

L'actualité politique dans le domaine de la santé a été chaude en 2002, et rien n'annonce un refroidissement en cette fin d'année. Tour d'horizon par Isabelle Heymans en page 3.

L'égalité salariale fait partie des idéaux fondateurs des maisons médicales. Comment cet idéal s'est-il incarné, quelle fut son évolution, que nous dit-il aujourd'hui ? Loin d'être un champ de bataille rangé où s'affrontent des positions dogmatiques, le débat et l'expérience de l'égalité salariale développés par les maisons médicales alimentent une réflexion féconde qui est loin d'être dépassée. Monique Boulad nous le montre en page 7.

1968, c'est déjà le siècle passé. Aujourd'hui, le monde associatif « traditionnel » donne l'impression d'être piégé dans les normes ou de devenir une sous-traitance des services publics. Ses rapports avec le politique, la réalité de sa représentativité, la professionnalisation croissante du secteur, les difficultés de mobilisation l'invitent à redéfinir son rôle. Petit système planétaire dans la galaxie du monde associatif, les maisons médicales sont entraînées dans le même vent de questions. Réflexions sur *L'institutionnalisation du secteur social associatif et les nouveaux lieux de revendication* avec Henri Goldman, Philippe Laurent et Pascal Henry en page 11.

L'expérience de nombreux pays montre que les stratégies de privatisation des soins de santé ont échoué à améliorer le statut sanitaire des populations. En page 17, Jean-Pierre Unger nous fait comprendre les

modalités de la privatisation des soins dans ces pays, ses conséquences et ses déterminants et formule une politique de santé alternative qui tient compte des graves carences des services de ces pays. Une réflexion qui éclaire par ricochet un certain nombre de problématiques que nous connaissons en Belgique.

Partir des habitants pour les aider à définir les besoins à rencontrer en vue d'améliorer leur état de santé et ensuite interpellier les autorités publiques pour que les moyens nécessaires soient mis au service de la population, voilà un projet que l'on trouve bien naturel de subventionner. Ici. Mais en Tunisie, tout ce qui tend à organiser la population est suspect aux yeux d'un pouvoir pour lequel la santé publique consiste à imposer « d'en haut » des programmes dont l'objectif essentiel est la promotion du régime. C'est son combat pour la santé communautaire qui a valu à Moncef Marzouki d'être accusé de pratiquer une « médecine communiste », empêché d'exercer son activité clinique, puis mis sous surveillance, condamné à la prison et exilé. Mais l'homme ne se laisse pas démonter et réaffirme sa volonté de se battre pour la démocratisation de son pays. En page 26, Patrick Jadouille nous parle de cet homme qui fut... son maître de stage en quatrième doctorat de médecine. Suit, en page 29, un exposé de Moncef Marzouki intitulé : *Le patient-partenaire, un absent de marque dans le système de soins*. Un texte pétillant de saine malice où, tout en nous narrant comment il mène ses étudiants à prendre conscience de l'existence du patient non comme objet de science mais en tant que partenaire de santé, il nous entraîne

inexorablement vers l'évidence de la dimension politique des pratiques de soins.

Les professionnels de la santé sont confrontés à de nouvelles demandes auxquelles ils ne sont pas préparés à répondre. Ces « nouvelles » problématiques constituent les symptômes d'une mutation sociale et exigent de ces professionnels qu'ils repensent leur place et leurs modes d'intervention. S'appuyant sur Axel Honnet et sa réflexion sur les politiques de la reconnaissance, Pierre Ansay nous invite à partir des pathologies sociales pour construire la santé du vivre ensemble dans son article : *Comment fonder les politiques de prévention ?* (page 38).

Dire la violence conjugale fait partie de ces tabous que l'on n'enfreint seulement quand toutes les limites ont été pulvérisées. La suspecter, comprendre l'ambivalence des victimes, les accompagner, c'est une tâche qui nécessite à la fois de la compétence et des qualités humaines qu'il importe d'affiner. La sensibilisation des professionnels de santé et la mise à disposition d'un soutien à leurs interventions s'organisent. Le point sur la question avec Alain Dessart et Anne-Marie Offerman en page 46.

Le premier réflexe au moment d'aborder un problème de santé est de l'envisager sous son angle individuel. L'approche globale prônée par les maisons médicales demande un recadrage, auquel nous nous accoutumons tant dans le champ de la médecine que des questions sociales. Mais une petite voix persiste qui nous fait réserver un abord individuel à la

• Editorial
• (suite)
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•

santé mentale. Dans *Cybernétique de la plainte* (page 53), Grégory Lambrette nous montre combien il peut être approprié de considérer les symptômes comme des troubles relationnels ou des adaptations particulières à un contexte déterminé et comment une thérapie brève peut permettre au patient de retrouver ou de créer un rapport plus satisfaisant à son environnement.

Les caries dentaires constituent un gros problème de santé publique. Inciter la population à les soigner et à faire contrôler régulièrement l'état de sa dentition est un objectif reconnu par tous. Mais les métaux lourds employés dans les amalgames destinés à traiter les caries dentaires soulèvent certaines craintes quant à leur toxicité. Alexandre Libert nous dit ce qu'il faut en penser en page 58.

La Fondation « Rodin » va fournir des supports pour la prévention du tabagisme chez les jeunes. La fondation espère récolter des fonds publics pour cette noble tâche, de manière à compléter le misérable budget de 1,85 millions d'euros que la fondation Philipp Morris lui allouera chaque année pendant cinq ans. Philip Morris est un énorme cigarettier. Toute personne qui suspecterait une magouille là-dessous aura bien mérité le procès en diffamation qu'on lui intentera. Donc Marianne Prévost n'en parlera pas, en page 62.

Nicotine blues again. Savez-vous que Freud est mort de son inanalysé ? C'est ce qu'affirme Philippe Grimbart dans *Pas de fumée sans Freud, psychanalyse du fumeur*. Parfaitement conscient du mal que lui faisaient ses cigares adorés, jamais Freud ne

parvint à basculer dans le camp des non-fumeurs. Sans tabac, pour lui pas de travail, pas de conquête de la connaissance. D'une lecture aisée et agréable, *Pas de fumée sans Freud* stimule la réflexion sur la problématique du tabac et permet de dépasser les discours primaires et stériles. Éteignez votre clope et filez en page 70 où nous vous présentons ce livre qui alimentera de manière intelligente vos actions de prévention.



Santé et prison, une équation insoluble ? Assurément. La prison matérialise l'échec de la société à faire de la santé, cet état de bien-être physique, mental et social. Échec de tout ce qui détermine la santé, échec de l'éducation à épanouir chacun dans la société, échec de l'économie à distribuer équitablement les richesses... Soit. Nous ne vivons pas dans l'idéal. Et nos efforts millénaires pour tendre vers un monde où règne la justice et la liberté, l'égalité et la fraternité, ont encore de beaux millénaires devant eux. Mais cela ne nous dispense pas de poser deux questions. Nous ne ferons qu'effleurer la première, qui nous demande ce qu'est punir, ce que signifie réhabiliter, c'est-à-dire retrouver une certaine forme de santé, une question qui peut

s'énoncer : la prison, même modernisée, est-elle encore aujourd'hui le lieu où la société peut entasser indifféremment tous ceux qui ont transgressé les règles (de l'usager de drogues au criminel récidiviste), est-elle ce lieu dont on peut sortir mieux armé pour une nouvelle vie ? Cette question traverse en filigrane la seconde question qui constitue la matière de notre cahier : qu'en est-il de la santé à l'intérieur de nos prisons, des soins, de la prévention, de la qualité de vie, de la santé mentale... ? Quels sont les problèmes spécifiques de ces lieux de contraintes, comment est organisé le système de soins, quelles reliances sont installées avec l'avant et l'après, entre le dedans et le dehors ? Ils sont, toutes professions confondues, plusieurs milliers de soignants de première ligne à exercer en prison et ils sont, tous motifs confondus, près de quinze mille habitants de ce pays à passer en prison chaque année, près de quinze mille familles à connaître la souffrance d'avoir un proche incarcéré. Si notre compassion va tout naturellement aux victimes des crimes et délits, nous ne pouvons oublier les autres. La prison n'est pas une maladie rare...

