

Bonjour

On la disait agonisante et coucou la revoilà, gaillarde ! La convention médico-mutualiste est signée et, sauf coup de théâtre, les patients bénéficieront encore cette année, et la suivante si tout va bien, de la sécurité des tarifs médicaux. Pierre Drielsma nous explique en page 2 pourquoi, tout enthousiasme déplacé étant exclu, cet accord est un bon accord.

La maturité leur va bien. Les premières maisons médicales approchent de leurs trente ans. Les îlots isolés des débuts forment maintenant de vastes archipels et les idées marginales des années 70 sont devenues des lieux quasi communs : sauf pour quelques irréductibles enrhumés, le modèle des maisons médicales ne sent plus le soufre. Ce qui ne signifie pas qu'elles s'érigent en modèle dominant (ce n'est pas leur but) ni qu'elles sont entrées partout en odeur de sainteté (elles préfèrent le parfum de la santé). Donc point de cocorico mais assez de satisfactions pour avancer encore et toujours.

La Fédération des maisons médicales, qui va souffler ses vingt bougies, a dit à Luc Carton: le paysage de la santé et le contexte socio-économique ont évolué, et nous sommes toujours là, ni tout à fait les mêmes, ni tout à fait différents, pleins d'énergies et d'idées, comment quelqu'un d'extérieur comme vous analyse-t-il notre parcours et quelles routes l'intellectuel nomade que vous êtes voit-il s'ouvrir devant nous? Luc Carton a dit : voyez en page 3.

« Combien de temps consacrez-vous quotidiennement à l'écriture ? Vos écrits sont-ils lus ? Sont-ils le support d'une réflexion collective ? ». Est-ce

un interrogatoire proposé aux rédacteurs de Santé conjugué par Test-Achats ? Non. Ces questions s'adressent à des infirmiers psychiatriques. La pauvreté des écrits infirmiers contraste avec le rôle majeur de ces intervenants auprès des patients et dans l'ensemble du dispositif de soins. Soumission à l'ordre hospitalier, mésestime du rôle infirmier propre, sentiment d'inefficacité de la communication ? Des chercheurs français ont étudié ce que cachait cette pauvreté d'écriture et questionnent ainsi, de manière détournée, l'importance du travail infirmier et la part de la parole des patients. En page 12.

Une très sérieuse étude a mis en évidence le rôle du filtre de cigarette dans la transmission... de l'hépatite C. Quelle « une » cela ferait pour certaine presse avide de frissons, du genre « **Diana** serait encore **vivante** si elle n'avait pas pris la voiture tragique » ! Mais nous sommes une revue sérieuse et n'aguichons pas le lecteur avec de tels procédés. Que diantre alors signifie cette phrase ? Tss tss... pour le savoir, il faudra vous déplacer en page 17...

Quand on parle de pouvoir médical, on imagine souvent le pouvoir des individus médecins sur les individus patients. Les débats sur l'euthanasie ou la génétique ne sont pas faits pour éteindre ce préjugé. Pourtant ce niveau de pouvoir est moins inquiétant que celui auquel pourrait prétendre la santé à l'échelle d'une nation : la santé publique. Par quels mécanismes, au service de quels noirs desseins la santé publique peut-elle étayer un pouvoir médical, comment déjouer ce complot

et concilier santé publique avec démocratie ? Vous le saurez en lisant *Santé publique, du biopouvoir à la démocratie* de Philippe Lecorps et Jean-Bernard Paturet, un livre tonique que nous présentons en page 21.



Durant la seconde guerre mondiale, la pénicilline encore rare était réservée aux combattants. Il y a trente ans, les benzodiazépines, tranquillisants d'un nouveau type, faisaient figure de médicaments providentiels : à l'heure actuelle, ils sont un véritable opium du peuple. Aujourd'hui, on se dispute pour savoir si et pour qui la sécurité sociale doit rembourser le Viagra. Ces exemples montrent combien le médicament est plus qu'un simple moyen mécanique de combattre la maladie.

Après notre cahier « Ce cher médicament » consacré aux enjeux politiques et économiques des médicaments, nous effleurons dans « Des pilules et des hommes » certaines questions qu'ils posent sur des plans psychologiques et sociaux. Sans les épuiser. Plus que des connaissances, ce sont des interrogations que nous apportons ici.

Convention 2001-2002, une bonne cuvée (?)

Pierre Drielsma, médecin généraliste à la maison médicale Bautista van Schowen, membre de la cellule politique de la Fédération des maisons médicales

.....
La convention médico-mutualiste qui vient d'être votée peut être considérée comme une bonne convention, nous allons essayer d'expliquer pourquoi.

Une bonne convention en effet, cependant, il ne faut pas perdre de vue que les anomalies que nous dénonçons depuis trente ans n'ont pas disparu comme par enchantement. Simple-ment, cette convention semble enfin amorcer un virage dans la bonne direction, il faut espérer que cette tendance se poursuivra et s'amplifiera. Dans ce cas, nous pourrions enfin parler de révolution copernicienne (ou hippocratique) dans les soins de santé en Belgique.

Tout d'abord, il y aura une **revalorisation linéaire des honoraires** de 1,53 % ce qui évidemment favorise les gros budgets donc l'hôpital et la technologie. Mais il ne s'agit que d'une indexation, donc pas d'une augmentation nette de moyens.

Ensuite, et c'est à mes yeux le plus important, on assiste à l'**extension du dossier médicale global** au plus de cinquante ans en 2001 et à toute la population en 2002. Il s'agit là de l'aboutissement d'un long combat qui donne enfin à la médecine générale le rôle cardinal¹ auquel elle prétend désespérément depuis tant d'années. Cette reconnaissance publique tant symbolique que financière² vient à

point nommé pour positionner le médecin généraliste dans le système de soins de santé. La lutte ultérieure consistera à broder autour de cet ancrage majeur. Du côté de la Fédération nous n'oublierons pas que c'est le pied dans l'étrier pour le développement d'équipes pluridisciplinaires intégrées de première ligne dans un système échelonné.

La revalorisation de l'**acte intellectuel** est une bonne mesure. Il faut savoir que l'acte intellectuel concerne pour les deux tiers les médecins généralistes et pour un tiers les médecins spécialistes, il s'agit donc d'une mesure favorable au médecin généraliste, mais aussi au développement des aspects relationnels en médecine spécialisée ce qui correspond à la philosophie des soins des maisons médicales depuis leur fondation.

L'autorisation du **tiers-payant lors des gardes** de médecin généraliste va améliorer l'accessibilité financière de la garde de médecine générale par rapport à l'hôpital, là encore il faudra poursuivre jusqu'à rendre la garde de médecin généraliste plus attrayante que la garde hospitalière (à suivre).

Pour l'hôpital, les négociations ont abouti à améliorer la **sécurité tarifaire** des patients, en particulier des plus démunis. On ne peut que souscrire à de telles mesures qui rognent les ailes (sans les couper, hélas !) aux assurances complémentaires, voire à la privatisation.

Un point faible de l'accord (à l'heure actuelle), c'est la vague promesse de la profession de **diminuer la facture**

pharmaceutique en favorisant l'utilisation de médicaments moins chers et de génériques. Quand on connaît les réticences irrationnelles à ce sujet y compris en maison médicale, on peut craindre un marché de dupe qui à terme risque de se retourner contre la profession.

Tous ces résultats sont à mettre au crédit des prophètes du GERM (Groupe d'étude pour une réforme de la médecine) et de la Fédération, bien sûr, mais aussi des écoles de santé publique qui parviennent à introduire quelques concepts utiles dans la machinerie étatique et para-étatique (mutualités).

Un grand coup de chapeau rétrospectif à Magda de Galan qui a organisé les élections médicales, première fissure dans la banquise. Des remerciements éternels au Groupement belge des omnipraticiens (et au Cartel) qui malgré les difficultés poursuit dans sa volonté de réforme. Peut être devrions-nous aussi saluer certains responsables de l'Association belge des syndicats médicaux pour leur beau geste, en espérant que ce soit plus qu'une embellie. Enfin n'oublions pas tous nos (ex-)membres et nos sympathisants nichés ça et là dans le paysage médical belge qui, d'où ils sont, donnent le petit coup de pouce favorable aux réformes. L'essai est marqué, il faut le transformer. A bientôt pour une nouvelle évaluation.

(1) Général, cardinal, le sabre et le goupillon quoi !

(2) Pour une maison médicale au forfait de quatre mille patients cela peut représenter un bonus de plus de deux millions (à l'acte aussi, si tout le monde s'inscrit !).

Les maisons médicales dans leur cadre socio-politique d'hier à aujourd'hui

Luc Carton, philosophe, sociologue

.....

Natoye, samedi 21 octobre 2000 : la Fédération des maisons médicales organise un colloque dont l'objectif est de faire le point à quelques mois de son vingtième anniversaire. Luc Carton est invité à porter son regard extérieur sur ce qu'elles représentent. Voici de larges extraits de ce qu'il nous a dit.

.....

Je ne connais pas grand chose aux maisons médicales et c'est pour ça qu'on m'invite. Intellectuel nomade, j'ai été amené pendant une petite vingtaine d'années de recherches à croiser les problèmes de politique de santé et, de temps en temps, ce que je pouvais réfléchir à propos de l'expérience des maisons médicales. Je persiste donc à être incompetent et je vais davantage travailler ce que je connais un peu moins mal c'est-à-dire l'analyse générale d'un point de vue philosophique de l'évolution de notre société.

Je vais donc plutôt tracer un cadre et un contexte. Ce que je crois qu'on m'a demandé, c'est d'essayer de construire les conditions d'un jugement historique d'une petite histoire d'une trentaine d'années, de manière à tenter de mieux éclairer les enjeux du présent.

.....

Trois époques

Je vous propose d'identifier trois époques.

Mai 68

La première époque est contemporaine de la naissance de la première maison médicale en 1972 à Tournai. Cette époque, je vais la caractériser comme étant celle de la rencontre des limites d'un modèle. Elle a peut-être été symbolisée par ce qu'on appelle la révolution culturelle de mai 68. Quand je dis que c'est la rencontre des limites d'un modèle, c'est que ce qui s'éprouve à ce moment-là, c'est le fait de ne pas pouvoir continuer plus loin dans le même type de compromis socio-économique et dans le même mode de développement.

