tox », de demander de l'aide « *à un qui est derrière son bureau* », de ne pas avoir su s'en sortir tout seul imprègne parfois les relations avec les professionnels de première ligne et peut susciter des sentiments rétroactifs d'agressivité, de mise en échec, d'impuissance, ...

Nombre d'interviewés classent la plupart des médecins qu'ils ont rencontrés dans une catégorie nébuleuse, qu'ils appellent « *les bourges* » ou « *ceux qui sont derrière les bureaux* ». Ils les voient comme des personnes qui déconsidèrent ou diabolisent d'entrée de jeu les toxicomanes.

« Normalement, les médecins en ont rien à foutre, une fois que tu es toxicomane, c'est foutu pour eux, ça

sert plus à rien de s'occuper de toi. C'est le rejet d'office parce que tu es tox. »

« C'est tous plus ou moins les mêmes. Il y en a qui essaient de discuter mais ils laissent vite tomber. »

« Pour eux, les toxicomanes sont sans scrupule, des gens vicieux par excellence. Certains n'osent plus aller voir des médecins quand ils ont des problèmes de santé à cause de cela. »

Il faut beaucoup de patience, de psychologie et de connaissance de la réalité sociale aux médecins prescripteurs pour gagner la confiance de ces patients. Généralement, si les interviewés n'ont pas trouvé et établi une relation durable avec « leur » médecin, ils ont tendance à déconsidérer la profession qui, disent-ils, les mésestime.

● La relation des interviewés envers leur médecin prescripteur sera nécessairement nuancée

Elle est parfois conflictuelle et insatisfaisante, simplement « correcte », affective et/ou thérapeutique.

Quelques interviewés sont particulièrement critiques, ils voient la méthadone comme un outil permettant aux médecins de se débarrasser à bon compte des toxicomanes ou de les exploiter.

« Après deux ans de came, je suis allée voir un médecin. C'était du style, dès que tu entres : « Tu veux quoi ? De la métha ? » Cinq minutes après tu pars avec ton ordonnance, tu n'as pas de guidance, rien. Des médecins comme ça, c'est vite fait bien fait, vite qu'elle soit sortie. Ils veulent pas de tox aux visites. Moi personnellement, je prends la métha mais je retourne pas voir un médecin comme ça.

Il y en a qui te font attendre, puis ils te prennent et ils te disent : « J'en prends plus, va voir chez X, peut-être qu'il a des places ; c'est 650 francs ». Si on dit : « mais vous m'avez même pas auscultée, si c'était pour pas me prendre il fallait le dire avant, j'aurais pas attendu », le médecin répond que c'est quand même une consultation ce qu'il a fait. Le tox, il a pas de mutuelle, il est pas remboursé et il doit payer. C'est de l'argent vite gagné pour le médecin. »

« Je suis désolée de le dire mais les médecins n'y croient pas beaucoup. Tout ce qu'ils veulent, c'est qu'on respecte bien le fait de prendre notre méthadone tous les jours et d'aller en chercher à la pharmacie, pour le reste, ... Ils vont prescrire de la méthadone parce qu'ils sont obligés comme médecin, « c'est un devoir de citoyen », ils donnent ça vraiment pour dire : « Foutez-moi la paix », pour faire leur boulot mais pas pour nous aider. »

Beaucoup d'usagers de drogues parlent d'un véritable parcours du combattant pour trouver finalement « son » médecin prescripteur.

Quand on va voir un médecin, c'est pour qu'il prescrive de la méthadone. On va au premier rendez-vous puis il dit : « Je peux pas te prendre, j'ai mon quota, j'ai pas le temps ». Alors il faut changer de médecin, on n'a pas le temps de parler, de trouver le médecin qu'il faut. Il faut parfois avoir cinq, six médecins avant de trouver un régulier. Les gens se découragent. »

Un grand nombre d'interviewés ont progressivement établi une relation profonde avec leur médecin. Ils savent

que « leur » médecin ne peut leur donner « une potion magique » pour sortir des systèmes de vie liés aux drogues mais qu'il les soignera et les soutiendra dans leur évolution.