Les chantiers de la première ligne

Isabelle Heymans, médecin généraliste à la maison médicale Atoll

.....

La fin de l'année 2002 sera chaude pour la première ligne de soins. De nombreux projets ministériels en cours doivent prendre leur forme finale, de nombreuses revendications des soignants sont toujours pendantes. Ces affaires doivent être gérées dans un contexte où le Gouvernement fédéral a présenté un budget 2003 ne rejoignant pas les attentes syndicales, ce qui rend un accord médico-mutualiste encore plus difficile à conclure pour fin 2002, et où des élections législatives s'approchent, précédées des inévitables manœuvres préélectorales.

.....

Les médecins généralistes attendent toujours que soient prises les mesures rencontrant leurs revendications exprimées avec force lors des États généraux du printemps 2002, exigeant une revalorisation de la première ligne de soins (voir *États généraux de la médecine générale francophone*, Santé conjugulée 20, page 3). Dernièrement, le Forum des associations de généralistes (FAG) a déclaré son soutien à toute manifestation spontanée des généralistes à condition que ce ne soit pas au détriment de la continuité des soins et que ces manifestations rassemblent les différents acteurs de la première ligne.

Déjà des médecins descendent dans la rue, les manifestations locales se multiplient et une concentration est prévue à Bruxelles à la mi-novembre. Une opération « Plumule » est lancée : destinée à matérialiser le ralbol devant la tracasserie paperassière, elle consiste à joindre une lettre de protestation aux documents adressés au médecin-conseil des mutuelles pour obtenir les remboursements des médicaments dits « Bf » (ceux qui ne sont remboursés au patient que sur accord de la mutualité).

Le consensus Nord-Sud

Dans la suite des États généraux de la médecine générale, au départ francophones, un consensus « Nord-Sud » a été signé fin août par les différents syndicats de médecin (Cartel et ABSyM), le FAG, l'Uhak (cousin néerlandophone du FAG) et les sociétés scientifiques (SSMG et WVVH). Ce consensus comporte six axes : une revalorisation du budget de la médecine de 15 % par an pendant trois ans, une meilleure protection sociale du médecin, le rejet d'un contrôle tatillon sur les prescriptions de médicaments, une réorganisation de la politique de santé ouvrant à la participation des généralistes aux concertations et décisions concernant leur sphère d'action, le financement d'une assurance de qualité organisée par les professionnels et des mesures favorisant le recours prioritaire à la médecine générale.

Toutefois le dialogue n'est pas rompu et une série de mesures assez positives sont en marche.

Dans le contexte actuel de grogne (tant il est vrai qu'on n'est écouté que si on se fait entendre), et en perspective des échéances à venir, attardons-nous sur certaines de ces mesures réalisées ou en cours de réalisation dans les compétences du pouvoir fédéral, depuis le début de cette législature Vandenbroucke-Aelvoet-Taverniers*.

..... La réorganisation de la première ligne

Elle s'ébauche et trois chantiers s'activent : la reconnaissance des cercles locaux de médecine générale, l'organisation des Services intégrés de soins à domicile (SISD) et la reconnaissance des pratiques de groupe.

Depuis une vingtaine d'années, les médecins généralistes sont organisés en associations locales, généralement sur une base géographique, constituées en asbl ou en associations de fait. Une nouvelle loi les reconnaît sous le nom de cercles et les institue en tant qu'interlocuteurs locaux officiels pour les administrations, les instances politiques et les hôpitaux ainsi qu'en tant qu'organismes des gardes locales de médecine générale. Les cercles doivent se constituer en asbl, s'organiser de manière à ne pas se superposer ni à laisser des zones non couvertes, et demander leur reconnaissance au ministère. On peut espérer que cette avancée assurera une couverture optimale de la garde de médecine générale partout sur le territoire belge pendant les week-end et les jours fériés, et quelle suscitera

• Les chantiers de la première ligne • (suite) • • • • • • • • • •

une meilleure coordination entre première et deuxième ligne, ainsi qu'avec les décideurs politiques.

La loi organisant les Services intégrés de soins à domicile est passée au Moniteur en même temps que celle pour les cercles. Ces services sont chargés de coordonner tous les soins à domicile en plaçant au centre des préoccupations : le patient. Les Services intégrés de soins à domicile devront aussi se coordonner avec les hôpitaux. Toutes les professions et les services de la première ligne y seront représentés, les médecins généralistes via les cercles. Il y aura plus ou moins un Service intégré de soins à domicile par septante mille habitants. Pour en déterminer les territoires d'action, le ministère attend d'avoir reçu les zones officielles couvertes par les cercles. Actuellement, le ministre Detienne de la Santé en Région wallonne a lancé quatre projets pilotes de Services intégrés de soins à domicile dans quatre villes wallonnes.

On peut espérer de ce type de structure une meilleure coordination de l'offre en première ligne en rapport avec les hôpitaux locaux. Bref une meilleure efficacité, au service des patients.

Un projet de loi est en cours, pour la reconnaissance des pratiques de groupe. Il s'agit d'une reconnaissance de différents types d'associations de médecins généralistes, mono ou pluridisciplinaires. Il y aura six types différents de pratiques reconnues : pratique solo, association monodisciplinaire et association pluridisciplinaire, groupe mono-disciplinaire, et centre de santé de première ligne de type A ou B, ce dernier correspondant aux maisons médicales. Des activités seront aussi demandées à certains

types de pratiques selon leur type d'intégration : activités de suivi structuré des maladies chroniques, activités de prévention ou de prise en charge pour certains groupes cibles, activités de santé communautaire. Ce projet est une première reconnaissance légale de pratiques autres que solo. On peut aussi espérer d'une telle reconnaissance une aide financière pour le travail administratif effectué par tout médecin généraliste, pour l'organisation de la permanence, et aussi pour des activités qui viseront à pouvoir reprendre en charge en première ligne des patients qui sont actuellement suivis en deuxième ligne. Par exemple le suivi pluridisciplinaire des patients diabétiques pourra se faire en première ligne et non par des centres spécialisés dans les hôpitaux. On peut encore faire remarquer que dans ce projet de loi, les assistants sociaux sont reconnus à part entière comme professions faisant partie des groupes pluridisciplinaires (alors qu'ils ne sont pas reconnus par l'arrêté royal 78 comme profession de santé, mais déjà employés dans les hôpitaux). Ce projet de loi est actuellement en discussion entre le cabinet de la santé publique et les syndicats médicaux.

De plus, ces trois projets permettront un financement de la médecine générale non seulement par le biais des honoraires (individuels), mais aussi par le biais d'institutions représentant et regroupant des généralistes. (Tout comme les spécialistes bénéficient de financements par leur actes (honoraires) et par l'infrastructure hospitalière). Ce financement mixte permet plus facilement des activités de coordination, d'organisation, d'administration, indispensables à un bon service de première ligne.

••••

Pour les médecins

D'autres mesures semblent ne concerner que les médecins généralistes mais ne seront pas sans répercussions sur la qualité des soins à la population.

En juillet 2002, la « loi santé » a été adoptée par le Gouvernement. Cette loi répond entre autres à certaines propositions faites par le Dr Van De Meulebroecke dans son rapport sur les perspectives pour la médecine générale.

Un forfait est alloué aux médecins pour rémunérer leur disponibilité lors des gardes de population les week-end et jours fériés. Il pourrait déjà être demandé à partir de septembre 2002. Si cela peut paraître une simple rémunération supplémentaire des médecins, cela devrait aussi avoir pour conséquence une remotivation d'un certain nombre de médecins qui n'effectuaient plus de gardes (considérées comme trop peu rentables compte tenu de la pénibilité). Il devrait en résulter une meilleure couverture de la garde dans des régions où actuellement les patients n'ont d'autre recours que les services d'urgences. Cette mesure complémentaire à la loi sur les cercles et à un projet de dissuasion des gens à aller aux urgences hospitalières, vise à rétablir un vrai service d'aide médicale urgente en ambulatoire.