Les questions qui sont construites à l'époque sont, à mon avis, d'une actualité extraordinaire aujourd'hui. Ce n'est donc pas de l'archéologie, ou alors de l'archéologie dans le beau sens du terme, celui qu'évoque Fernand Braudel¹ quand il dit que l'histoire n'est pas une succession d'époques mais une sédimentation d'époques, l'une dans l'autre : « Le temps d'aujourd'hui », dit-il, « est fait du temps de jadis, d'avant-hier et d'hier ». Dans la réflexion sur vos pratiques, on va pouvoir éprouver ce théorème de Fernand Braudel.

Les réflexions fondamentales d'aujourd'hui ont commencé à être formulées à ce moment parce qu'elles étaient des questions fondamentalement culturelles, sur le sens de l'action et de l'action du travail, de l'action de la professionnalité, et de

ce que produit le travail et la professionnalité dans le monde. C'était symbolisé à l'époque par les questions que se posaient notamment les syndicalistes de la Confédération française du travail (CFDT) : « Pourquoi continuer à perdre sa vie à la gagner ? » et « les dégâts du progrès » ; une série de questions qui ont, de manière très fugace, interrogé le sens du modèle culturel du capitalisme.

Vous pouvez déjà retrouver ces questions autour de 1848, puis dans la théorisation du socialisme utopique, mais elles sont posées sur un plan livresque et théorique. En 68 et au début des années 70, elles sont vécues de manière anthropologique : elles appartiennent à notre perception du quotidien.

La crise

Je dis que ces questions sont posées de manière fugace parce que la deuxième époque s'enclenche presque immédiatement : 1972, première maison médicale ; 1973, datation symbolique du début de la crise économique. On n'aura pas eu le temps de respirer. Ce qui se passe dans ces années est paradoxal : on commence à penser la critique culturelle du capitalisme au moment où celui-ci se réforme dans ce qu'on appellera « la crise ».

La crise va jouer « éteignoir » de ces questions et les poches de résistance, comme les vôtres et comme d'autres, seront mises en réserves naturelles pendant deux décennies. *Grosso modo*, les années 80 et 90 seront des années de gestion libérale de la crise socio-économique et les valeurs sur lesquelles vous aviez indexé votre

• Les maisons médicales dans leur cadre socio-politique d'hier à aujourd'hui • (suite)

action, - par exemple la valeur d'égalité -, sont fondamentalement remises en cause pour la première fois dans une histoire sociale presque centenaire.

Je vais ici faire une incise par rapport à ce qui s'est passé cette semaine : l'accord du 17 octobre et la déclaration de Verhofstadt. Fin des années 60, la CSC et la FGTB avaient des rencontres communes sur l'avenir de la fiscalité et réfléchissaient ensemble à l'intérêt de définir un seuil de revenus imposables à 100 % : si vous voulez, la définition de ce qu'est un enrichissement illégitime. Dans leurs travaux intérieurs, les deux syndicats disaient : « au-delà d'un million et demi, deux millions, deux millions et demi de l'époque, il faut trouver un seuil à partir duquel on impose à 100 %. On ne peut pas gagner plus... ».

Cette semaine-ci va se conclure un accord politique que l'on peut juger surprenant, surtout dans ses repères historiques, où on a programmé des moins values fiscales² de l'ordre de deux cents milliards par an en années pleines, à partir de 2004 – 2005. Sur cinq ans, ça veut dire mille milliards de moyens publics redistribués aux ménages, avec l'assentiment des organisations syndicales et des forces politiques progressistes. Il y a là toute l'étendue des trente ans qui nous séparent de 1970 et qui montre que l'égalité est une valeur extraordinairement difficile à reconstruire aujourd'hui.

J'en étais donc à la deuxième période : la crise sous gestion libérale ; d'une part, l'éteignoir de la pensée politique et sociale et d'autre part un

cloisonnement des résistances, des conflictualités³ ; le retour des inégalités et un début extrêmement marquant de déstructuration des fonctions collectives.

Ce début de déstructuration des fonctions collectives dans le champ de la santé a été géré de façon très particulière. Comme il était difficile sur un plan social, culturel, et politique d'introduire immédiatement le concept de rationnement de soins de santé, c'est beaucoup plus sur la force de travail que s'est jouée la réforme libérale par la multiplication des contraintes sur le système productif des soins de santé et en particulier l'organisation industrielle du stress dans le système médico-hospitalier.

La naissance du capitalisme informationnel

La troisième période n'a évidemment pas de datation puisque nous la sentons depuis une décennie, telle qu'elle émerge et se construit, dans ce que certains auteurs, et je pense notamment à Manuel Castells⁴, appellent « la naissance du capitalisme informationnel ». Cette troisième époque dessine ce qu'on pourrait appeler déjà le compromis du libéralisme social.

Ce compromis s'incarne très joliment en politique dans les couleurs de l'arc-en-ciel, cet invraisemblable assemblage de trois couleurs politiques. Si vous avez le courage de décrypter l'accord du 17 octobre, la deuxième déclaration de la majorité, vous verrez combien est subtil ce nouveau compromis puisque, en première lecture on peut y voir des sursauts extrêmement intéressants de

solidarité ; on pourrait même trouver une nouvelle progressivité de l'impôt ; on pourrait s'enchanter de différentes conquêtes sociales non négligeables... mais à l'intérieur d'une enveloppe globale de solidarité qui rétrécit, dont on programme historiquement le rétrécissement.

C'est dire que l'avenir de ce nouveau compromis de libéralisme social est pour le moins inquiétant si on continue à indexer notre réflexion à l'égalité. C'est dire aussi que tout un ensemble d'enjeux, dont vos pratiques ont préfiguré l'importance, sont en train de devenir des enjeux de tout le monde.

Nous sommes en train de voir se déployer à toute vitesse une société de services c'est-à-dire une société dans laquelle l'interaction entre travailleurs et usagés est au cœur des rapports sociaux. Un service n'est pas stockable. Un service est une relation dans laquelle, qu'il le veuille ou non, l'usager a une part importante dans la définition de ce qu'est la production des valeurs d'usage. Dans le domaine de la santé et de l'éducation, vous le savez évidemment depuis toujours. Mais ici, c'est toute la société qui est en train de devenir une société de services, c'est-à-dire un ensemble de relations humaines qui appartenaient à la sphère domestique, à la sphère communautaire ou à la sphère administrée et qui entrent aujourd'hui comme composantes du système productif.

On avait déjà repéré le fait que la relation aux enfants soit transformée progressivement en système de services. On l'avait anticipé à propos des vieux : l'évolution démographique de notre société est un levier

extraordinaire de développement d'une société de services. Nous ne pouvons pas être tout à fait sûrs aujourd'hui que cette société de services ne soit pas une société totalement « servicieuse » plutôt qu'une société « servicielle ». En prenant aux deux bouts de la démographie, les enfants et les vieux, et en sachant le sort qui est fait aux vieux notamment dans le segment marchand des maisons de repos, vous voyez tout de suite ce que j'essaie de métaphoriser dans le débat « servicieux - serviciel ».

Voilà quelques points de repères sur les trois époques, en sachant - n'oublions pas Braudel - que la troisième contient la deuxième qui contient la première.

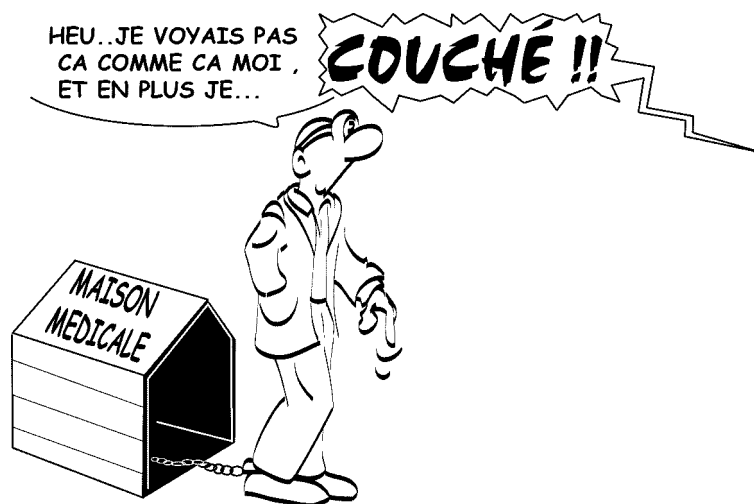
•••••
Micro, méso, macro

Pour suivre, il me semble utile de définir trois niveaux de réflexions. Le premier niveau est le niveau « *micro* » de l'expérience particulière des maisons médicales, - c'est la toute petite poupée russe -, manifestement en pleine croissance.

Le deuxième niveau est le niveau « *méso* », intermédiaire, de l'évolution structurelle du système que l'on appelle encore « *système de soins de santé* » (même si c'est une appellation impropre : la notion de santé n'est pas tout à fait à sa place).

Et puis un niveau « *macro* » qui est le niveau de l'action publique, du champ politique et du mode de développement.

Pour être plus précis, on devrait situer ces trois niveaux entre deux



dimensions qui les encadrent : d'une part le niveau anthropologique de nos perceptions et d'autre part ce que l'on peut appeler le « *méga système* » alias la mondialisation.

Voilà pour le cadre. Je vous propose quelques intuitions pour faire le lien entre micro, méso et macro, c'est-à-dire comment peut-on construire aujourd'hui quelques hypothèses de jugement historique sur le sens de votre expérience à travers cette histoire.

•••••
Quelques hypothèses de jugement historique

Temps 1 : Une alternative non reconnue

En 1972, quand vous êtes en train de naître, vous êtes une alternative non reconnue, subjectivement et objectivement décontextualisée. Vous vous positionnez presque à l'envers de la société avec le très étonnant concept d'autogestion dans une société hétérodoxe et hétérogérée. A l'époque, l'injure que l'on pouvait se faire entre gauchistes était de se dire « toi tu es intégré ». On revendiquait le contraire de l'intégration qui était l'alternative.

Temps 2 : L'intégration comme valeur suprême

Autant dire que dans les vingt ans qui ont suivi, l'intégration a été posée comme valeur suprême des misérables pratiques d'insertion : le but de l'insertion, c'est l'intégration. Vous voyez tout de suite que vous avez été mal pris à peine nés, mais vous n'étiez pas les seuls à être mal pris.