Certains ont consulté des mois, parfois des années, sans couverture sociale. Ces pratiques d'accès à un soin de qualité ont considérablement augmenté leur confiance dans « le système » et dans la relation humaine. Les médecins cités travaillent généralement dans des maisons médicales et collectifs santé de la région. Ils bénéficient d'une infrastructure qui les aide dans l'accueil et la réinscription sociale et administrative de ce type de public. Ils acceptent de faire des consultations gratuites ou à des taux d'honoraire particulièrement bas pour des raisons humanitaires. Certains médecins qui pratiquent en cabinet privé offrent à des patients très précarisés les mêmes possibilités d'accès aux soins.

« Mon médecin, ça fait un peu près quatre ans que je vais chez lui. Il ne me juge pas, il me soutient. Il me reprendra toujours. Ça fait pas deux mois que j'ai une mutuelle. Avant, je payais 200 francs ou alors si je n'avais pas d'argent, je ne payais pas. »

« Au...(une maison médicale)... c'est bien parce que tu peux aller sans rien, sans mutuelle, même sans argent. On te remet en ordre et tu attends, tu paies quand tu as une mutuelle. »

Beaucoup d'interviewés sont particulièrement reconnaissants à leur médecin d'avoir su comprendre l'urgence dans laquelle ils se trouvaient quand ils ont consulté. Dans des situations de grande précarité, disent-ils, on ne peut plus s'adresser à un professionnel que dans l'urgence.

« Un toxicomane peut s'en sortir mais il faut le prendre tout de suite quand il vient. Ne lui dis pas de revenir le lendemain ou dix jours après. Attendre, un toxicomane peut le faire après une thérapie ou après qu'il s'en soit sorti. Là, il est capable de faire plein de choses mais pas avant. »

« Le toxicomane sait pas attendre, alors qu'est-ce qu'il fait, il reprend. Même les médecins, il faudrait qu'ils sachent qu'il y a des gens qu'il faut prendre tout de suite. Après que je sois retombé, le premier à qui j'ai téléphoné, il m'a dit pas avant demain dix heures. J'ai donné un faux nom. Je savais que je tiendrais pas jusque là. Le deuxième c'était mon médecin, il a l'habitude : « Tu peux venir à 6 heures ». J'ai dit : « A six heures la pharmacie ferme ». Il a dit : « OK, je m'arrangerai, viens à 5 heures ». J'ai eu le médecin et la méthadone tout de suite, c'est ça qui m'a sauvé. »

Chaque interviewé a des besoins différents dans sa relation avec son médecin. Certains ont besoin d'un rapport strict et contrôlant, clair et fiable qui respecte leur intimité. D'autres veulent pouvoir discuter avec leur médecin, la question des règles leur semble accessoire. Tous estiment essentiel qu'une relation de confiance s'établisse, qu'il y ait « un bon dialogue » et que le médecin « y croie », qu'il pense qu'il existe des trajectoires de sortie des toxicomanies et que leur patient a les compétences pour s'en sortir.

« Mon médecin, c'est vraiment quelqu'un de bien. Il ne m'a jamais laissé tomber, j'ai pu compter sur lui pour beaucoup de choses. J'avais un très bon dialogue avec lui. Je restais

avec lui une demi-heure, trois-quart d'heure. Même les périodes où j'étais plus dans la came, j'allais discuter. Il partageait aussi ses problèmes avec moi. Il était désemparé du changement dans les sevrages, de la méthadone et tout ça. C'était important qu'il me parle de tout ça. C'était humain. J'étais en face de quelqu'un qui ne faisait pas que donner des médocs (= médicaments), quelqu'un qui se disait : Je vais essayer de l'aider mais j'ai pas la potion magique ».