A l'INAMI, tant au Conseil technique médical qu'à la Commission nationale médico-mutualiste, les décisions concernant seulement les médecins généralistes devront être approuvées par un collège de généralistes, et non plus un collège mixte de généralistes et spécialistes, comme avant. Ainsi, les décisions qui concernent l'ambula-



toire seront prises par les professionnels qui connaissent le terrain.

Le forfait annuel attribué aux médecins pour l'informatisation de leur cabinet est également une avancée intéressante : informatiser les dossiers médicaux, c'est à l'avenir pouvoir faire du recueil de données et de l'épidémiologie, pour permettre une offre de soins vraiment adaptée à des besoins objectivés et pas seulement ressentis. C'est encore à l'avenir, moyennant mise en place de systèmes de sécurité fiables, l'accès au dossier pour les médecins de garde, les collègues d'une pratique de groupe, ou le spécialiste qu'on va consulter. Bref des informations intégrées, pour une meilleure prise en charge. C'est encore des programmes d'aide à la décision pour les médecins, en fonction des études les plus récentes, ou d'aide au choix du médicament présentant le meilleur rapport efficacité-prix. Tous ces avantages à condition d'avoir affaire à des logiciels informatiques dépourvus d'influences quelconques du commerce du médicament ...

Le dossier médical global avait été mis en place lors de la précédente législature. Il a été généralisé à toute la population, inscrit dans la loi santé, et ainsi désolidarisé d'éventuels accords (ou non-accords) médico-mutualistes. Il est donc institué, cet honoraire qui permet de proposer au patient une gestion centralisée de son dossier médical par un médecin généraliste de son choix.

Il y a aussi un projet pour la promotion de la qualité des soins, encore balbutiant, malheureusement fort lent, mais à encourager et évaluer dans le temps. Nous ne nous y attarderons pas ici, il a été très bien expliqué dans le précédent numéro de *Santé conjugulée***.

Le projet de loi sur la responsabilisation médicale a fait beaucoup de remous et n'a pas fini. Le ministre Vandembroucke a accepté d'y apporter des amendements qui le rendent déjà plus acceptable, mais ce n'est pas encore cela. Laissons nos syndicats continuer à y travailler.

Enfin, un projet de loi pour la reconnaissance du suivi méthadone permettra aux médecins de ne plus être dans un *no man's land* juridique tolérant, mais de travailler dans un cadre légal précis, malheureusement trop étriqué. Le réseau Alto-Société scientifique de médecine générale a fait des remarques concernant cette loi, et en suit l'évolution.

En parallèle, le ministre Detienne propose un décret pour l'aide à la constitution de réseaux pluridisciplinaires qui regroupent au sein d'une même entité les différents services qui travaillent avec les toxicomanes.

Et puisque nous avons un peu parlé des Régions, ajoutons que la Communauté française prépare un décret pour donner un cadre légal plus clair à la prévention et proposer

certaines actions précises aux médecins généralistes. La cellule agit ensemble en prévention de la Fédération des maisons médicales et la Société scientifique de médecine générale ont été sollicitées pour réaliser ensemble un dossier en la matière.

••••

Les autres professions

Les pratiques de groupe des infirmières ont été reconnues. Malheureusement, cette reconnaissance ne sera profitable qu'aux coordinations liées aux mutuelles, car elle ne concerne que les pratiques regroupant au moins sept équivalents temps-plein.

Un projet de lois « en discussion » pour la reconnaissance des aides-soignantes et le transfert de certains actes infirmiers vers cette profession divise le monde infirmier (voir « Aide-soignante et infirmière : une redistribution des cartes », *Santé conjugulée* 20, page 66).

La réforme concernant la kinésithérapie a apporté quelques mesures intéressantes comme le bilan de départ ou le dossier kiné, mais fait souffrir considérablement la profession (voir « Quel avenir pour la kinésithérapie », *Santé conjugulée* 20, page 6).

Le projet de reconnaissance des psychologues cliniciens constitue une des étapes du projet global pour une réforme de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Le souhait est en effet d'introduire dans celui-ci la possibilité de développer une coopération

• Les chantiers de la première ligne • (suite) • • • • • • • • •

multidisciplinaire dans l'approche de la santé. La réforme vise une répartition plus équitable des compétences et des responsabilités entre les différentes professions des soins de santé.

La reconnaissance du psychologue clinicien comme professionnel de la santé tout en lui confiant la responsabilité d'inviter le patient à consulter un médecin en cas de doute quant à une cause biomédicale de la pathologie, constitue un premier pas vers la coopération multidisciplinaire ainsi que vers une diminution du monopole des médecins dans les soins de santé... En outre, et dans la même logique, sont encore en chantier des projets de loi pour la reconnaissance des orthopédagogues, des sexologues et des psychothérapeutes.

Ces différentes reconnaissances seront-elles un premier pas vers un remboursement INAMI futur ? (voir « Des psychologues, une ministre et un projet de loi », *Santé conjugulée* 20, page 9).

• • • • **Plafond pour les patients**

Le ministre Vandembroucke a encore mis en place le « maximum à facturer », qui permettra à chaque patient de voir sa facture annuelle de soins de santé plafonnée en fonction de ses revenus, quel que soit le coût des soins dont il a besoin. Avancée dans le sens d'un service aux personnes désolidarisé de leurs possibilités financières mais attaché à leurs besoins, et d'une limitation du surendettement des plus démunis par leur consommation des services de santé.

• • • • **Conclusion**

Nous arrivons à la fin de cette législature au niveau fédéral. Des choses se sont passées pendant ces quatre ans. Même si parmi ce qui a été mis en place, certaines choses ne nous paraissent pas très favorables, d'autres le sont, et il faut remarquer que des projets intéressants ont été mis en chantier. Intéressants pour les acteurs de la santé, et intéressants pour les patients.

Car on peut soutenir l'idée qu'un plus grand développement et une meilleure organisation du service ambulatoire sont tout bénéfique pour les patients, tant en réponse à la plupart de leurs besoins, qu'à certaines de leurs demandes, comme par exemple de pouvoir être soigné chez soi, ou d'avoir accès à des services de proximité tant géographique que financière ou culturelle.

Le chemin à parcourir pour une juste reconnaissance de l'importance de la première ligne est encore long. Quelques pas ont été faits. A nous de pousser encore dans le dos nos décideurs, à la fois par des actions et par la négociation, pour qu'ils avancent dans le bon sens. Et vite. Nous ne savons pas qui sera ministre l'an prochain.

** Mme Aelvoet a démissionné en août dernier de son poste de ministre de la Santé publique, et a été remplacée par M. Taverniers. Mais si près de la fin de la législature, il semble que cela ne modifiera pas de façon importante les travaux en cours.*

*** voir Françoise Mambourg, Santé conjugulée n°21, page 103.*

L'égalité salariale en maisons médicales : toujours d'actualité ?

Monique Boulad, médecin généraliste à la maison médicale la Glaise, présidente du comité d'éthique de la Fédération des maisons médicales

.....

L'égalité salariale fait partie des idéaux fondateurs des maisons médicales. Comment cet idéal s'est-il incarné, quelle fut son évolution, que nous dit-il aujourd'hui ? Loin d'être un champ de bataille rangé où s'affrontent des positions dogmatiques, le débat et l'expérience de l'égalité salariale développées par les maisons médicales alimentent une réflexion féconde qui est loin d'être dépassée.

.....

dans un premier temps appelé « Boutique populaire la Glaise » était de travailler sur tous les déterminants de la santé du quartier.

Le principe de l'égalité salariale fut choisi en tant que forme de justice sociale, mais pas vraiment appliqué puisque les travailleurs étaient soit bénévoles soit directement financés par leur travail (les médecins notamment). Néanmoins une traduction en était la vie communautaire très élaborée permettant une certaine forme de redistribution des richesses, un partage des tâches, des repas communs, une crèche commune, ...

et chacun et de l'égalité nécessaire de chaque fonction pour que le projet de l'équipe se développe harmonieusement. Cette égalité salariale « supputative » était alors un signe de reconnaissance extérieure pour le monde du travail et le monde associatif.