Temps 3 : Une niche reconnue

Trente ans après, vous êtes une niche reconnue. J'emploie le mot « niche » au sens du **segment de marché localisé** et je suppose que vous avez tout un sac de réflexions sur ce que l'on appelle la première ligne et l'échelonnement. Vous êtes donc un segment localisé et **fonctionnalisé** : cela a une fonction et notamment une fonction économique. Je vois que vos études conjointes avec les experts de l'INAMI et des mutuelles n'arrêtaient pas de conforter l'intuition que vous êtes des pionniers de la nouvelle économie et notamment des inventeurs particulièrement intelligents de la gestion de la rareté.

Vous êtes une niche reconnue, un segment localisé et fonctionnalisé, **subjectivement et objectivement très contextualisé**. C'est drôle parce

• Les maisons médicales dans leur cadre socio-politique d'hier à aujourd'hui • (suite) • • • • • • • • •

que ce sont les mêmes, - il y a assez de « vieux » dans la salle pour s'en rendre compte -, mais au bout d'une histoire. La même pratique obstinée et opiniâtre, - l'autogestion, la participation, la proximité des buts, la participation -, tout cela prend un autre sens que vous le vouliez ou non.

•••• **De l'instituant à l'institué**

Évidemment, les nouveaux dans votre groupe ont une impression surréaliste : « Pourquoi attribuer tant de valeur politique à des choses évidentes ? ». C'est là que vous passez de l'instituant, comme on dit en sociologie des organisations, à l'institué. Évidemment ceux qui ont été les pères, les porteurs de l'instituant ne le savent pas, puisqu'ils n'ont pas la perception subjective qu'ont les nouveaux. C'est une évidence fonctionnelle, une évidence économique et une évidence sociale pour l'intégration des jeunes médecins que d'avoir recours à ce système-là de mise en marché de sa compétence.

On a donc une niche reconnue, un segment localisé et fonctionnalisé, ce que signifie bien la progression difficile, mais constante, de votre intégration au système : le « bazar » du forfait et sa revalorisation récente ; vos rapports aux omnipraticiens ; le décret communautaire transformé en décrets régionaux ; et je dirais peut-être même l'avenir général du forfait comme concept de première ligne sociale, si jamais les difficultés prévisibles du financement des soins de santé venaient à se confirmer.

L'expérience de l'écologie politique au pouvoir est exactement la même

chose. On a eu des débats extrêmement difficiles ces dernières années sur le sens de tout cela et sur le rapport entre l'instituant et l'institué. Il y a encore suffisamment d'instituant dans l'écologie politique pour se demander ce qu'on fait dans cette galère, mais on voit bien les accords qu'on est en train de signer. On pourrait donc faire un parallélisme troublant entre l'écologie politique comme alternative non reconnue, subjectivement et objectivement décontextualisée, il y a vingt ans et aujourd'hui, un segment du marché politique localisé et fonctionnalisé.

•••• **L'ambivalence du capitalisme informationnel**

Ce que nous sommes en train de vivre dans la naissance du capitalisme informationnel, c'est le dépassement décisif du mode de développement industriel, du compromis démocratique libéral, qui est une des formes de la démocratie politique, et du compromis social démocrate, - si vous préférez, « les arrangements particuliers entre le capital et le travail ». Ce dépassement ne se fait pas de manière univoque ou unilatérale, et donc, cela autorise la réflexion tant pour la Fédération des maisons médicales que pour les utopistes de l'enseignement ou les écologistes politiques.

Une marchandisation extravagante

La prodigieuse ambivalence de ce qu'on appelle le capitalisme informationnel c'est que d'une part, il se déploie à travers un mouvement de

marchandisation extravagante : une quantité de choses dont on n'imaginait pas qu'elles puissent se vendre et s'acheter et qui finissent par se vendre et s'acheter et cela dans des transactions qui jouent sur l'inégalité des positions sociales.

Un développement de la demande démocratique

Mais il y a d'autre part, au même moment, un prodigieux mouvement symétrique de développement de la demande démocratique. Cette ambivalence est compréhensible : plus il y a marchandisation, plus le capitalisme devient un hôte envahissant de notre intimité. C'est le cas avec la métaphore du câble qui structure le temps privé non-marchand chez nous mais en y apportant autre chose que du privé non-marchand. C'est aussi ce qui se passe dans l'ensemble des débats que l'on qualifie d'éthiques construits par les progrès de la technoscience médicale.

•••• **De penser globalement et agir localement... à penser localement et agir globalement**

En bref, plus le marché est présent dans notre vie, plus il devient plausible de lui poser des questions et donc d'interroger son sens. C'est là qu'il devient pertinent de compléter un de vos principes, - un principe majeur de pensée politique -, qui était de **penser globalement^s pour agir localement**. C'est supposé être la matrice qui accouche d'une maison médicale... enfin, dans le temps... Jacques Morel dans son texte préparatoire dit « ...n'oublions pas de compléter le

principe, de commencer à le compléter : y aurait-il moyen de *penser localement pour agir globalement* ? ». Parce qu'en fait, les petites réserves d'indiens que vous avez créées, les petits segments confinés du marché socio-médical que vous gérez ou autogérez, sont prodigieusement mal pris, du point de vue de votre destinée politique, s'il n'y a pas à la fois les conditions d'une « *pensée locale* » et surtout donc d'un « *agir global* ».

Avec qui agir et sur quoi ? Pour le dire autrement : est-ce que le sens de cette petite poupée russe des maisons médicales peut survivre en acceptant de rester une petite poupée russe qui grossit ? Je crois que, plus il y aura de maisons médicales, plus il sera difficile d'interroger les autres poupées russes. Avec ce qui existe déjà comme maisons médicales, le problème n'est pas d'en avoir plus, mais d'extrapoler ce qu'elles signifient politiquement sur le reste du système. Pour moi, c'est ça penser localement, agir globalement.

••••

Les enjeux de la réflexion intime

Essayons de préciser. Au centre de la réflexion intime des maisons médicales et plus généralement de toute la société, qu'est ce que je repère ?

Penser le travail

Le travail est aujourd'hui pensable c'est-à-dire que nous ne sommes plus obligés de rester inscrits dans le théorème fondamental du capitalisme

concernant le salariat⁶. L'idée du salariat est que « *je te donne ma force de travail et tu en fais ce que tu détermènes bon d'en faire* ». C'est l'échange d'une force de travail contre l'hétéronomie de l'acte : « *ce n'est pas moi qui détermine le sens de l'acte* ». D'une certaine façon, la médecine libérale participe de ce théorème.

Il devient non seulement possible mais nécessaire pour tout le monde de considérer qu'il y a moyen de faire conflit sur le sens du travail. Figurez-vous que c'est nouveau. Dans tout le déploiement du syndicalisme, mis à part quelques moments historiques et quelques poches de réflexion du côté de l'anarcho-syndicalisme, le travail est « impensé ». On pense l'emploi, le statut, éventuellement les conditions d'hygiène et de sécurité et l'augmentation du salaire. Mais, on ne pense pas le travail puisque le travail appartient au capital, au patron : c'est ça le sens du salariat.

Je pense qu'aujourd'hui, dans toute notre société, ce théorème, qui est le théorème fondamental du capitalisme, bascule. La montée des capitaux culturels et scolaires de la population et la complexité des tâches dans une société de services rend le travail possiblement, voire nécessairement, pensable. C'est ce que vous avez commencé à faire dans l'interdisciplinarité, dans la pluridisciplinarité, dans la transdisciplinarité. Si c'est « pluri », vous ne pensez pas ; si c'est « inter », vous commencez à avoir des doutes ; si c'est « trans »... ce sera en 2002 ! Dans vos équipes pluri, inter, trans, vous commencez à penser le travail. Mais vous pensez le travail dans vos niches, à l'intérieur d'un système qui est en train de détruire le travail. C'est,

pour parler bref, le stress hospitalier, - et/ou métaphore du stress général des relations de production -, qui vous envoie beaucoup trop de patients porteurs de souffrance sociale du travail. Soit parce qu'ils n'en ont pas et qu'ils en cherchent, soit parce qu'ils en ont. Ces gens-là, ne pouvant exprimer politiquement ou socialement leur souffrance, déboulent chez vous transformés en patients. Si vous les accueillez comme patients, vous occupez votre « niche fonctionnelle ». Si vous participez d'un processus qui refuse cette construction-là de la souffrance, vous réinterprétez vos projets politiques. C'est donc « *penser le travail* » que permet une société de services. Penser le travail comme qualification collective ou plus précisément coopérative⁷.

Libérer le pouvoir d'usage

Deuxième enjeu au centre de la réflexion intime : c'est libérer le pouvoir d'usage. La notion est très belle : le pouvoir d'usage des citoyens potentiellement patients. Je sais que cela fait partie de votre charte, de vos principes, de vos enjeux, de votre tradition. Néanmoins, ça reste une de vos difficultés fondamentales, notamment du fait qu'un citoyen devenu patient n'est en général plus citoyen parce qu'il est patient. Ce n'est pas facile de réveiller le citoyen dans le patient. Il est potentiellement plus pertinent de prendre les citoyens avant qu'ils ne soient patients : ils sont encore porteurs d'une plus grande universalité.

Libérer le pouvoir d'usage des citoyens potentiellement patients, deuxième enjeu fondamental de votre réflexion intime, ce n'est qu'une métaphore de l'ensemble des chantiers

• Les maisons médicales dans leur cadre socio-politique d'hier à aujourd'hui (suite)

d'aliénation ou des chantiers d'émancipation dans toute la société : à partir du moment où le capitalisme se fait massivement producteur de culture, la libéralisation du pouvoir d'usage dans une société informationnelle est un enjeu crucial généralisé.

Interroger la rationalité d'une fonction collective

Le troisième enjeu, à la croisée des précédents, interroge la rationalité ou plus exactement la « non raison » d'une fonction collective. Il n'y a, à mon avis, qu'une seule voie possible pour interroger cette rationalité, c'est de délibérer contradictoirement à partir des deux postures que j'énonçais : « *penser le travail* », « *libérer le pouvoir d'usage* ». La fonction collective est entre les deux. Autrement dit, la santé se joue

exactement dans l'interaction de ceux qui pensent le travail des soins et des tâches attenantes à la santé, vous notamment, et ceux qui sont amenés à produire la délibération du point de vue de l'usage, à savoir les citoyens/patients.