« Mon médecin m'aide. Il surveille que je n'exagère pas. Il regarde, il compte les gélules. Quand j'en prends plus, je le lui dis, j'essaie d'être le plus honnête possible, de ne rien faire qu'il ne sache pas. Les médecins doivent être sévères et stricts au début : c'est autant et pas plus. S'il y a plus, le patient doit avoir l'honnêteté de le dire. S'il n'y a pas un rapport de confiance, ça n'ira pas. Il faut que le médecin l'impose, c'est primordial. »

« Je vais chez mon médecin tous les vingt jours environ, je reste une heure et demie chez lui. Je peux lui dire des affaires que je peux pas dire à d'autres, ce qui se passe dans ma tête, la drogue dont je rêve, je peux en discuter avec lui. Il me pose pas trop de questions, il laisse venir. Ça me va, j'aime pas qu'on me pose des questions. Il me rassure, il me donne des réponses par rapport aux questions que je me pose. Il est pas payé pour m'écouter alors je me dis que s'il le fait, c'est qu'il s'intéresse vraiment à moi, qu'il a une vraie attention. »

Dans leur relation avec leur médecin, tous les patients ne sont pas demandeurs d'une aide psychosociale. Certains veulent construire seuls ou avec leur

● Les traitements de substitution à la méthadone (suite)

réseau naturel (couple, famille, amis, ...) leur processus de réinsertion.

« Mais il ne faut pas que le médecin commence à harceler le mec de questions. De toute façon, il ne pourrait pas lui donner une heure et même s'il le faisait ça changerait rien. Mon médecin, son rôle c'est de m'apporter la substitution pour m'éviter de courir les rues. L'apport psychologique, c'est de moi qu'il doit venir et de ceux qui m'entourent. A chacun son boulot, lui il est médecin généraliste. »

●●●●● Les représentations et le vécu de la méthadone

Les représentations des interviewés et leurs expériences sont tout en nuances, différents éclairages coexistent dans les récits.

● Au sujet des sorties des systèmes de vie liés aux drogues

La plupart des personnes en traitement de substitution continuent à consommer des drogues ou médicaments de rue, disent nombre d'interviewés. La substitution n'aide pas systématiquement à sortir des systèmes de vie liés aux drogues, la dépendance à la méthadone peut parfois même s'ajouter aux autres dépendances au lieu de s'y substituer.

« Pour moi, la méthadone a aggravé les choses, parce qu'il arrive un moment où tu carbures aux deux : la came et la méthadone, là le manque est encore pire. J'arrivais pas à gérer la méthadone, j'aurais pas su arrêter de consommer. »

« Finalement, en général, je suis contre la métha. Beaucoup de gens en ont pris et n'ont pas réussi à s'en

débarrasser. Quand on veut stopper, on se paye des manques terribles, pire que la came. Mais au moins la métha c'est pas cher. Quand on est en règle de mutuelle, avec 70 francs on tient quinze jours, 300 francs si on n'a pas de mutuelle. On prend de la métha en se levant mais à trois heures on prend de la came. C'est aussi un piège, on prend les deux, c'est encore pire. »

« Ça marche pas pour moi. Une personne n'est pas l'autre. Quand je prends ça, je prends de l'héro en même temps. Pour moi, c'est pas la peine. D'ailleurs ça me fait vomir. »

La méthadone ne permettrait d'arrêter l'héroïne que si la personne renonce progressivement à la défonce et donc aux consommations connexes.

« On consomme de moins en moins d'héroïne et de plus en plus de substitution. Ça dure deux ou trois ans. Certains retombent puis ils arrêtent. La plupart ont au moins trois rechutes. »

« Ça aide comme il faut si c'est pris dans le but dans lequel c'est distribué : pour que la personne puisse se débarrasser de la came et être aidée. Si c'est seulement pour compenser quand il n'y a pas de came, et continuer à en prendre, ça sert à rien. »

« Ça peut être une arme à double tranchant. Certains en prennent quand ils sont encore bien dans la came. Ils prennent la méthadone et puis de la came, puis la méthadone ne leur fait plus d'effet. Je trouve qu'il devrait y avoir plus de contrôle dans les maisons médicales. Il y a trop de gens qui vont chercher de la méthadone quand ils n'ont plus d'argent. La

méthadone ne leur fait plus d'effet. C'est une porte qui se ferme. »

● La réduction des risques sanitaires et sociaux associés aux consommations

L'accès aux traitements méthadone a généralement aidé les interviewés à mieux vivre et les a protégés. Certains ont réussi à stabiliser, diminuer ou arrêter leur consommation d'héroïne. Ils ont alors pu éviter des comportements dangereux et destructeurs pour eux-mêmes et/ou la société (prostitution, vols, etc.) et ont commencé à se préoccuper de leur santé.