En 1992, un incident extérieur concernant directement de près deux personnes de l'équipe vint toutefois remettre en question le principe de confiance à la base de ce système et eut pour conséquence de faire sortir le secteur du secrétariat-accueil de l'égalité salariale.

A partir de 1980 se fit sentir la volonté de mieux valoriser les diverses qualifications professionnelles présentes dans l'équipe, ce qui amena une professionnalisation et une autonomisation des secteurs : les travailleurs des domaines psychosociaux et communautaires créèrent un centre de santé mentale, et les médecins restèrent dans ce qui devint alors une maison médicale où une certaine forme de redistribution persista par une quote-part basée sur un pourcentage des revenus pour les frais de fonctionnement.

A partir de 1997, suite à l'élargissement considérable de l'équipe, à des différences d'implication dans le projet et à la perception par un des médecins de l'équipe de la non-reconnaissance de compétences spécifiques inhérentes à un savoir plus complexe, des conflits surgirent et le questionnement sur l'égalité salariale refit surface. Deux tendances se dégagèrent : la première voulant garder le principe de l'égalité salariale symbolisant l'égalité nécessaire de l'implication de tous dans le projet, la seconde souhaitant reconnaître financièrement la hiérarchie de la complexité des savoirs et des responsabilités. Dans un premier temps, on tint compte de l'ancienneté. Actuellement, entre autres par souci de pérennité du projet qui doit pouvoir rester attractif, notamment sur le plan financier, pour des jeunes médecins généralistes, l'équipe envisage d'introduire une différence de barème selon la profession. Mais renoncer à l'égalité salariale peut être l'aboutissement de deux logiques différentes résumées ci-dessous.

.....

Témoignages

Témoignage de Jacques Charles, médecin généraliste à la maison médicale la Glaise à Marchienne-au-Pont

Créée en 1985, cette maison médicale s'inscrit d'emblée dans le courant des grands projets de société égalitaire d'inspiration socialiste avec volonté d'intégration dans un quartier, en l'occurrence celui de la Docherie à Marchienne-au-Pont dans la banlieue de Charleroi. La volonté affichée de ce qui s'est

L'année 1990 constitua un tournant important avec l'adoption du système de financement forfaitaire et donc le passage au pool financier intégral, l'arrivée de la première salariée, et le passage à la pluridisciplinarité de l'équipe de médecins avec une, puis des accueillantes infirmières.

Durant les premières années, une égalité salariale complète fut appliquée, qui ne tenait pas compte de l'ancienneté, basée sur l'idée du nécessaire investissement de chacune

• L'égalité salariale en maisons médicales : toujours d'actualité ? (suite)

Renoncer à l'égalité salariale : deux logiques différentes

L'égalité salariale est un idéal que nous prônons

Appliquer rigoureusement l'égalité salariale est une position radicale. Cela n'a de sens que dans un contexte militant global : changement de société, analyse des rapports de domination pour les abolir... et/ou dans le cadre « de la société des amis » épicurienne. En dehors de cela, la somme de frustrations et de dysfonctionnements qu'elle entraîne est trop importante.

A la Glaise, actuellement, ces conditions ne sont plus remplies. Nous renonçons donc à « refaire le monde » et nous nous rangeons aux normes, barèmes... en vigueur dans les autres centres de soins.

Nous cherchons donc un barème où le médecin est payé comme médecin et non comme infirmière spécialisée, le salaire étant la reconnaissance du statut.

L'égalité salariale est un idéal que nous prônons

L'appliquer permet de mettre en évidence que nous voulons de chaque travailleur un même investissement dans le projet quelles que soient ses compétences. Nous désirons cependant prendre en compte d'autres éléments (diplômes, formation...) que nous néglignons par l'application de l'égalité salariale stricte.

Nous continuons à construire nous-mêmes un mode de rémunération qui nous ressemble et qui colle au mieux à « ce que nous voulons payer » et qui comporte le moins possible d'écart salarial entre les professions.

Nous prévoyons donc une augmentation « symbolique » du salaire des médecins et nous refusons un système où la reconnaissance se fait par l'argent.

Il ne faudrait toutefois pas résumer cette problématique bien réelle du recrutement à l'alternative entre soit des génies sans projet soit des militants idiots !

Témoignage de Michèle Parmentier, assistante sociale, et Chantal Hoornaert, médecin généraliste à la maison médicale du Maelbeek à Bruxelles

Voici aussi une maison médicale qui s'est créée dans la mouvance de mai

68, avec un projet de changement de société dans un quartier populaire, à l'instigation de deux médecins bientôt rejoints par deux autres. Après un an de fonctionnement, le choix est posé de travailler en pool financier, avec une rétribution basée sur la disponibilité. Et comme au début chacun

travaillait temps plein, chacun gagnait donc la même chose !

La plupart pouvaient aussi compter sur l'aide financière de conjoints.

Il s'agissait donc d'une bande de copains travaillant ensemble, appliquant la transdisciplinarité avant la lettre par l'aide concrète entre les secteurs de l'équipe, avec une vie communautaire bien réelle allant même jusqu'à la fusion partielle entre vie familiale et vie professionnelle.

Le changement fut amené par les infirmières de l'équipe qui perçurent le regard de la société comme différent de ce qui était prôné à la maison médicale, et constatant qu'elles rapportaient au pool plus d'argent qu'elles n'en recevaient.

Les travailleurs de deuxième génération, plus conformistes par rapport à l'idée de leur rôle dans la société, eurent par ailleurs plus de difficultés à accepter cette transdisciplinarité non dite.

Et enfin certaines options inhérentes à la vie familiale induisirent de la part de certains une moins grande disponibilité et le besoin de quitter la vie communautaire.

Ces mutations débouchèrent sur une crise d'équipe, ayant nécessité une supervision débouchant elle-même sur une nouvelle forme de répartition du financement des frais communs de l'équipe sur base d'un même pourcentage des revenus de chacun, pour les indépendants uniquement, les salariés ne participant pas à ce système.

Mais il est actuellement remis à nouveau en question par les infirmières sur base de différences de temps d'occupation des locaux. Ce qui montre bien que les revendications financières cachent souvent des problématiques plus profondes.

**Témoignage de Coralie Ladavid,
assistante sociale
à la maison médicale le Gué
à Tournai**

Dans cette équipe, l'égalité salariale pour tous a été voulue par les fondateurs afin de reconnaître la place importante de chaque professionnel. Mais des questions se posent, liées notamment à la longueur des études des médecins et donc au handicap que cela représente pour eux dans l'échelle de l'ancienneté. Cela occasionna des débats difficiles, souvent parasités par des composantes émotionnelles, qui aboutirent néanmoins sur l'accord de prendre en compte les années d'études pour calculer l'ancienneté. Mais les ressources financières de l'équipe ne permettent pas de rencontrer complètement cet objectif à l'heure actuelle. D'autres remettent en question l'égalité salariale au vu de différences d'implication dans le projet, en raison de l'importance des responsabilités pour les médecins, du moins grand nombre d'années de cotisation pour leur pension future, ...

Même la femme de ménage, pourtant elle aussi payée au barème égalitaire, est mécontente du système !

**Témoignage de Jeanine Adelaire,
pour l'intergroupe liégeois des
maisons médicales (IGL)**

Parmi les maisons médicales de la région liégeoise, l'égalité salariale est assez communément appliquée. Ce qui ne veut pas dire qu'elle ne soit pas interrogée, notamment de la part des jeunes médecins pour qui elle semble source de frustrations, coïncés qu'ils sont entre les us et coutumes de la société et les pressions « normalisa-



trices » des plus anciens. L'intergroupe liégeois a conduit une réflexion sur cette thématique dont il ressort les questions suivantes. Existe-t-il d'autres moyens de valorisation que l'argent ? Quel peut être le lien avec des notions comme l'autogestion, la non-hiérarchie et l'« inter-pluri-transdisciplinarité » ? Quel message voulons-nous donner à l'extérieur ? Quid des inégalités salariales ? Comment fonctionne une maison médicale où il y a une hiérarchie salariale ? Questions jusqu'à présent restées sans réponse...