•••• Au cœur du contexte

Cela est au centre de la réflexion intime. En face de ça, que se passe-t-il au cœur du contexte ? Il se passe trois choses.

Gestion de la rareté

On est devant un gigantesque enjeu de gestion de la rareté... dans l'abondance. Qu'est-ce que cette gestion de la rareté ? C'est que les progrès de la techno-science médicale sont tels, le

vieillesse de la population est tel, et la conscience progressive de la mondialisation des problèmes de santé publique est telle, qu'on ne peut pas ne pas voir la rareté. Même avec des budgets de santé publique qui croissent toujours plus vite que la richesse nationale, on est inéluctablement devant la gestion de la rareté qui nous confronte à un choix dont vous pourriez être un acteur plus qu'important quelle que soit votre marginalité.

Gestion de la puissance techno-scientifique

En face de cette puissance, il y a tout simplement des individus ; tant face à la mort, - c'est la question qui se construit dans le débat sur l'euthanasie -, que par rapport à la naissance, - ce sont les questions qui se construisent autour de l'intervention génétique.

Gestion des risques

Troisième enjeu au cœur du contexte : soit les systèmes de soins de santé s'orientent vers une sélectivité sociale féroce, éventuellement modulée par une politique autoritaire des modes de vie. Les Anglo-saxons ont quelques longueurs d'avance sur nous dans cette horreur-là, mais la menace sur l'ensemble des systèmes des soins de santé publique en Europe d'aujourd'hui est tout à fait patente. Ou, - c'est là qu'il y a peut-être d'autres choix possibles -, une mutation culturelle importante portée par des pratiques professionnelles et par des pratiques sociales. C'est-à-dire des pratiques qui mobilisent ce que j'ai appelé « *les enjeux de la réflexion intime* ».



•••••

Exporter les principes d'expérimentation « micro »

Vos principes d'expérimentation « micro » - démedicalisation, autonomie, participation, proximité des buts, équipe pluri, inter et trans, autogestion et non hiérarchie - ont à mon avis une pertinence extraordinaire si vous les exportez comme grille de lecture ; pas si vous les autogérez dans des « niches ».

Comment inscrire les principes d'expérimentation « micro » dans leur réelle dimension de structuration de réseau global ; ou, si vous voulez, comment formuler la recherche des voies et moyens d'une intégration verticale et horizontale des maisons médicales. En français, ça veut dire :

- *l'intégration verticale*, c'est investir et subvertir le théorème du premier échelon et donc, construire les voies et moyens d'un conflit sur l'organisation des soins de santé plutôt qu'en occuper un segment ;
- *l'intégration horizontale*, c'est l'intégration dans le territoire : le comble de la démedicalisation, c'est l'intervention collective sur l'ensemble des cofacteurs producteurs de la santé ou, aujourd'hui, massivement producteurs de mal-être.

•••••

Les quatre chemins, plus un

Je vois quatre chemins plus un pour explorer ces liens entre votre radicalité, comme vous le dites joliment, et le contexte dans lequel cette radicalité se déploie. Ce qui est drôle, c'est que chacune des voies

pourrait porter un nom très ancien.

« Penser le travail » ou « le renouveau du syndicalisme »

La première voie⁸, c'est de donner de l'ampleur au thème de la réflexivité du travail ; c'est-à-dire de contribuer à penser le renouveau du syndicalisme. Si vous le faites dans votre niche et entre vous, étant donné que vous êtes votre propre patronat et votre propre salariat, cela vous promet beaucoup de souffrances et peut-être un début de schizophrénie. Je ne crois pas que ce soit la voie à suivre de vous mettre dans de telles conditions de souffrance et de vous limiter à penser le travail entre vous.

Ce que vous avez commencé à penser comme potentiel de réflexivité du travail dans les équipes transdisciplinaires prend son sens social si vous continuez le débat avec les infirmières et les aides soignantes, les paramédicaux et même les médecins du système général médico-hospitalier. L'axe sociétal de votre action est la contribution au renouveau du syndicalisme. Le syndicalisme dans les soins de santé a donné quelques signes intéressants dans ce sens. Il ne s'agit pas de donner des leçons mais de continuer à rencontrer et à chercher les voies et moyens d'une coalition de vos réflexions et de leur action générale pour renouveler ce que le syndicalisme peut porter comme transformations dans notre société.

« Libérer le pouvoir d'usage » ou « le renouveau du mutualisme »

Le deuxième chemin porte un nom très vieux aussi. Si on a pris au sérieux le théorème de la libération du pouvoir

d'usage, comment ne pas voir que vous posez la question du renouveau du mutualisme. Je vous invite à relire un vieux courrier du Centre de recherche et d'information sociopolitiques (CRISP) de Pierre Reman, - mais je crois qu'il était signé Simon Leblanc -, sur les mutualités, daté d'à peu près quinze ou vingt ans, dans lequel il explore, en deux ou trois pages, la perte de capacité historique des mutualités de poser la question du pouvoir d'usage. Au-delà de la métaphore des maisons médicales, le thème intime de la libération du pouvoir d'usage en terme sociétal s'interprète comme « Y a-t-il moyen de contribuer au renouveau du mutualisme ou faut-il, si c'est vraiment impossible après différents essais, accompagner l'émergence de formes sociales qui puissent assumer ce rôle de lutte pour l'émancipation du pouvoir d'usage ? ».

« Contester la marchandisation » ou « le renouveau du projet de l'économie sociale »

Le troisième chemin porte encore un nom archéologique, c'est le projet de l'économie sociale. En fait, vos « bazars » de non hiérarchie, d'égalité ou de simili-égalité, et de non lucrativité de vos structures, si ce ne sont pas des paravents, sont porteurs du très vieux projet historique d'une économie sociale ; ou, si vous voulez, le projet d'une société capable de produire non pas contre elle-même mais avec elle-même.

Vous n'êtes pas seuls à vous inscrire dans ce très vieux projet, - peut-être le projet le plus subversif -, face au capitalisme, qui est de produire

• Les maisons médicales dans leur cadre socio-politique d'hier à aujourd'hui • (suite) • • • • • • • • • •

autrement que le capitalisme non pas dans une niche, mais comme lieu d'expérimentation d'un conflit sur ce qu'est le capitalisme.

Le troisième chemin, c'est de voir tout ce qui peut ressembler à une coalition de coopératives ou de forces publiques et non marchandes qui contestent la marchandisation progressive de la plupart des segments des soins de santé.

« Transformer la culture » ou « l'actualité de l'éducation populaire »

Le quatrième chemin, très vieux aussi, c'est l'actualité de l'éducation populaire, - on dit l'éducation permanente depuis le décret de 76. L'éducation populaire n'est évidemment pas l'éducation dont le peuple est l'objet. C'est une éducation dont le peuple est le sujet, c'est-à-dire la transformation de l'expérience quotidienne aliénée ou exploitée en expression collective et surtout en savoir stratégique.

Il y a aujourd'hui dans les cabinets des maisons médicales des trésors de guerre de savoirs sociaux. Toute l'expérience sociale, sociétale qu'apportent les citoyens transformés en patients, porteurs de très nombreux signes de souffrance sociale, ce sont des savoirs sociaux stratégiques. La question est de savoir comment utiliser ce trésor de guerre des savoirs sociaux et en faire une force de transformation culturelle.

« Développer la société en réseau du côté des résistants » ou « vers un syndicat de la vie quotidienne »

La cinquième piste, c'est comme du temps de la naissance du mouvement ouvrier et du Parti ouvrier belge⁹. Aujourd'hui le problème n'est pas de faire renaître le Parti ouvrier belge, mais de développer ce que Castells appelle la « *société en réseau* » mais du côté des résistants. Je ne sais pas si vous avez suivi cet été la difficile mais spectaculaire naissance de l'idée d'un syndicalisme de la vie quotidienne. Peut-être l'organisation qui voulait naître est-elle toujours dans les limbes mais le concept, quant à lui, n'est plus dans les limbes. L'idée d'un syndicat de la vie quotidienne, idée maîtresse aujourd'hui si on veut prolonger une tradition critique par rapport au capitalisme¹⁰, c'est qu'une bonne partie de l'aliénation et de l'exploitation s'est déplacée de la professionnalité ou des relations collectives de travail à l'ensemble des manières dont on vit ensemble. En d'autres mots, les conflits ne sont plus tellement à venir dans les usines mais dans les innombrables aspects de la vie quotidienne structurés par des relations de services¹¹.

Et vers l'émancipation culturelle de « l'égalité-liberté »...

La question qui se pose sur la cinquième piste est de savoir comment

structurer des coalitions d'initiatives et de luttes non apparentées entre elles, - sauf qu'elles pourraient se découvrir comme apparemment cette recherche d'émancipation - ; ou, dans les termes de votre idéologue local, Pierre Drielsma, qui pose une merveilleuse question : « à la croisée de la liberté et de l'égalité ».

Cela fait cent cinquante à deux cents ans que l'on a construit un conflit entre les tenants de l'égalité et les tenants de la liberté. Je vous renvoie à la lecture de Balibar¹² qui dans l'un de ses derniers ouvrages a proposé la naissance d'une nouvelle idée politique ou d'une nouvelle valeur qui est l'*égale-liberté* ; il en a fait un raccourci et ça devient l'*éga-liberté* ». Ce n'est pas une synthèse centrée du conflit qui nous a animés pendant cent cinquante ou deux cents ans, mais un dépassement d'une antinomie qu'une société d'individus ne peut plus accepter.