« La méthadone te remet dans la vie normale. Il y a une fameuse différence entre la conversation que tu peux avoir avec quelqu'un qui est sous héroïne ou sous méthadone. L'état d'esprit change. Quand tu as pris de l'héroïne, tes problèmes sont vraiment relativisés.

Il y a des gens qui, sous l'effet de l'héroïne, se shootent avec la seringue d'un autre. Le jugement est différent. Quand on est sous méthadone, on retrouve son jugement, on est comme tout le monde. La seule différence entre la prise héroïne et de méthadone, c'est qu'avec la méthadone, on a les pieds sur terre. »

Avec la substitution, certains usagers de drogues arrivent à mieux gérer la période de leur vie où ils consomment et à dégresser progressivement lorsque jeunesse se passe.

« Je dirais qu'il y a trois personnes sur dix qui arrivent à gérer leur came, souvent grâce à la méthadone. Ce sont toujours des gens qui ont un appartement, un jour ils ont plus

besoin de came. J'en connais aussi qui ne prennent plus que le samedi. Ils diminuent puis ils ont plus besoin de came, ils prennent plus qu'une fois de temps en temps. C'est l'âge qui permet ça. Une fois qu'on passe trente ans, on se pose beaucoup de questions. »

● Ces traitements comportent des risques

La prise anarchique de méthadone associée à des médications ou drogues de rue augmentent les risques d'overdose et, disent certains, en multiplient le nombre. D'autres pensent que les cocktails : drogues de rue, alcool, médicaments, ... sont tout aussi dangereux et que les accidents liés à la méthadone restent marginaux.

« Avant, c'était toujours des overdoses d'héroïne. Maintenant, c'est des additions d'héroïne, de méthadone et de médicaments, ou alors méthadone et médicaments. »

« Pour moi, il n'y a pas de risques à prendre de la méthadone. J'ai entendu dire qu'au début, les gens fixaient la métha puis qu'il y a eu des pilules qu'on ne pouvait plus fixer. Je n'ai jamais entendu que quelqu'un ait eu une overdose de méthadone, par contre, si on ajoute l'héro, il y en a qui ont eu des problèmes. J'ai entendu des overdoses aussi. Ceux qui décident d'arrêter, qui prennent ça le matin puis qui prennent l'héro le soir, c'est dangereux, mais c'est comme les autres médicaments. Avant d'être à la métha, je prenais une douzaine de Rohypnol puis je fixais, il y avait aussi des risques. »

Comme les sevrages où les thérapies résidentielles, les traitements méthadone peuvent parfois laisser apparaître la désolation de ce qu'a été la vie avant la drogue et avec la drogue. Les modifications de modes de vie et la résurgence de la capacité à souffrir peuvent être trop rapides ou trop violents. Les traitements de substitution s'accompagnent souvent d'une période de mal-être à dimension physique et psychique où les risques de suicide, dépression, ... sont majorés.

« La méthadone, ça marche très bien mais il faut pas en abuser. Tu es bien dans ta peau mais si tu arrêtes trop rapidement tu fais une dépression, tu es au bout du rouleau. A un moment, moi qui suis une battante, j'ai aussi craqué. Tout est tellement rapide, ta vie coule à une vitesse incroyable et avec la métha, ça s'arrête, et tu craques. »



● L'accès aux soins et à l'aide sociale : la prise de contact avec des professionnels

L'accès aux traitements de substitution permet aux personnes sans inscription sociale de sortir de l'urgence physique et de mieux gérer les démarches et codes sociaux qui donnent accès à l'aide sociale et à l'assurabilité.

« Arrêter c'est un roulement : tu trouves un médecin, tu prends de la métha, tu arrêtes la came, tu vas au CPAS. Tu fais les démarches : trouver une adresse, un proprio, rendre un papier au CPAS avec le prix du loyer et de la caution. Ça passe au Conseil. Tu n'es plus dans la rue. »

La recherche de méthadone en dépannage a permis à des inter-viewés de prendre contact avec des professionnels et à réfléchir avec eux à la question de la dépendance. En ce sens, disent-ils, les traitements de substitution peuvent être bénéfiques même si la personne ne renonce pas à la défonce.