••••
Débat

**L'égalité salariale a été instaurée
dans les maisons médicales pour
deux grandes raisons**

1. L'égalité salariale signifie et met en pratique l'égalité de dignité de chaque travailleur et de chaque travailleur. Cette position prend tout son sens dans un projet de société beaucoup plus vaste et plus global où l'on lutte contre les hiérarchies, les privilèges, les

rapports de domination liés au sexe, à la race, aux classes sociales... et où l'on repense et modifie totalement la place et le statut du travail dans notre existence. Ce combat implique une remise en question fondamentale de l'ordre social et nécessite une analyse et une vigilance permanentes pour aller à contre-courant des modes d'être habituels sous-tendus par la reconnaissance et le maintien de cet ordre.

Militer pour une société plus juste est une utopie positive : elle donne une autre dimension au travail quotidien en l'inscrivant dans un projet politique global. L'égalité des revenus rend efficace et réelle l'égalité des chances, c'est-à-dire la possibilité pour chacun de bénéficier des structures et des moyens lui permettant de développer au maximum ses talents.

Cependant à elle seule, elle ne suffit pas à garantir la justice sociale : il reste tout un travail à réaliser sur les différences culturelles, éducatives...

Appliquer l'égalité salariale ici et maintenant dans les microcosmes que sont les maisons médicales ne risque-t-il pas d'internaliser dans nos maisons médicales des conflits sociaux qui nous distraient alors du travail politique en nous engluant dans le psychologique ?

De positive et mobilisatrice, l'utopie devient négative : elle se transforme en un carcan contraignant à maintenir aux prix de frustrations importantes, de débats oiseux et de conflits qui prennent vite un tour personnel.

L'expérience de la Free Clinic en témoigne : depuis que, au terme d'un long combat, les barèmes en vigueur dans les centres de santé mentale sont appliqués dans l'équipe, il n'y a plus de sentiment de frustration ni de conflits liés à la rémunération. Cela

• L'égalité salariale en maisons médicales : toujours d'actualité ? (suite)

représente une grande économie d'énergie qui peut être utilisée à d'autres fins.

2. L'égalité salariale amène chaque travailleur à s'investir dans le projet d'équipe, à se l'approprier symboliquement et à y prendre sa place

Le pari de départ était que par l'égalité salariale chacun se sentirait avoir petit à petit le même droit à la parole que son collègue d'une autre fonction dans l'équipe et qu'en retour l'équipe pourrait exiger de chacun un investissement à sa mesure dans le projet.

Cependant, l'expérience des équipes a montré que certains travailleurs, bien qu'ils soient au salaire égal, ne se sont pas investis dans le projet et que d'autres s'y sont investis malgré un salaire inférieur.

Dès lors, la frustration des médecins de certaines équipes ne vient pas nécessairement du fait de ne pas être payés plus que les autres mais plutôt d'un déséquilibre en terme d'investissement dans le projet de la maison médicale et ce malgré l'égalité salariale qui est au départ censée favoriser un investissement partagé. N'est-il pas illusoire d'exiger le même investissement de tous, des fondateurs et des nouveaux, des travailleurs à temps plein et des travailleurs à temps partiel ? Comment gérer ces différences ? L'égalité salariale fait parfois peser sur les plus jeunes ou nouveaux arrivés dans l'équipe une exigence terrible : comment résoudre ce problème ? Si parfois les anciens imposent des modèles que les jeunes portent péniblement, les jeunes doivent eux aussi prendre la parole et les anciens doivent alors se remettre en question.

L'égalité salariale ne garantit pas que chacun prenne la parole : encore faut-

il pouvoir le faire et en avoir envie. Il est sans doute illusoire de vouloir motiver les gens malgré eux ; la motivation viendra pour chacun de l'intérêt qu'il trouve à développer le projet.

Des vices et des vertus de l'inégalité salariale

L'inégalité salariale permet de marquer :

- La légitimation et la reconnaissance de l'implication différente de chacun dans le projet (mais comment mesurer cette implication et quel « barème » de référence choisir ?) ;
- Le désir de l'équipe de prendre en compte l'expertise et la compétence dans l'attribution des tâches et des responsabilités (restent ici aussi à préciser quels items seront retenus pour les définir et les évaluer) ;
- Le souhait de l'équipe de disposer de signes de reconnaissance du travail et des compétences ;
- Le souci d'assurer la pérennité de la maison médicale : l'égalité salariale risque de rebuter tant les jeunes recrues que les travailleurs ayant acquis une expérience qui pourrait leur rapporter bien plus ailleurs. Les jeunes n'ont pour la plupart nulle envie de se démarquer du modèle social ambiant contrairement à leurs aînés qui y trouvaient une fierté certaine.

Elle ne remet pas en question :

- L'autogestion et la non-hiérarchie qui sont indépendantes du mode de paiement. Elles peuvent être appliquées ou ne pas l'être dans le cadre de l'égalité comme dans celui de l'inégalité salariale ;
- Le pouvoir de chacun d'évaluer, de trancher et d'imposer la solution

estimée la plus adéquate compte tenu du projet et de l'intérêt de l'équipe. Le pouvoir est toujours délégué et contrôlé par l'assemblée générale et reste strictement limité au champ de compétence et aux tâches déléguées à chacun ;

- La responsabilité de chacun dans son travail et au sein de l'assemblée générale.

L'égalité salariale garde un pouvoir symbolique fort mais elle n'est qu'un moyen et rien qu'un moyen

Elle ne résout pas tout et n'est qu'un des facteurs d'une société plus juste et qu'un des facteurs favorisant l'investissement dans l'équipe. Mais à elle seule, elle ne peut garantir aucun de ces objectifs. Elle est une condition utile, peut-être nécessaire mais sûrement pas suffisante.

A chaque équipe de juger de l'opportunité de l'instaurer ou de la maintenir en fonction du sens qu'elle y trouve dans la définition et la réalisation de son projet.

Texte rédigé sur base de la réflexion menée à la maison médicale la Glaise et du compte-rendu synthétique du club de réflexion sur l'égalité salariale en maison médicale du 13 mars 2002 rédigé par Patrick Jadouille.

L'institutionnalisation du secteur social associatif et les nouveaux lieux de revendication

Murièle Maldague, licenciée en sciences politiques, coordinatrice du Conseil bruxellois de coordination socio-politique

C'est afin de mieux appréhender les enjeux-clés de la société et particulièrement du monde associatif social que le Conseil bruxellois de coordination sociopolitique (CBCS) a organisé une conférence le 21 mai dernier sur le thème « L'institutionnalisation du secteur social associatif et les nouveaux lieux de revendication ».

Les questions abordées au cours de ce débat ne peuvent qu'alimenter la réflexion du monde des maisons médicales, lui-même en pleine évolution et engagé dans un processus de reconnaissance officielle.

Court plongeon dans l'histoire du secteur social associatif

Henri Goldman

Un court plongeon dans l'histoire du secteur social associatif permettra de mieux planter le décor.

1968 est la date fondatrice de ce que nos associations sont aujourd'hui, elle est marquée par des mouvements d'extrême gauche avec une hypertrophie du politique ; en Belgique, il existe un champ intermédiaire qui absorbe énormément d'initiatives, le mouvement est caractérisé par des gens désirant changer de métier et militer à travers lui.

Trois étapes principales jalonnent l'histoire du monde associatif :

- Des associations militantes se créent, les pouvoirs publics leur confient rapidement des missions pour pallier les carences de ceux-ci ;
- Au bout d'un long parcours, les associations décrochent les premières subventions et emplois. A ce moment, la question qui se pose est « A-t-on encore le droit de contester avec autant de liberté qu'auparavant ? » ;
- La troisième étape équivaut à l'aboutissement du phénomène : on a un secteur associatif qui devient une sous-traitance des services publics avec des statuts au rabais ; il n'échappe pas non plus aux tares de la fonction publique comme la politisation.