Une société d'individus ne peut pas opposer l'égalité à la liberté. On doit donc penser l'*égale-liberté* - et par rapport à l'enjeu de la santé, c'est splendide. C'est ce qui se joue aux extrêmes de ce qu'on appelle la question de la santé autour de la naissance et de la mort et où, pour l'instant, on est aux antipodes de l'*égale-liberté*. C'est aussi ce qui se joue par rapport à un aspect fondamental de vos métiers : la question de la souffrance. Par rapport à ces grands

paramètres, travailler le thème de l'égalité-liberté et donc travailler les coalitions tout à fait hétérodoxes qui permettraient de comprendre que ceux qui luttent sur les enjeux urbains, que ceux qui luttent sur les enjeux d'emplois ou sur les enjeux sociaux, que ceux qui luttent pour la survie du cinéma non-marchand à Liège, et que ceux qui luttent pour le remboursement intégral des soins de santé pour les enfants cancéreux, se découvrent des dénominateurs communs ou, en

tout cas, les raisons d'un dialogue qui puisse donner force à chacune des particularités de leur lutte de manière à en chercher, je ne dirais pas l'universalité, mais en tout cas la parenté. Je ne vois pas comment qualifier autrement l'avenir des luttes qu'autour de l'idée de l'émancipation culturelle. L'émancipation culturelle, c'est donc l'égalité-liberté des individus, des travailleurs, des usagers, des citoyens, d'attribuer du sens à la vie sociale. Les conflits sur

la redistribution sociale sont certes d'actualité mais ils ne prennent sens qu'à condition qu'on pose les questions de rationalité des fonctions collectives : pour le dire autrement, c'est difficile de se battre pour distribuer les choses dont on doute qu'elles aient du sens.

Voilà donc, quelques mots d'introduction...

1. Dans la lignée de la célèbre École des Annales, instigatrice de toute l'historiographie moderne, Fernand Braudel (1902-1985) a bouleversé la façon de concevoir et d'écrire l'histoire. *Écrits sur l'histoire*, éd. Flammarion, Paris, 1969, rééd. 1977. *La Dynamique du capitalisme*, éd. Arthaud, Paris, 1985. *L'Identité de la France*, (3 vol.), éd. Arthaud, 1986.
2. Donc des réductions d'impôts, en français.
3. Pas simple du tout : vous l'avez vécu au cours de la deuxième grève des médecins.
4. *L'ère de l'information T1 : La société en réseaux*, Ed. Fayard.
5. On essaie de voir toutes les contra-

- dictions du monde.
6. Qu'on ne me fasse pas croire que les médecins ne sont pas salariés en solidarité de la sécurité sociale. Même s'ils ne le savent pas, ils le sont.
 7. Co-opérer.
 8. Quand je dis *première*, c'est dans tous les sens du mot, puisque vous êtes d'abord ici comme des travailleuses et des travailleurs. Plutôt que de croire qu'il s'agit d'un rassemblement d'idéologues, je crois qu'effectivement, l'idée de se reconnaître comme mouvement de travailleur, est une excellente première idée.
 9. Parce que c'étaient les quatre dimensions du mouvement ouvrier : dimension syndicale, dimension mutuelliste,

- dimension coopérative et dimension de l'éducation populaire. En plus de ça, à l'époque, ils avaient créé un parti : le Parti ouvrier belge.
10. « critique » est un faible mot.
 11. C'est là qu'on retrouve l'usine, mais transformée.
 12. Etienne Balibar, *Droit de Cité : Culture et Politique en démocratie*, Ed. de l'Aube, coll. Monde en cours ; *La philosophie de Marx*, Ed. La découverte, coll. Repères ; *La crainte de masses*, Ed. Galilée ; *Race, Nation, Classe : les identités ambiguës*, Ed. La découverte ; *Les frontières de la démocratie, essais et erreurs, 1981 – 1991*, Ed. La découverte, coll. Les cahiers libres ;...

Eric Charles, journaliste

.....

En France, un projet de recherche infirmier vient d'être retenu dans un appel d'offre lancé récemment par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Ce travail pluridisciplinaire porte sur les écrits infirmiers comme outil d'amélioration de la qualité des soins, mais également vecteur de changement de la pratique infirmière.

.....

Le projet récompensé, soutenu financièrement par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, s'inscrit dans un travail de recherche clinique conduit par Dominique Friard, infirmier en psychiatrie au centre hospitalier de Laragne (Hautes-Alpes). « Les travaux réalisés sur les écrits infirmiers et sur les feuilles d'observation du dossier de soin en particulier, en montrent l'aspect fragmentaire. D'où l'intérêt de notre programme de recherche clinique », explique Dominique Friard. En effet, les transmissions inter-équipes sont essentiellement orales, avec les approximations, les déformations, les risques d'erreur et les oublis que cela implique.

.....

Évolution de l'écrit

Il n'en a pas toujours été de la sorte en secteur psychiatrique. Ainsi, les transmissions infirmières étaient d'une grande précision dans les années 1930 et 1950. À cette époque, les psychiatres recouraient à différents traitements nécessitant le strict respect de protocoles écrits par l'équipe soignante. L'insulinothérapie, par exemple, consistait à provoquer un coma diabétique chez les patients afin d'induire une régression leur permettant de faire un retour sur leur traumatisme. Les infirmiers psychiatriques et les médecins demeuraient au chevet du patient dix à douze heures. Ils devaient suivre une procédure stricte et écrite afin d'assurer la réanimation et la psychothérapie. L'insulinothérapie a fait place à l'électrochoc, nécessitant également une transmission écrite très encadrée.

Paradoxalement, alors que les infirmiers psychiatriques pratiquent des entretiens au sein de consultations infirmières spécifiques, l'écriture clinique n'a cessé de perdre du terrain. De nombreux médecins et infirmières estiment que cette écriture infirmière devrait être limitée à l'essentiel. Certains évoquent des arguments juridiques (l'écrit infirmier pourrait être une preuve à charge). D'autres estiment que ce que l'on ignore est plus important que ce que l'on sait, et donc qu'il vaut mieux chercher l'information plutôt que l'écrire. Enfin, les derniers considèrent que l'écriture tue la parole, plus on écrirait, moins il y aurait de place pour l'échange.

Les écrits infirmiers se sont progressivement limités à quelques mots dans le cahier de rapport. « L'obligation de créer un dossier de soin, dont l'infirmier est responsable, et l'utilisation de la démarche de soin, ont multiplié le nombre de supports d'informations, mais pas leur pertinence clinique », analyse Dominique Friard. Check-list, aide-mémoire, tableaux, affichages, la gamme des supports écrits qui s'est constituée au cours des vingt dernières années dans le travail hospitalier est considérable. Leur croissance est liée à la technisation des soins, à la complexification des traitements, à la diversité des intervenants et des services, et au désir de se prémunir contre les poursuites pénales.

.....

Une écriture centrée sur « l'ordre hospitalier »

Le projet de recherche de Dominique Friard fait suite aux travaux de Jean-Louis Gérard à l'École des cadres de Sainte-Anne. Au début des années 1990, ce cadre a effectué une analyse sur une semaine d'écrits infirmiers et a isolé sept catégories : les mouvements (entrées et sorties), les traitements, la pathologie, les manifestations de santé, les contacts, l'équipe pluridisciplinaire et le rôle propre.

Les trois premières catégories (surveiller, appliquer les prescriptions, discerner les dysfonctionnements) représentent, à elles seules, près de 74 % du contenu des messages transmis. En un mot, une écriture infirmière fortement emprunte d'une culture de surveillance. Dans le détail,

BON...PARÉ À ÉCHANGER LES INFOS ! À TOI , OVER ...



l'activité infirmière centrée sur la surveillance des mouvements des malades représente un message sur trois dans l'étude de Jean-Louis Gérard.

« Les informations sont laconiques. Pour la forme, les phrases comprennent un verbe sans sujet dans un style télégraphique », observait le cadre enseignant de Sainte-Anne. Pour le fond, l'heure de sortie et de retour sont notées, dans quelques cas, il est précisé le motif de retour. Dans le domaine de l'exécution des prescriptions, la majeure partie des informations servent à justifier que l'infirmière a bien exécuté les prescriptions médicales. Enfin, les écrits sur les manifestations pathologiques semblent constituer une réponse à des demandes médicales supposées : les constatations sont fragmentaires, avec un vocabulaire technique assez réduit. Les infirmiers s'abstiennent presque systématiquement de toute considération touchant au diagnostic (l'affaire du médecin) et de toute réflexion personnelle (parce que cela n'est pas médical), pour se limiter aux faits bruts et aux suggestions pratiques d'ordre ponctuel (médicaments mal tolérés, problèmes financiers à résoudre, etc.). La caractérisation, la

description proprement dite des comportements du patient, emprunte un vocabulaire qui ne recouvre pas la réalité quotidienne du travail infirmier.

••••

Les ethnographes de terrain

Deux études animées par Dominique Friard ont poursuivi ces travaux ethnographiques de terrain : les travaux de groupes de recherche en soins infirmiers du centre hospitalier d'Esquirol (Val-de-Marne) et ceux de l'Association laragnaise d'exploration en démarche de soins (ALEDS) du centre hospitalier de soins de Laragne (Hautes-Alpes). Quatre infirmiers membres du groupe de recherche en soins infirmiers d'Esquirol ont repris les différents messages rédigés par les infirmiers de leur établissement. « Nous avons retenu sept périodes d'une semaine dans les cahiers de rapport de cinq unités de notre secteur, de février 1977 à janvier 1992 », explique Dominique Friard. L'exploitation des résultats confirme les proportions de l'étude « princes » du cadre Jean-Louis Gérard.

Ainsi, l'activité infirmière centrée sur l'observation des manifestations de santé représente 10 % des messages

dans les cahiers de rapport. Cependant, avec le dossier de soins, le rapport pathologie/manifestations de santé s'inverse. Quand l'un diminue, l'autre augmente. En réalité, tout concourt à rendre secondaire, accessoire, l'évaluation des manifestations de mieux-être, sauf pour signaler l'adaptation du patient à l'institution ou à rendre compte indirectement des effets de chimiothérapie. Il y a peu d'événements positifs à transmettre : uniquement des incidents, des ratés regrettables dans le fonctionnement du système. « Nous avons également noté l'importance des mots « bons », « bien », « mieux », qui tiennent lieu d'échelle d'appréciation. Le quotidien hospitalier est la plupart du temps absent de ces écrits », constate Dominique Friard.