« Ce médecin, c'est quelqu'un qui est beaucoup critiqué maintenant. Il m'a prescrit de la méthadone mais il m'a dit : ça sert à rien si tu n'as pas un suivi psychologique. C'est le premier qui m'a dit que la dépendance était une maladie physique mais c'est le premier qui m'a dit que c'était aussi psychologique. C'était surtout important que mon père entende ça, moi j'avais pas envie de l'entendre. Avec le recul je trouve ça bien qu'il m'ait dit ça. C'était la seule personne dans la région qui faisait quelque chose pour

● Les traitements de substitution à la méthadone (suite)

nous. Même s'il distribuait de la méthadone à tour de bras j'ai envie de le défendre par ce qu'il a fait ce qu'il pouvait pour moi. On le disait dealer de métha mais pour moi, il n'était pas ça, il était mon point de chute. Chez lui je pouvais faire quelque chose et arrêter de me camer. »

● Les difficultés du sevrage

Certains pensent que le sevrage à la méthadone est bien plus pénible que le sevrage à l'héroïne, d'autres pas.

« Je prends pas de médocs, c'est tout de la saloperie, même la métha. Quand j'ai pas d'héro, je suis malade, j'attends et je supporte. Ça dure deux à trois jours. Avec la métha, t'en as pour quinze jour au moins à être malade. »

« Il y a beaucoup de toxicomanes qui ont peur du manque avec la méthadone. Ils ont peur d'être encore en manque même s'ils en prennent, que l'action ne soit pas suffisante. Ils ont aussi peur de tomber à court parce qu'il y a une rumeur dans le milieu qui dit que tu es encore plus malade quand tu es en manque de méthadone que quand tu es en manque à l'héroïne. Je me demande si ce n'est pas les dealers qui disent cela. Parce qu'en fait j'arrive facilement à ne prendre de la métha qu'un jour sur deux alors que j'ai jamais supporté le manque à l'héroïne. »

● La longueur du traitement

Certains patients trouvent les traitements de substitution anormalement longs. Ils se sentent dépendants de leur médecin.

« La méthadone, ça aide mais pas

comme ils font. Ils la laissent à trop long terme alors tu tombes accro à la métha. Moi ça m'aide à pas être malade, à pas aller chercher tout le temps mais je suis accro. Ça fait six ans que je suis en métha. J'ai réussi à descendre à 45 pendant un an l'année où j'étais hospitalisé. Maintenant je suis de nouveau à 60. »

« Ça va faire quatre ans que je suis chez le docteur A. Ça fait trois ans que je n'ai plus touché mais c'est que le réflexe qui a disparu. Ça a été remplacé par le réflexe d'aller tous les dix jours chez A. Les gens qui savent que je me soigne disent que je ne suis plus toxicomane mais pour moi, c'est kif kif. Je prends juste une substance qui est légalisée.

Il y a une lassitude et une tension qui s'installe parce que moi je suis toujours le même, il n'y a pas grand chose qui a changé. Tous les jours, au soir, je prends le médicament, je ne suis pas libre de tout ça, c'est frustrant. »

Parfois le fait de ne pas savoir se sortir de la méthadone amène certains patients à prendre en considération d'autres hypothèses au sujet de leur toxicomanie que celle purement physique qu'ils envisageaient au départ.

« Je prends plus de came depuis des années mais j'arrive pas à diminuer la métha. Ce que j'ai dur, c'est retrouver du travail. Je devrais reprendre des études. Il faudrait que je fasse quelque chose aussi pour moi : retourner voir un psychiatre et, avec son aide, recommencer des études. Si ça va, je voudrais refaire quelque chose de plus intellectuel. »

Des interviewés disent avoir atteint leur objectif par leur traitement de

substitution : arrêter la came. Ils ne se sentent plus toxicomanes, c'est une période derrière eux. Ils ont besoin d'un médicament pour vivre mais ils construisent leur vie de manière lucide sans recours à la défonce.

« Ça fait plusieurs années que je suis à la méthadone. Je rencontre beaucoup de toxicomanes mais j'ai jamais envie de reprendre, c'est une période qui est derrière moi. Maintenant je sais que j'aurai pas moins mal au coeur parce que je prends de la came. Il y a dix ans, je croyais vraiment que ça servait à quelque chose, maintenant je sais que ça changera rien. »

Certains pensent qu'ils sont restés des années dans l'héroïne, c'est donc normal qu'ils restent des années dans la méthadone, les processus de sortie sont lents mais ils existent.