Aujourd'hui, la question cruciale pour le secteur social est : « Sa capacité novatrice et contestatrice est-elle

diminuée en proportion de la reconnaissance qu'il a obtenue du côté du politique ? ». Les revendications sont sans nul doute différentes, le projet de changer la société n'est-il pas souvent absorbé par la recherche de subsides, de nouveaux emplois, ... ?

La démocratie, une question d'entraînement

Philippe Laurent

1968 semble loin, le monde associatif « traditionnel » donne l'impression d'être piégé dans les normes, d'être englué dans la sous-traitance, il regarde les nouveaux mouvements avec nostalgie et irritation ; se repositionner, est-ce une solution pour réaffirmer son rôle ? A partir du concept de la société civile, voici une grille de lecture qui peut conduire à des actions pratiques.

1. Loin d'être dépassée, la société civile se met en place sous d'autres formes et se repositionne par rapport aux nouveaux mouvements.

Elle est un courant puissant : depuis une vingtaine d'années, les acteurs de la société civile se sentent et se reconnaissent comme tels avec ou sans la reconnaissance des politiques ou des théoriciens. A côté des campagnes spectaculaires comme celles pour l'accès aux médicaments ou pour établir le tribunal pénal international, la société civile est aussi et surtout une société à bas bruits, un travail social et démocratique au quotidien réalisé par des milliers d'associations.

Un mouvement aussi puissant ne peut avoir lieu que s'il a des racines

Autour de cette problématique, le Conseil bruxellois de coordination sociopolitique a réuni comme orateurs Pascal Henry, directeur de l'Institut Cardijn et Philippe Laurent, président du comité de gestion de l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées (AWIPH) et du mouvement pour la société civile. Henri Goldman, codirecteur de la revue *Politique*, introduit la conférence.

• L'institutionnalisation du secteur social associatif et les nouveaux lieux de revendication (suite)

profondes. Ses racines sont anthropologiques, la condition humaine dans la vie quotidienne a changé depuis cinquante ans d'une façon significative :

- La vie est devenue plus large que le travail, on vit vingt ans de plus que dans les années 50. On n'a pas encore pris ni conscience de ce changement ni sa mesure dans l'organisation sociale ;
- Le temps disponible n'est pas seulement consacré aux loisirs, il a une utilité sociale : en Belgique, il y a un million cinq cent mille volontaires. Cela correspond au paradoxe de l'individualisme : notre société est repliée sur elle et en même temps, nous n'avons jamais eu autant de souci social. Car l'individualisme n'équivaut pas à l'égoïsme, il existe quelque chose que nous ne voulons pas perdre : notre intimité, nous voulons mener nous-même notre vie mais en construction avec les autres ;
- Mai 68 a cassé toute forme de hiérarchie et a instauré une nouvelle manière d'être ensemble. L'attitude au quotidien dans les familles, les associations, les usines, entre les personnes qui partagent des niveaux différents de pouvoir d'autorité s'est modifiée dans un style plus direct.

2. La société civile évolue avec trois acteurs :

- Le politique régule le pouvoir ;
- Le marché est régulé par l'argent ;
- La société civile baigne dans la communication.

Selon l'horizon utopique de cette théorie, une société idéale est composée de relations de complémentarité

et d'opposition entre ces trois acteurs régulés par des logiques différentes.

Le travail de la société civile est de remettre en selle le politique et de ne pas le dévaloriser. Le politique, lui, doit se repositionner en son centre et prendre des décisions politiques.

La société civile s'auto-limite, consciente de cette séparation des tâches et des pouvoirs. Elle se défend par rapport au pouvoir politique qui a tendance à s'approprier le contrôle de celle-ci. La Belgique est un cas de figure avec la colonisation de la société civile notamment par les différents piliers.

Le concept de représentativité est complexe ; selon les syndicats et les politiques, la société civile ne serait pas du tout représentative. Elle n'a, il est vrai, aucune légitimité au sens d'un mandat conféré démocratiquement par la société civile, contrairement au politique et dans une moindre mesure aux syndicats. Ce concept est complexe et polysémique, il peut signifier aussi échantillon significatif. La société civile est représentative dans le sens significatif car elle peut donner au politique un bon reflet des problèmes qui se développent.

Des dissensions peuvent surgir lorsque des interfaces entre la société civile, les associations et l'État sont mises en place puisqu'ils existent une confusion de définition. En tout état de cause, la société civile ne peut opérer aucune synthèse ; contrairement au politique, elle ne peut parler que de façon polyphonique ou cacophonique.

On a tendance à faire équivaloir la démocratie à quelques procédures

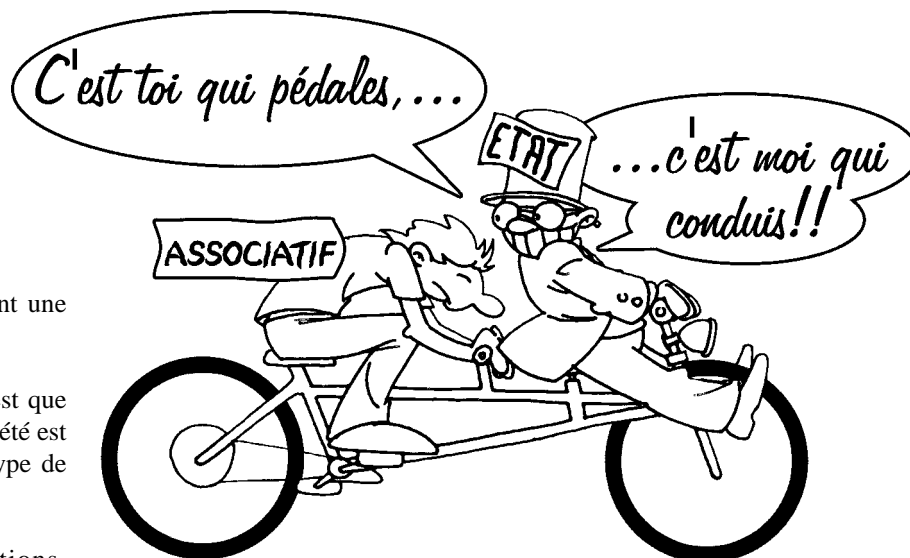
simples comme les élections. Alors que des sociétés complexes ne nécessiteraient-elles pas des moyens complexes tant sur le plan quantitatif que qualitatif ? La méthode de participation doit évoluer et l'enjeu de la Belgique est de sortir de ce mode de démocratie, du modèle de colonisation de la société civile par le pouvoir politique.

En Belgique, la participation, en tant que telle, n'est jamais pensée. Elle est à approfondir pour établir un véritable trait d'union entre la société civile et le monde politique et non plus creuser le fossé qu'on a pu par exemple découvrir lors de la Marche Blanche. Dans les organes de consultation, il doit exister des cellules qui réfléchissent l'interface entre la société civile et l'État en tant que telle. Il est nécessaire par exemple de mettre en place un Conseil national de la vie associative comme en France.

3. Trois niveaux sont à améliorer :

- Au niveau de l'État : faire une meilleure distinction entre parti et État.
Les partis ont tendance à croire que l'État leur appartient. Cela se manifeste dans les nominations politiques dans l'administration et dans l'orientation préférentielle des subsides à des mouvances affiliées à des partis politiques.

Une conséquence importante est que ces organes se révèlent de mauvais thermomètres en ce qui concerne l'axe de fonctionnement de la société ; à travers des organes comme le Conseil économique et social, les personnes qui participent à ses organes d'antenne sont nommées politiquement, l'image qu'ils



renvoient est donc seulement une image en miroir.

Une dernière conséquence est que le potentiel social d'une société est sous-exploité à travers ce type de système.

- Au niveau des associations, améliorer le processus démocratique interne surtout pour les associations traditionnelles.

Pousser la réflexion dans la dichotomie *management/government*. Établir une distinction des rôles : rôle de concessionnaires des services publics, rôle de projet-pilote, rôle de militance. Il en existe d'autres comme les associations qui sont des communautés d'intérêt et les associations tournées vers l'intérêt général.