••••

Le rôle propre infirmier : inexistant dans les écrits infirmiers

C'est surtout le rôle propre infirmier qui est réduit à peau de chagrin (2 %). Ce rôle propre ne concerne que les situations où l'urgence implique l'initiative, ce qui entraîne le renforcement du contrôle intramuros : portes fermées, chronicisation des patients par absence de prise d'initiative infirmière. L'infirmier est ainsi invité à témoigner de la bonne marche du service de soins et non pas de sa capacité à être soignant. « Celle-ci apparaît peu. Nous avons pu ainsi analyser deux séquences d'une semaine où aucune initiative infirmière n'a été prise », observe Dominique Friard.

• Écriture et qualité des soins • (suite) • • • • • • • • • •

La mise en place du dossier de soins infirmier change assez peu de choses. Le rôle du dossier n'est pas d'enregistrer scrupuleusement les preuves données par le patient de son aptitude à se tirer honorablement des situations difficiles, ni de donner un échantillonnage moyen de la conduite passée de l'intéressé. Son rôle essentiel est de décrire les différentes manifestations de la maladie et de montrer qu'on a bien fait de l'hospitaliser. « Ainsi utilisé, le cahier de rapport ou le dossier de soins est impropre à simplement reconnaître l'autre comme sujet. À trop rechercher le symptôme, nous passons à côté des ressources des patients. Les éléments essentiels du soin en terme qualitatif apparaissent également impossibles à appréhender puisque le soin lui-même n'est pas décrit », concluait le groupe de recherche d'Esquirol.

Cependant, cette étude a eu très peu d'effets sur la pratique, et notamment sur l'écriture infirmière. « Ces conclusions étaient inentendables pour de nombreux infirmiers et médecins. C'est pourquoi l'Association laragnaise d'exploration en démarche de soins a choisi un autre angle d'attaque pour initier une démarche plus riche d'effets sur les plans quantitatifs et qualitatifs », poursuit Dominique Friard.

•••• **Décrire le soin, c'est aussi le penser**

L'Association laragnaise d'exploration en démarche de soins a pour but de mettre en place un dispositif d'aide et de soutien à l'utilisation de la

démarche de soins auprès des équipes. Ses objectifs sont de décrire les soins infirmiers, de créer une atmosphère propice au soin et à la réflexion sur le soin. L'Association laragnaise d'exploration en démarche de soins existe depuis novembre 1998 et regroupe quatorze soignants qui ont suivi une formation dispensée en 1997-1998 par Dominique Friard, chargé de mission sur la démarche de soin au sein de l'établissement. Ses membres se réunissent une fois par mois. Ils se sont fixés comme premier objectif de faire un état des lieux du soin tel qu'il apparaît retranscrit dans les dossiers des différents services intra- et extra-hospitaliers. « La démarche de soins en tant que méthode de pensée et d'organisation du soin n'existe pas en tant que telle, aujourd'hui, à Laragne. Les soignants ont fait l'hypothèse que les différents groupes de formation à la démarche de soins modifient la façon d'écrire des infirmiers », avance Dominique Friard. Avant de vérifier cette hypothèse, il était nécessaire de mesurer l'existant.

Après quelques tâtonnements, les soignants de Laragne ont fabriqué un outil destiné à recueillir les écrits infirmiers dans six unités sur les douze de l'établissement : deux unités d'accueil, une unité de gériatrie et trois unités extra-hospitalières. Les écrits proviennent des cahiers, classeurs et dossiers du patient utilisés dans ces structures de soins, et portent sur la période 1997-1999. Les soignants sont partis d'une base de cinq dossiers par unité, choisis au hasard. Pour chaque dossier, une période d'une semaine a été prise en compte. Neuf catégories ont été décrites : les

données somatiques, le mieux-être, les « demandes » du patient, la pathologie psychiatrique, les relations aux autres, l'anamnèse, l'impact sur la relation soignant-soigné, l'effet du soin et son éventuel réajustement.

Les soignants se sont ensuite livrés à une analyse de contenu. Ils ont listé tous les soins retrouvés et ont retenu cinq soins le plus fréquemment décrits. Par ordre d'importance : les visites à domicile, les préparations de médicaments, les injections retard, les entretiens et les accompagnements.

« Si nous partons du fait qu'il n'existe de soins qu'écrits, c'est-à-dire décrits, ramenés à un projet et à des objectifs de soins qui servent d'éléments d'appréciation sur un plan technique, relationnel et éducatif, nous constatons que peu de soins sont pratiqués dans les différentes unités », remarque Dominique Friard. Deux ou trois semaines peuvent s'écouler sans qu'aucun soin soit noté comme ayant été pratiqué à un patient donné. Chaque structure de soins semble pouvoir être caractérisée par un nombre restreint de soins. Par exemple, au Club (nom d'une des unités extra-hospitalières), on retrouve surtout les accompagnements et les visites à domicile. « D'autres soins sont certainement pratiqués, mais comme ils ne donnent lieu à aucune transmission écrite, ils sont introuvables et quasi inutilisables dans le registre d'une synthèse longitudinale ou de la démarche de soins », ajoute Dominique Friard. Les réactions du patient à ces soins sont et resteront inconnues. En outre, le but des soins apparaît rarement dans les écrits. Au Club, les patients sont accompagnés pour faire leurs courses,

Questionnaire sur l'écriture

Ce questionnaire comprend vingt items :

1. Quelle place tient l'écriture dans votre pratique professionnelle ?
2. Quelle place devrait-elle tenir ?
3. De quelle nature sont vos écrits professionnels ?
4. À quelles occasions écrivez-vous (moments, fréquence, circonstances) ?
5. Combien de temps consacrez-vous quotidiennement à l'écriture ?
6. En moyenne, quel volume occupe vos écrits pour un même sujet ?
7. Les signez-vous ?
8. Quels supports utilisez-vous ?
9. S'agit-il d'écrits individuels ou d'écrits rédigés en commun ?
10. Existe-t-il des choses que vous n'écrivez pas ? Si oui, à quel registre appartiennent-elles ?
11. À qui ces écrits sont-ils destinés ?
12. Avez-vous l'impression que ces écrits sont lus ?
13. Quels éléments vous permettent de le dire ?
14. Dans ce que vous écrivez et dans la liste ci-dessous, quels sont les trois éléments les plus importants (notation : un pour le plus important et trois pour le moins important) : les troubles du comportement, l'évolution du sujet, les mouvements dans l'institution, l'évaluation des actions entreprises, les relations établies avec le personnel, les projets individuels ou collectifs ?
15. Vos écrits sont-ils le support d'une réflexion collective ? Si oui, de quelle façon ?
16. Avez-vous été formé à l'écriture professionnelle ? Si oui, de quelle façon ?
17. Lisez-vous les écrits de vos collègues ?
18. Que vous apportent-ils ?
19. Vous apparaissent-ils satisfaisants ? Sinon, qu'aimeriez-vous y trouver ?
20. Citez cinq mots qui s'associent pour vous à « Écriture » ?

aller à la pharmacie acheter leurs médicaments, chez le généraliste, à la banque, etc. Au Juvénilis (autre unité extra-hospitalière), le patient vient régler ses problèmes, demander à participer à l'activité du marché.

« Dans tous les cas, la dimension thérapeutique de l'accompagnement est constamment oubliée. Car à ne pas fixer d'objectif thérapeutique aux accompagnements, aux entretiens, aux visites à domicile, on reste centré sur

l'aspect réel et on oublie l'enjeu éducatif ou relationnel de ce soin. »

•••••

Le projet de recherche de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé prend le relais

Les deux cent cinquante mille francs français du projet de l'Agence nationale d'accréditation et d'évalu-

ation en santé vont permettre à l'Association laragnaise d'exploration en démarche de soins de poursuivre son travail de recherche clinique ; un questionnaire (voir encadré) portant spécifiquement sur l'écriture a été élaboré. Il a été soumis aux soignants de cinq établissements (centre hospitalier Laragne, centre hospitalier général de Gap, centre hospitalier Esquirol, centre hospitalier Gérard-Marchant). Une trentaine d'infirmiers à travers quatre associations de

• Ecriture et qualité des soins
• (suite)



recherche clinique, les directions des services de soins infirmiers et les psychiatres participent à ce programme de recherche.

Le financement de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé va permettre d'analyser statistiquement les résultats de l'enquête. Les premiers éléments d'analyse montrent que les infirmiers sont globalement insatisfaits de l'écriture de leurs collègues (75 %), qu'elle leur semble manquer de précisions, de détails sur le contenu des soins, que les soins ne sont pas suffisamment évalués. « À la différence des soignants de soins généraux, les infirmiers psychiatriques ne cherchent pas la précision ou la traçabilité mais désirent que l'écriture fasse la part belle à la parole des patients ainsi qu'à leur ressenti », conclut Dominique Friard.

janvier 2000 dans l'ensemble des établissements participants. Elle participera à l'élaboration de critères, qui sera la prochaine étape de l'enquête. À terme, il ne s'agira pas d'écrire plus ou d'écrire moins, mais d'écrire mieux. Le soin sera plus finement décrit, sa finalité tend à être mieux repérée, la parole du patient mieux rapportée et les manifestations de mieux-être davantage prises en compte, notamment dans le quotidien, et les soins plus régulièrement évalués. Ainsi deviendra-t-il de plus en plus possible d'évaluer la qualité des soins dispensés à partir de ces écrits.

C'est pourquoi une formation action à l'écriture a été mise en place dès

Article paru dans la Revue de l'infirmière n°61 de juin 2000.

L'hépatite C, une maladie à haute prévalence chez les usagers de drogues par voie intraveineuse

Baudouin Denis, Martine Dedobbeler, médecins généralistes au collectif de santé Charleroi Nord, Thierry Collet, médecin généraliste, Jean Petit, médecin généraliste au collectif de santé de Gilly, Marc Jamouille, médecin généraliste, Abder Hayani, gastro-entérologue, Réginald Brenard, hépatologue à l'hôpital Saint-Joseph de Gilly

Le Groupe d'études des maladies associées à la toxicomanie (GERM) a analysé les données concernant trois cent vingt-neuf usagers de drogues suivis par dix médecins généralistes en 1995. Cette étude montre la rapidité avec laquelle l'hépatite C touche les usagers par voie intraveineuse : près d'un sur deux dès le premier mois de cette pratique. Elle met en évidence le danger des comportements à risque, révélant notamment le rôle du « coton » qui n'avait jamais été analysé auparavant. Ces données devraient entraîner une adaptation des programmes de prévention.