« C'est un traitement qui dure longtemps. L'héroïne, on ne sait pas diminuer petit à petit, tandis que la méthadone, on sait diminuer. Je sais bien qu'un jour je vivrai sans. »

● ● ● ● ● Premiers constats et perspectives

L'analyse des trente premiers récits de vie montre que le traitement de patients toxicomanes par les médecins généralistes est traversé par les enjeux inhérents à l'ensemble de la médecine de première ligne (risques de prescriptions abusives, etc.). Selon les interviewés, si, au sein du corps médical, des praticiens mettent leurs intérêts ou confort de travail au-dessus de l'intérêt des patients, dans l'ensemble, les

médecins prescripteurs fournissent un travail considérable en matière d'accompagnement, de réduction des risques et d'accès aux soins. Les traitements de substitution à la méthadone ont leur valeur et leurs limites. Ils ne sont ni magiques ni universels mais doivent rester dans la palette des thérapeutiques parce qu'ils peuvent être une porte d'entrée vers la réinscription sociale des patients et/ou vers d'autres thérapies.

La poursuite de l'étude ethnographique permettra d'affiner les premiers constats et pistes de travail qui ont pu être dégagés pendant la pré-enquête.

Bibliographie

Héroïne, Sida, Prison - Trajectoires, système de vie et rapport aux risques des usagers d'héroïne incarcérés, Bouhnik P., Touze S., RESSCOM, 1996.

Le monde social des usagers de drogues dures en milieu urbain défavorisé, Bouhnik P., thèse de doctorat en sociologie, Université de Paris VIII, 1995.

Exclusion sociale et construction de l'identité, TC Carreteiro, Harmattan, 1993.

Ethique et délinquance, la délinquance comme gestion de sa vie, Digneffe F., Médecine et Hygiène, 1989.

Etude sur le crack, Hidalgo, Lefort, Ternus, Bouhnik, E.G.O., 1996.

Etude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et le virus de l'hépatite, Ingold, IREP, 1996.

Evaluation des dispositifs de prévention et de traitement des toxicomanies dans une optique comparative, Jamouille P., Panunzi-Roger, Hainaut- arrondissement de Lille,

Programme européen transfrontalier Interreg I, 1995.

Les toxicomanes dans la ville, Marché et Lien social, Michel Joubert, Agora n°27-28, 1993, Agora-Cremss, Paris.

L'expérience toxicomaniacque, N. Panunzi-Roger, Hommes et Perspectives, 1993. ●

Les barricades... ou le certif ?

Les sociétés malades du progrès

Marc Ferro, Plon 1998, 220 pages.

Marc Ferro est professeur à l'Ecole des Hautes Etudes en sciences sociales et codirecteur de la revue *Les Annales*. Il a publié notamment « *La Révolution de 1917* » et une « *Histoires des colonisations* ». Il anime depuis plusieurs années l'émission « *Histoires parallèles* » diffusée sur Arte.

Le cabinet médical est le cul-de-sac où viennent se perdre les armes de la révolte.

Jean Carpentier, *Tankonalasanté* n°4, novembre 1975.

Effets pervers du progrès, ou plus exactement de ses applications, le lieu des grands conflits sociaux traditionnels s'est déplacé. Il se situait dans l'exploitation de l'homme par l'homme, dans des mouvements collectifs ; la maladie semble avoir pris la relève de la grève comme forme de refus social. Et tandis que la maladie se fait symptôme de malaise social, le monde des affaires investit la gestion de la santé et de la médecine.

La part du social

Les effets pervers du progrès (pollution, désastres écologiques, etc.) sur la santé individuelle et publique sont de plus en plus connus. Aujourd'hui, la part du

social dans la maladie acquiert sa reconnaissance. Exemple célèbre, les études de Whitehall ont montré que l'espérance de vie est la plus longue dans les sociétés où les écarts entre les revenus sont plus petits.