- Au niveau de l'interface entre l'associatif, la société civile et l'État : revoir et approfondir ces interfaces considérées comme naturelles.

On doit d'abord distinguer différentes fonctions : décision, gestion, avis. Puis seulement, on pourra organiser les différents organes. Des organes doivent être créés pour l'organisation de l'interface lui-même, l'organisation des écluses entre la société civile et le monde politique.

Une réflexion plus fondamentale basée essentiellement sur la distinction des rôles, des fonctions avec un approfondissement technique de la démocratie est quelque chose sur lequel on ne peut faire l'impasse. La démocratie est devenue une question d'entraînement.

••••

Se visibilité et se remobiliser

Exposé de Pascal Henry

On peut distinguer quatre caractéristiques du monde associatif depuis 1968 :

1. Une professionnalisation croissante du secteur dans les vingt dernières années.

Le « monopole » a été longtemps dans les mains de congrégations religieuses et de bénévoles. Le nombre de professionnels a été croissant ces dernières années et parallèlement les besoins ont augmenté dans une proportion plus grande. C'est cet écart entre le nombre de professionnels et les besoins qui est aujourd'hui difficilement ressenti.

2. Une certaine clarification des rôles.

La tradition et le mécanisme de concertation sociale empêchent parfois la visibilité des choses mais permettent de faire avancer des gens ensemble. Beaucoup d'associations se sont structurées de façon positive en distinguant et en identifiant les rôles de travailleurs, employeurs sur le modèle du secteur marchand. On a par exemple développé le travail des commissions paritaires, l'instauration

des tables rondes intersectorielles à Bruxelles qui ont conduit aux accords du non-marchand. On a évité des dérives caricaturales par le passé qui pesaient sur les conditions de travail et sur l'action militante ; aujourd'hui, les pouvoirs subsidiaires ont été identifiés et structurés dans des rôles plus clairs.

3. Hyperspécialisation des rôles et multiplication des initiatives ciblant des publics particuliers.

Dans le secteur de l'Aide à la jeunesse, par exemple, depuis 1999, il existe treize types de services différents. L'avantage est la prise en charge plus aiguë et plus spécifique du public. L'inconvénient majeur est le risque de stigmatisation grandissant, ce qui peut entraîner davantage d'exclus, davantage de rigidité, de cloisonnement, de renvois de services à l'autre, ... L'hyperspécialisation a entraîné des modifications importantes des rapports de force dans le champ politique et dans le champ de l'action militante.

4. Dans les dix dernières années, il existe une subordination croissante à des logiques d'État socio-sécuritaire. Aujourd'hui, les travailleurs sociaux sont mandatés pour contrôler l'exclusion plutôt que pour « lutter contre ».

• L'institutionnalisation du secteur social associatif et les nouveaux lieux de revendication (suite)

Les conséquences sont diverses :

- Le secteur associatif est contaminé de plus en plus par cette politique : les rapports à l'argent et aux subsides sont particulièrement importants ;
- La réaffirmation parfois brutale de la prééminence du secteur public d'une façon injustifiée car il s'était désinvesti dans le travail social ;
- Les travailleurs et les employeurs se sont situés différemment par rapport à cette logique d'État sécuritaire ; cela a créé des divisions internes qui peuvent miner l'associatif, le travail et les travailleurs sociaux. Les rapports de force sont considérablement modifiés.

Les conséquences de ces quatre caractéristiques sont :

1. Il existe un double mouvement de rapprochement et d'éloignement en même temps. Les travailleurs sociaux ont prôné un rapprochement des pouvoirs locaux avec les travailleurs sociaux. C'est souhaitable mais cela entraîne des dérives :

- de type clientéliste : l'employeur est en même temps évaluateur de ces dispositifs ;
- la précarisation des emplois, plus précarisés que dans des secteurs institutionnels ;
- les politiques des pouvoirs locaux ont peut-être des effets positifs visibles dans un premier temps mais cela a peu d'influence sur la politique globale. En même temps, l'écart grandit entre le monde associatif et les pouvoirs subsidiaires.

2. Difficulté de mobilisation. La militance ne fait plus recette.

- Les contingences pèsent trop sur les

travailleurs sociaux, ils sont absorbés dans un combat pour leur survie ;

- Les enjeux de niveau intermédiaire sont délaissés : l'investissement se fait sur les enjeux locaux et mondiaux ;
- La dimension collective est mise de côté : il est difficile de s'organiser et de se mobiliser, on est miné par des dissensions sur des enjeux de société ;
- On fonctionne avec une sorte d'adéquation simpliste : ce qui est visible et médiatique est efficace comme par exemple les contrats de sécurité. Il est vrai que dans le secteur associatif, on travaille dans la discrétion, que le travail social se fait rarement dans le court terme et qu'on résiste à ce côté spectaculaire des nouveaux mouvements. Pourtant, il y aurait nécessité évidente à se nourrir réciproquement.

A la fois, il est vital pour le monde associatif de davantage se visibiliser et se remobiliser ; de la même manière pour les nouveaux mouvements sociaux de se structurer et se pencher sur les choix « intermédiaires » délaissés à la fois par les nouveaux mouvements et le secteur associatif traditionnel.

•••• Débat

Réactions de Philippe Laurent

- Les associations ont le même problème que le politique : le politique n'arrive plus à faire de la militance parce qu'il est empêtré dans l'électroménager des intercommunales, dans la gestion, ... Or la militance se gère

et prend du temps ; pour garder la tonicité de la militance, il faut s'organiser d'une certaine manière.

- Au niveau des systèmes de Commission paritaire, de la concertation sociale, je ne la rejette pas mais ça ne suffit plus. La pression des partenaires sociaux est beaucoup trop forte ; il peut exister un contraste entre l'excellence de l'organisation sur le modèle de la concertation sociale et l'absence de modèles pour gérer autre chose.

- Quand on parle de société civile, on ne parle pas des individus, chaque personne est amenée à avoir une activité économique, politique, ... Par contre les associations, les personnalités juridiques, les institutions politiques doivent quand même signaler leur raison d'être. Une bonne façon de reconnaître des acteurs de société, des associations de société civile, c'est de voir la composition de leur conseil d'administration formé par exemple des gouvernements précédents, ... c'est parfois un bon indice de leur instrumentalisation.

Par ce biais on a amorti la pression revendicatrice de la société civile en la faisant participer à la gestion. Je réinsiste sur l'importance de la distinction des rôles et donc de la complémentarité.

*Luc Uytdenbroek,
directeur de Télé-Service*

Toutes les associations, différentes selon leur proximité avec le pouvoir, leur démocratie interne, leur rapport aux médias, ... ont leur place, leur légitimité et leur pertinence pour autant que des relais, des réseaux existent entre elles. L'histoire de nos associations donne déjà des réponses,

utilisons les ressources de chacune pour le changement social.

Willy Janssens,
administrateur au CBCS

Par rapport aux réalités du monde associatif bruxellois, une date à retenir est 1991, marquée par les premiers accords intersectoriels, conclusion des premières tables rondes intersectorielles. Durant les dernières tables rondes qui ont donné naissance aux accords du non-marchand, on a pu remarquer le poids des partenaires sociaux dans ces négociations.

La militance s'affirme dans la rue, par contre dans les structures du dialogue social sa voix est trop faible. La volonté de progrès doit retrouver sa place dans la concertation. Il faut trouver un moyen d'affirmer structurellement la militance, la volonté de progrès. Quels sont les chemins pour l'affirmation de la militance ?

Pascal Henry

Il est important tout d'abord de permettre aux travailleurs sociaux de bénéficier des accords du non-marchand. Des réponses doivent se trouver dans les espaces de dialogue et de négociation avec les pouvoirs publics. Tous les débats politiques ne peuvent se résumer à une négociation sociale basée sur les conditions de travail. Il y a des lieux consultatifs à concevoir ou à affiner qui doivent permettre réellement de créer les rapports de force.