L'hépatite C est particulièrement fréquente chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et constitue un problème majeur de santé publique. Des études antérieures ont montré une prévalence (taux total d'infection) de 55 à 100 % dans cette population, avec une incidence (taux de nouvelles infections en un an) de 5 à 30 %. Deux facteurs de risque ont été mis en évidence : l'échange de seringues et d'aiguilles ainsi que la durée totale de la pratique d'injections. Le rôle du partage d'autres objets utilisés pour l'injection, tels que l'eau de dilution du produit, le coton destiné à le filtrer ou la cuillère n'avait jamais été étudié auparavant.

L'étude du Groupe d'études des maladies associées à la toxicomanie s'est fixé un triple objectif : déterminer la séro-prévalence (prévalence évaluée d'après des tests sanguins) des hépatites B et C et du SIDA chez les usagers de drogues par voie intraveineuse en comparaison avec les usagers non injecteurs, affiner les relations entre l'hépatite C et les comportements à risque lors de la pratique d'injections, identifier les candidats potentiels pour un traitement.

Méthode

Dans le courant de l'année 1995, dix généralistes de la région de Charleroi ont sélectionné parmi leurs patients des usagers de drogues susceptibles de rentrer dans l'étude. Le critère d'inclusion était l'usage d'héroïne,

passé ou actuel ; l'existence de consommations associées (cocaïne, benzodiazépines, amphétamines) ne constituait pas un critère d'exclusion. Un questionnaire standardisé a été rempli lors d'interview face à face, concernant l'âge de début de la prise d'héroïne, l'usage intraveineux, la durée totale de ce type d'usage, sa fréquence, la consommation seul ou en groupe, les infections préalables, l'échange de matériel.

Les patients subissaient ensuite une prise de sang destinée à tester les hépatites B et C et le SIDA, ainsi qu'un dosage de GPT (test détectant une inflammation du foie). Tous les patients furent suivis jusqu'en juin 1998, le dosage de GPT et les tests viraux négatifs étant répétés deux fois par an. Les autres investigations éventuelles (biopsie du foie, test PCR*) furent également répertoriés.

Résultats

Dans les deux catégories, on compte trois-quarts d'hommes et un quart de femmes.

Leur âge moyen au moment de l'inclusion était de 25,9 ans, celui des hommes (26,7 ans) étant plus élevé que celui des femmes (25,2 ans). Les injecteurs étaient significativement plus âgés (26,3 ans) que les autres (24,8 ans). L'âge lors de la première injection allait de 13 à 34 ans, avec un âge moyen de 21 ans.

Le risque d'hépatite B ou C s'est révélé être en corrélation étroite avec

L'étude originale, présentée ici sous une forme légèrement simplifiée, a été publiée dans *Acta Gastro-Enterologica Belgica*, vol. LXIII, pp 147-153, avril-juin 2000.

La bibliographie de cet article est disponible sur demande à la Fédération des maisons médicales.

• **L'hépatite C, une maladie à haute prévalence chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (suite)**

Usagers de drogues	par injection	sans injection	total
nombre de personnes	244	85	329
âge moyen	26,3 ans	24,8 ans	25,9 ans
positifs pour hépatite C	78,3 %	2,4 %	
positifs pour hépatite B	35,7 %	8,3 %	
positifs pour SIDA	0,9 %	0 %	0,9 %

la pratique de l'injection : des anticorps anti-hépatite C (témoins d'une infection) furent découverts chez 78,3 % des injecteurs et seulement chez 2,4 % des non-injecteurs. La trace d'une infection par l'hépatite B (tous marqueurs confondus) fut détectée chez 35,7 % des injecteurs et chez 8,3 % des non-injecteurs. On ne détecta que deux patients positifs pour le SIDA (0,9 %).

La durée totale de la pratique d'injections était en moyenne de 33,5 mois, allant de 1 à 240 mois (médiane : 12 mois). 18 % s'injectaient depuis moins d'un mois et 29 % depuis 36 mois ou plus.

Chez les injecteurs depuis un mois ou moins, on trouvait déjà un taux impressionnant de 46 % d'infection, montant à 77 % chez les injecteurs depuis un an. Pour des périodes plus longues, le taux d'infection montait encore mais de manière non significative.

La plupart des injecteurs adoptaient des comportements à risque : 65 % échangeaient leurs seringues, 57 % partageaient le coton, 60 % partageaient la cuillère, 57 % ne désinfectaient jamais la seringue avant usage. 73 % pratiquaient au moins une injection par jour et 38 % s'injectaient en groupe.

La plupart de ces comportements à risque étaient significativement associés à l'infection par l'hépatite C, principalement le partage des seringues et celui du coton. Par contre, l'absence de désinfection de la seringue et le partage de la cuillère ne semblaient pas augmenter le risque d'hépatite C.

Chez ceux qui partagent leur seringue, on ne retrouva pas de différence significative entre ceux qui partagent aussi le coton (prévalence 86 %) et les autres (prévalence 95 %). Parmi ceux qui ne partagent jamais leurs seringues ou leurs aiguilles, le taux d'infection par l'hépatite C était de 54 %, mais une différence significative fut découverte entre ceux qui partagent le coton (prévalence 84 % dans ce groupe) et ceux qui ne le partagent pas (prévalence 18 %). On peut dès lors considérer que les comportements à risque sont le partage de la seringue et/ou du coton.

En ce qui concerne l'hépatite B, seul le partage de la seringue est associé à un taux d'infection plus élevé.

• • • •
Analyse des variables

La plupart des relations trouvées peuvent être influencées par d'autres variables. La seringue est plus

fréquemment partagée par ceux qui injectent depuis plus de 36 mois par rapport à ceux qui injectent depuis moins d'un mois, par ceux qui consomment en groupe par rapport à ceux qui le font seul, par ceux qui partagent la cuillère par rapport à ceux qui ne le font pas. Des analyses statistiques ont permis de mieux contrôler ces biais potentiels, sources de confusions, et de prendre en compte l'âge des usagers.

Nos calculs ont ainsi permis de constater que le partage des seringues et le partage du coton constituaient deux risques indépendants l'un de l'autre.

Finalement, l'analyse montre que les facteurs de risque indépendants de contamination pour l'hépatite C étaient :

- le partage de seringues et/ou de coton ;
- l'âge de l'usager de drogue ;
- une durée de pratique d'injection supérieure à un mois.

• • • •
Suivi des patients infectés par l'hépatite C

Sur les 191 usagers de drogues injecteurs positifs pour l'hépatite C, 24 (12,6 %) étaient co-infectés par l'hépatite B et furent exclus de cette partie de l'analyse.

Sur les 167 restants, 117 (70 %) bénéficièrent d'un suivi (au moins trois mesures des GPT) pendant un an et 24 d'entre eux (20,5 %) conservèrent un taux normal persistant de GPT. Chez 93 patients (79,5 %), les GPT restèrent élevées durant plus de six mois, signant une hépatite C chronique.



Une biopsie et une recherche de l'ARN furent réalisées chez 23 de ces 93 patients (24,7 %) aux cours des trois ans que dura l'étude. Un traitement par interféron fut entamé chez 10 patients (43 % des 23 patients ayant subi une biopsie du foie et 11 % des 93 patients suivis pour hépatite C).

Environ 15 % des patients sortirent de l'étude durant ces trois ans, principalement en raison d'une interruption du traitement à la méthadone ou à cause d'un emprisonnement.

•••••

Discussion

Prévalence de l'infection par l'hépatite C

Notre étude confirme la prévalence élevée de l'infection par l'hépatite C (78 %) chez les usagers de drogues injecteurs, en concordance avec les taux observés dans d'autres pays. Par contre, le taux de séropositifs SIDA est très bas. Une virulence plus grande de l'hépatite C et une faible prévalence dans la population générale, de niveau pré-épidémique, du SIDA explique probablement une partie de cette différence.

La prévalence de l'hépatite C chez les

usagers de drogues non injecteurs est de 2 % dans notre étude. En contraste avec les études antérieures, nos données suggèrent que le risque d'hépatite C n'est pas plus élevé chez les usagers de drogues non injecteurs que dans la population belge générale.

Facteurs de risques liés à l'injection

Nous avons découvert une prévalence élevée d'hépatite C chez les usagers de drogues qui ne partagent jamais leur seringue. Notre étude met en lumière le risque de transmission de l'hépatite C lié au partage du coton.

Le « coton » - dans notre pays, un filtre de cigarette remplit habituellement ce rôle - est utilisé par les usagers de drogues injecteurs pour filtrer les impuretés contenues dans l'héroïne de rue : ils immergent le coton dans la cuillère où la drogue a été dissoute et y plongent leur aiguille pour aspirer le liquide dans la seringue. Ce procédé est souvent partagé entre plusieurs utilisateurs. En outre, ces cotons censés contenir un résidu d'héroïne sont vendus à bas prix aux usagers désargentés.

D'autres études seraient nécessaires pour confirmer notre observation qui mène à formuler deux recommandations : il faut informer les usagers

de drogues du risque potentiel du coton et prévoir la fourniture de cotons dans les programmes d'échange et de distribution de seringues.

Comme déjà observé lors d'études antérieures, nous avons retrouvé une relation étroite entre hépatite C et durée de l'injection. Cependant, la prévalence ne monte pas significativement après un an d'injection, ce qui suggère que la plupart des usagers de drogues sont infectés dès la première année. Qui plus est, près de 20 % des usagers de drogues injecteurs inclus dans notre étude n'injectaient que depuis très peu de temps, ce qui a permis de souligner la précocité de l'infection par l'hépatite C chez les injecteurs : dès le premier mois, près d'un usager sur deux était déjà infecté. Comme les néophytes sont rarement en contact avec les programmes de prévention et de réduction des risques, leur information constitue un défi particulièrement ardu. L'attitude la plus pertinente réside probablement dans l'éducation par les pairs, amenant les usagers chevronnés à initier leurs jeunes émules à éviter les comportements à risque.