Cette « part du social » dans la perception de la santé a une histoire. Maladie et pauvreté avaient longtemps été confondus : à l'hôpital et à l'hospice vont les pauvres, malades ou non. D'abord considérée comme un avertissement de Dieu, la maladie va se laïciser avec les révolutionnaires de 1848 et de 1917, mais sans perdre son poids de culpabilité : l'avenir de l'économie a priorité sur la santé des serviteurs, le droit au travail s'affirme avant le droit d'être malade. C'est l'ère de l'hygiénisme culpabilisant qui fait des « mauvais comportements » et de la saleté la source de tous les maux. Mais bientôt le progrès scientifique fait rentrer la maladie dans le champ de l'expérience : le malade devient un objet et la maladie appartient aux médecins.

On passe ainsi d'une époque où la loi dépossédait les indigents à une époque où la législation leur donne droit à une aide financière et sanitaire qui n'est plus conditionnée par un jugement moral. L'évolution des droits de l'homme (1789) vers les droits des malades aboutira à la création des systèmes de sécurité sociale dans les années 40.

De la grève à la maladie comme forme de refus social

Depuis les années 50, on remarque une baisse du nombre de grévistes et de grèves et simultanément une hausse de l'absentéisme pour cause de maladie. La

maladie devient une forme de défection individuelle en réponse à un malaise général. Le coût de l'absentéisme pour cause de maladie est considérable : 2 % du produit national brut en Allemagne, cent fois le coût des grèves en France.

Les mutations socio-économiques, l'environnement politique, le stress, l'exigence de la santé parfaite inoculée par l'industrie sont autant de facteurs explicatifs dont le livre de Marc Ferro fournit une profusion d'exemples. En allant voir le médecin, les patients instituent la transformation de leur insatisfaction en maladie identifiée et reconnue.

« Un individu vivant dans une société stable et que ses acquis culturels auront bien préparé à son intégration dans un monde familial n'accusera aucune élévation de tension artérielle avec l'âge. (...)

Lorsque des modifications culturelles radicales viennent provoquer l'éclatement de son environnement familial et qu'il se trouve confronté à des exigences nouvelles auxquelles son acculturation antérieure ne l'a pas préparé, ses valeurs sociales seront menacées. Si elles ne sont plus en mesure de le protéger, il se trouvera exposé à des bouleversements émotionnels et aux troubles nerveux et endocriniens susceptibles d'en résulter avec possibilité d'apparition d'une affection cardio-vasculaire ». (J. Henry et J. Cassel)

La médecine et les ambiguïtés du contrôle social

Dès le début du XX^{ème} siècle, la médecine perd progressivement en pouvoir symbolique ce qu'elle gagne en

savoir-faire. Etrange chassé croisé lié à l'évolution du rapport médecin-patient et à la démocratisation du droit à la santé. A mesure que le médecin le guérit, le patient perd son identité au bénéfice de la maladie, seule réalité des savants. La fragmentation en spécialités rompt la relation médecin malade et entraîne une irresponsabilité collective (dont profite l'industrie médicale pour stimuler une surconsommation médicale).

La démocratisation octroie au patient un certain pouvoir sur le corps médical. Ministères et syndicats dessaisissent les gens qui savent et équipent les hôpitaux selon les exigences des plus nombreux ou des plus influents. Le pouvoir du médecin a ainsi secrété son propre déclin en se détournant de l'homme qui souffre. Non sans être passé par les dérives toujours à craindre quand la fascination pour la biologie supplante la morale humanitaire et se prend à contrôler la société : le nazisme nourri de biologie appliquée (« solution finale à la question sociale ») ou les asiles psychiatriques, agents du pouvoir soviétique.

Les rapports entre ordre médical et ordre judiciaire sont tout aussi ambigus. L'ordre juridique proportionne la peine aux délits, non aux personnes. Quand les médecins déclarent que l'homme ne saurait être moralement tenu pour responsable de ses actes, la peine n'est plus proportionnelle au délit mais à la quantité de mal qu'on peut redouter... Il faut prévenir la possibilité de nuire (même avant le crime !). L'idée de purge se substitue à celle de justice et le principe d'élimination trouve un fondement scientifique.