Un suivi par analyses sanguines d'au moins un an a été réalisé chez 70 %

• L'hépatite C, une maladie à haute prévalence chez les usagers de drogues par voie • intraveineuse • (suite) • • • • • • • •

des usagers de drogues positifs pour l'hépatite C. Cependant, 75 % des patients atteints d'hépatite chronique n'allèrent pas jusqu'à la biopsie et seulement 10 % furent traités par interféron. Ce faible résultat peut être expliqué par le fait que la majorité des usagers de drogues sont écrasés sous de multiples problèmes et peu disponibles pour prendre en compte les dangers à long terme de cette maladie. Par ailleurs, la plupart des médecins se découragent de proposer un suivi et une biopsie du foie à des patients supposés peu compliants ou continuant leur usage d'héroïne. Ce pessimisme entre en contradiction avec le fait que ces usagers sont de bons répondeurs à un traitement par interféron : leur jeune âge, le caractère débutant de leur hépatite et le génotype « non 1b » (sous-famille du virus de l'hépatite C) du virus découvert chez la plupart d'entre eux constituent un bon pronostic de réponse à l'interféron.

• • • • **Limites de l'étude**

Il faut être prudent lorsqu'on emploie la séro-prévalence pour identifier les facteurs de risque d'une infection, car le moment réel de la contamination n'est pas connu. De plus, la haute prévalence de l'infection par l'hépatite C mise en évidence dans notre étude clinique peut ne pas représenter la prévalence chez les usagers de drogues injecteurs à l'échelle de la Belgique : les usagers de drogues entrant en contact avec des médecins peuvent différer des autres en ce qu'ils pourraient présenter une plus grande fréquence de maladies en rapport avec leur usage de drogue.

La corrélation entre comportement à risque et infection par l'hépatite C peut avoir été sous-estimée (par exemple par une sous-déclaration de la pratique de partage) : les données ont été rassemblées rétrospectivement et les usagers de drogues sont souvent considérés comme des personnes peu fiables. Cependant, une étude récente montre une crédibilité de près de 90 % des usagers de drogues en ce qui concerne ce qu'ils rapportent sur eux-mêmes. Ce biais a été limité dans notre étude. Tout d'abord, la plupart de nos patients étaient engagés dans des traitements méthadone à long terme et les contacts répétés que cela implique favorisent une relation plus sincère avec les dispensateurs de soins. Ensuite, la population que nous avons étudiée est plus jeune que celle généralement observée dans des études similaires et les patients avaient un parcours plus bref dans l'usage de l'héroïne, ce qui facilitait le souvenir et l'exposition des comportements à risque.

Un biais évident doit être reconnu dans notre étude : les patients ont été recrutés par des généralistes particulièrement impliqués dans cette problématique et nos résultats peuvent surévaluer ceux que l'on pourrait trouver dans une pratique plus générale.

• • • • **Conclusion**

Nos données posent les bases d'un défi pour ceux qui veulent contrôler la dissémination de l'hépatite C chez les usagers de drogues injecteurs. Les programmes de prévention doivent en effet reconsidérer deux éléments. Tout

d'abord, un effort supplémentaire doit être fourni pour toucher et éduquer les nouveaux injecteurs en raison du risque particulièrement élevé lors des premières injections. Ensuite, les mesures préventives doivent inclure d'autres équipements que les seringues et les aiguilles, en particulier des « cotons » à utiliser comme filtre.

*PCR : polymérase chain reaction. Test sanguin permettant de mettre en évidence l'activité du virus dans le sang, et sa quantité.

présentation Axel Hoffman

Santé publique, du biopouvoir à la démocratie

Philippe Lecorps, professeur à l'École nationale de santé publique, et Jean-Bernard Paturet, professeur de philosophie à Montpellier; Éditions de l'École nationale de santé publique, 1999 (186 pages).

Philippe Lecorps et Jean-Bernard Paturet invitent les acteurs et professionnels de la santé publique à réfléchir au projet politique dans lequel ils s'inscrivent. Cela donne un ouvrage tonifiant et plein de saveur dont nous vous brossons ici, trop sèchement, les grands traits.

Processus dynamique, la santé constitue la capacité du sujet à vivre une vie possible pour lui. Une vie où le sujet est inscrit dans une histoire, une communauté, une culture, une vie dans laquelle il transforme le monde, expérimente le manque et le risque, et se confronte à la question du sens. Or trop souvent les politiques de santé se bornent à gérer le système de soins, réduisent le vivant à sa dimension biologique.

Lorsque, passant de la dimension individuelle à celle des populations, la santé se fait publique, elle doit prendre en compte l'ensemble des secteurs de l'activité humaine qui tous, d'une manière ou d'une autre,

déterminent la situation sanitaire des populations. Se présentant comme un système d'actions pour transformer les conditions collectives de la vie afin de promouvoir un meilleur état de santé des populations, (une définition parmi d'autres de la santé publique), elle s'appuie sur de multiples disciplines comme l'épidémiologie, l'économie, les savoirs de l'ingénieur, le droit, la biologie, etc. Interdisciplinarité, intersectorialité, inter-ministérielle deviennent les maîtres concepts censés construire des lignes d'action cohérentes entre ces domaines. Cette armada hétéroclite « santé publique » va se colleter avec les lobbies industriels, les acteurs du système de soins, les intérêts économiques pour faire valoir sa conception du bien commun, affrontement que seuls les pouvoirs publics sont susceptibles d'arbitrer. Objectif : repousser la maladie et la mort !

••••

Quand la santé se prend pour un pouvoir...

Car la santé publique rêve de produire le bien absolu pour la population. Et pour cela d'asseoir son contrôle sur l'ensemble de l'activité humaine. Au service de cette volonté de maîtrise, elle développe un savoir professionnel et une alchimie probabiliste qui vont parasiter l'écoute du sujet et de son désir singulier, et exiger son allégeance. L'État est en effet impuissant à agir sur les grandes orientations (notamment économiques) qui déterminent les conditions de la santé et renvoie la question de la production de la santé du côté du sujet, proposant une médicalisation de plus

en plus poussée des phénomènes sociaux.

C'est que la santé représente une forme moderne de pouvoir sur la vie. Le philosophe français Foucault a décrit deux aspects de ce « bio-pouvoir » : l'un, anatomo-politique, traite le corps humain comme une machine, l'autre, bio-politique, s'intéresse au corps humain comme espèce. Du contrôle des naissances aux dérives eugéniques, le bio-pouvoir fixe les conditions du vivant, décrète qui peut vivre (et comment) et qui doit mourir, et ce au nom du bien des populations et de la protection de la vie « nue », biologique. Le bio-pouvoir rend ainsi possible « l'ajustement de l'accumulation des hommes sur celle du capital, l'articulation de la croissance des groupes humains sur l'expansion des forces productives et la répartition différentielle du profit ». Il est un élément indispensable au développement du capitalisme.

Mais paradoxalement, la santé publique s'adresse à des sujets qu'elle conçoit comme libres, conscients et pensant. Par sa raison individuelle, ce sujet est supposé adhérer aux préceptes « prêts à penser » d'une santé publique adossée à la science. Et, si ce n'était pas le cas, des modèles comportementaux sont appelés à la rescousse pour développer des techniques manipulatrices dont la justification éthique résiderait dans la légitimité de la visée des acteurs de santé publique. C'est là faire peu de cas de la singularité du sujet, de l'inconscient, du désir, de la fonction symbolique de la culture, de ce que sont le risque, les enjeux pulsionnels, la responsabilité, l'éthique...

• Santé publique, du bio-pouvoir à la démocratie • (suite) • • • • • • • • •

•••• ... et que le sujet se rebiffe

Alors, aux questions : « La santé publique peut-elle affronter le paradoxe d'un sujet libre et autonome ? Veut-elle de simples agents, serviteurs d'un ordre étatique établi, ou, au contraire, des acteurs, voire des auteurs de leur propre santé ? », les auteurs répondent que la santé publique est condamnée à prendre en compte un sujet qui ne veut pas nécessairement son propre bien et qui ignore le plus souvent les causes de son désir. Elle doit renoncer à la totale maîtrise pour s'ouvrir à une dynamique plus exaltante : inventer les conditions de possibilités sociales, politiques et économiques pour que s'articulent le bien commun et la reconnaissance du sujet, les aléas du désir et l'engagement du citoyen. « Revitaliser l'espace démocratique ». L'État trahit sa mission s'il s'en prend uniquement aux comportements individuels. Il est pleinement dans son rôle lorsqu'il construit les conditions

du possible pour que la santé des sujets puisse se déployer.

La participation des citoyens à la définition des problématiques de santé et à leur prise en compte n'est plus une utopie : déjà les mouvements associatifs et le développement des pratiques communautaires de santé ont obtenu des résultats. Ce n'est qu'un début...

•••• Pour une réorganisation de la première ligne de soins

Cette conception d'une santé publique « démocratique » ne peut que nous chatouiller agréablement les oreilles. Participation de la population à sa santé, prise en compte globale de la santé, incluant ses déterminants socio-économiques et environnementaux, dénonciation d'une médicalisation outrancière, respect de l'autonomie des sujets définissent le projet de nombre d'acteurs des soins de santé primaires et des maisons médicales.

Ce projet déborde le champ du curatif dans lequel ces acteurs sont enclos. Trop souvent le rôle de la première ligne, en terme de santé publique, est confiné à l'application de mesures « biologiques » alors que les actions classiques de santé publique apparaissent télécommandées, lointaines, parfois contre-productives par rapport à ce qui se fait sur le terrain.

Or les soignants de première ligne constituent la charnière entre le système de soins et la population, à l'écoute du vécu et de la réalité des usagers, immergés dans leur milieu de vie. Proximité qui en fait des témoins, des relais et des acteurs potentiels à la fois efficaces et déjà en place dans la communauté.

Si la santé publique doit être développée par des professionnels disposant des outils nécessaires, la première ligne de soins peut en constituer un pôle de qualité. Le décloisonnement entre curatif, préventif, promotion de la santé, santé communautaire et santé publique est souhaitable. C'est un choix politique, car il s'agit, dans cette optique, d'une réorientation des priorités et des moyens dévolus à la première ligne. Mutation dangereuse, car la dérive vers un renforcement du contrôle sur les populations au détriment d'un plus de démocratie n'est pas impensable.

Certes, la proximité de la première ligne avec la population ne constitue pas une garantie absolue contre le bio-pouvoir, mais elle offre un espace où peut se déployer une gestion plus démocratique de la santé et se constituer un réel contre-pouvoir. Pourquoi ne pas s'en donner les moyens ?