Retour de manivelle, on constate un accroissement du nombre d'actions en justice contre les médecins ; c'est qu'un



acteur nouveau est apparu entre ordre médical et ordre judiciaire : le patient. La révolte prend la forme tantôt d'une maladie, tantôt d'un procès. On passe du droit à la santé au droit à la guérison et l'idée séduit de dissocier le préjudice de la responsabilité, les dommages peuvent être attribués en dehors de toute faute établie. Le droit compense ainsi les défaillances de la médecine, dérive poussée à l'excès aux USA.

Autre enjeu actuel, la rencontre entre santé et business s'apparente à la lutte du petit commerce contre les grandes surfaces : les médecins se regroupent pour tenter d'échapper à la coupe des gestionnaires. L'ordre économique et gestionnaire prend figure de loi. « Pourquoi les médecins devraient-ils diriger le secteur santé ? Sont-ce les cuisiniers qui gèrent McDonald ? ».

•••••
Quelle issue pour les démocraties ?

Entre gouvernements, science, technique, économie, droit, ne convient-il pas de revisiter les compétences, les

pouvoirs ? C'est sur cette apparente interrogation que l'auteur nous laisse, à charge pour nous de nourrir cette exigence civique.

Marc Ferro rassemble en 200 pages une masse d'informations et d'analyses, multipliant les angles de vision pour éclairer la maladie de nos sociétés. Cette profusion, reflétée de manière fragmentaire dans cet article, est peut-être le principal inconvénient du livre : nombre de sujets méritent une argumentation plus étoffée ou une contradiction qui fait défaut. Défaut auquel une abondante bibliographie se charge de remédier. Une synthèse intéressante qui appelle à pousser la réflexion plus avant.

Présentation Axel Hoffman

Le siècle Biotech, le commerce des gènes dans le meilleur des mondes

Jeremy Rifkin. Paris, *La Découverte*, 1998.

L'horrible couverture « vert-fluo » n'incite vraiment pas à se plonger dans ce livre, mais c'est là le seul défaut d'un ouvrage passionnant et interpellant.

Apprendre et s'interroger, tel est le double intérêt des thèmes abordés par Jeremy Rifkin. Si on entend souvent parler des possibilités spectaculaires de la génétique au niveau de la médecine ou de l'agriculture, on ne mesure pas toujours les possibilités qui sont offertes. De manière très accessible, on passe ici en revue tous les possibles qui se cachent derrière les très médiatisés « brebis Dolly » et « mars transgénique ».

On prend la mesure, à travers cette synthèse, des incroyables potentialités de cette technique - on fait le point sur la situation des réalisations actuelles. Celles-ci passent de l'utilisation purement technique (l'incorporation d'un gène de fabrication de matière plastique dans un plant de moutarde - commercialisation de la plante à plastique prévue vers 2003) aux tentatives de plus en plus nombreuses de reproduire des organes humains (la reconstitution d'un sein à partir des cellules mammaires en vue d'une réimplantation est actuellement tentée dans le Michigan).

Derrière le versant technique se cache bien inévitablement la question économique avec toute la question du

brevetage du vivant, de la piraterie génétique.

Enfin, on se rend compte de la nouvelle vision du vivant qu'impliquent les progrès scientifiques décrits. Les questions sont nombreuses - elles concernent l'eugénisme, la maîtrise de l'environnement, la gestion du patrimoine génique de l'humanité, ...

On finit par s'interroger soi-même sur la question de la limite : en biotechnologie, on voit bien où on commence, mais on ne voit pas où il faut s'arrêter.

Reconstituer génétiquement un morceau de peau pour un enfant brûlé, oui... mais un poumon, une vessie, une partie de cerveau... ? Sélectionner les gènes avant la naissance pour éviter une maladie héréditaire grave, pourquoi pas ? Mais où s'arrête la gravité... ?

Depuis les premiers tâtonnements expérimentaux, l'accélération du processus de découverte dépasse notre imagination. Le lent processus de développement de l'humanité qui a pris des millions d'années est totalement remis en question.

Faut-il continuer à jouer avec le feu en espérant maîtriser la flamme ou faut-il l'étouffer au risque qu'il couve et explose soudainement ? De quoi réfléchir... c'est garanti.

Présentation Michel Dechamps.