Pour qu'ils puissent se jouer, des conditions doivent être réunies comme rationaliser les instances. Dans le secteur de l'Aide à la Jeunesse, il existe trente instances compétentes.

Que faire par rapport à cette pléthore ? C'est la responsabilité du politique mais aussi celle du citoyen et des partenaires sociaux. On utilise peu les outils mis à la disposition des citoyens et des professionnels comme de faire poser des questions au Gouvernement ; on se désintéresse de tous ceux qui ont un mandat représentant l'intérêt général.

Myriam Van Espen,
vice-présidente sortante du CBCS

Un point important soulevé par Pascal Henry est sans aucun doute l'absence de « l'aspect intermédiaire » ; la réflexion sociopolitique menée par le Conseil bruxellois de coordination sociopolitique va dans cette recherche et parallèlement dans celle de relais soulevé par Luc Uytendbroek. Dans sa réflexion, a été aussi évoqué le relais des problématiques de l'associatif vers les Parlementaires. Ce projet est encore en chantier et le Conseil bruxellois de coordination sociopolitique est demandeur de problématiques communes aux associations.

Un absent de ce type de débat est sans nul doute le représentant des usagers et des bénéficiaires. Structurer un dialogue devient difficile puisque la notion de représentation des intérêts des bénéficiaires est faible ou pas suffisamment identifiée. Politiquement on ne peut pas avoir une réflexion sur la société si on n'est pas attentif à cette dimension de bénéficiaire, de citoyen.

Dominique Braeckman,
*parlementaire Ecolo
à la Région bruxelloise*

Je suis sensible à la notion de relais, de réseau et intéressée par la forme.

Le travail communautaire, n'est-ce pas une manière de redonner une place à l'usager ?

Nadine Parmentier,
Union chrétienne des pensionnés

Ne faudrait-il pas avoir une approche plus systémique ? Avec l'approche institutionnelle, on reste dans une approche très individuelle où chacun défend son intérêt, son client, ... Le CBCS pourrait-il organiser cette approche systémique ?

Henri Goldman

Une critique que l'on fait souvent aux pratiques concertatives : plus on met de gens en concertation pour faire contre-poids au politique, plus on renforce le pouvoir des politiques de décider tout seul, non pas sur ce qu'il faut faire mais de dire tout seul ce que pense le peuple. Et c'est le politique qui est le mieux placé pour élaborer la synthèse et puis dire « j'ai compris ce que vous voulez ». Il vaut mieux que les gens structurent leur parole de façon plus synthétique. Une force du modèle de la concertation sociale est certainement qu'il est un système lisible par le petit nombre d'acteurs.

Il y a un an et demi, on a parlé d'une expérience : le projet du syndicat de la vie quotidienne présenté par ses protagonistes dont Philippe Laurent. Puisque le travail n'est plus central, il était possible de rassembler dans une fédération de la vie quotidienne des parents d'enfants cancéreux, des défenseurs des sans-papiers... Le modèle peut-il fonctionner ?

Philippe Laurent

Non, dès le départ, j'étais contre l'appellation syndicale car elle donne

• L'institutionnalisation du secteur social associatif et les nouveaux lieux de revendication • (suite) • • • • • • • • • •

l'impression de pouvoir réaliser une synthèse alors que la société civile ne peut pas opérer de synthèse en son sein. Le laisser croire peut conduire à des dérives poujadistes.

Par contre, il n'est pas possible d'organiser la société civile mais bien l'espace public. La meilleure façon de ne rien écouter, c'est de faire semblant d'entendre tout le monde. Je crois au travail patient des centaines de groupe de travail mais en s'organisant, pour créer un nouveau modèle qui tienne compte de cela sans être une arrièrecuisine sans intérêt.

Il existe un paradoxe dans « Ayons de l'audace, retrouvons le courage de militer ». Militer, soit on est devant une évidence impérieuse, soit on a envie de le faire, mais s'exhorter à militer est paradoxal. « Est-ce que vous avez envie de le faire ? » est la question centrale. Si l'évidence existe, si elle est performative, on aura des moyens d'organiser des associations autour de la militance.

La compréhension et la participation des médias seront certainement importantes pour soutenir la motivation interne car les journalistes ne se trompent pas pour reconnaître « l'évidence ». Parallèlement à l'évidence, il faut une connaissance technique des médias ; la militance doit se gérer comme se gère un hôpital ...

Il est nécessaire d'entamer un rapport de forces avec les autorités publiques pour l'organisation d'un nouveau modèle de participation qui développe, approfondit et complète le modèle de la concertation sociale. Il y a des pistes en France comme la Charte

d'engagement réciproque entre le secteur associatif et l'État français qui essaye de construire le schéma général d'une participation plus poussée.

En Belgique, une partie de la militance devrait être économisée sur des objets particuliers comme le social, le culturel, ... pour construire une organisation générale du dialogue. A la limite, les pouvoirs politiques sont aujourd'hui plus militants que le monde associatif.

Du côté du politique, il existe une attente. Ne faudrait-il pas pendant quelques mois faire l'impasse sur des intérêts particuliers comme les revendications salariales et discuter comment doit se profiler dorénavant un espace de parole, un espace public qui peut être organisé ?

Pascal Henry

Une piste pour donner une place aux usagers est sans nul doute le travail communautaire, piste soulevée par Dominique Braeckman, qu'on connaît dans quelques champs législatifs notamment les Centres de service social, les Services d'aide en milieu ouvert.

J'attends de voir les pouvoirs publics qui vont eux-mêmes s'organiser. Reconnaître le travail communautaire, c'est aussi de manière caricaturale subsidier ceux qui les critiquent ou les interpellent. On est donc dans une dynamique qui rend les choses compliquées. On peut déjà essayer de faire inscrire cela dans des décrets.

Article paru dans le Bis+ n°9 de juillet 2002.

Privatisation des soins de santé ou développement communautaire des services publics ?

Jean-Pierre Unger, médecin, enseignant de santé publique à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers

Les politiques de coopération au développement menées par les pays industrialisés soutiennent, depuis dix ans, la privatisation des soins de santé dans le Tiers-Monde^{1,2,3,4}. Le cycle de négociations de l'Organisation mondiale du commerce, qui se terminera en mars 2003, risque même de mettre hors la loi toute prestation de soins de santé qui ne serait pas privatisée – hormis les programmes de contrôle des maladies : en effet, les services publics pourraient ne plus être autorisés à délivrer les prestations offertes par d'autres organismes⁵.

Et pourtant, tout indique que les stratégies de privatisation ont échoué à améliorer le statut sanitaire des populations. Cet article s'attache à comprendre les modalités de la privatisation des soins dans les pays en développement, ses conséquences et ses déterminants. Il conclut à la lourde responsabilité morale que porteront les dirigeants qui signeraient des accords commerciaux permettant d'interdire l'offre publique de soins de santé polyvalents. Il formule aussi une politique de santé alternative qui tient compte des graves carences des services gouvernementaux de ces pays.

Exposé présenté par l'auteur au Forum social de Belgique le samedi 21 septembre 2002.

« Soins de santé » n'est pas « contrôle des maladies »

Pour comprendre les politiques internationales de santé, il faut distinguer soins de santé et programmes de contrôle des maladies. Les soins de santé sont destinés à répondre aux problèmes présentés par les patients – la maladie, la souffrance, l'anxiété, le risque de mourir : c'est le rôle du médecin de famille, de l'infirmier, dans les dispensaires et les hôpitaux. Les programmes de contrôle des maladies ont, eux, des objectifs épidémiologiques : ils visent à réduire une cause particulière de souffrance et de mortalité, que ce soit une maladie ou un problème de santé (une grossesse non désirée par exemple). Le contrôle des maladies comporte généralement la détection et le traitement, et, lorsque les possibilités techniques existent, il met aussi en œuvre la prévention, le contrôle des vecteurs et l'assainissement du milieu.

En médecine, la prise en charge des plaintes du patient est évidemment compatible avec celle de sa maladie. Mais ce qui distingue les soins des programmes, c'est leur polyvalence – le large spectre de pathologies que la pratique des soins amène à traiter. Par ailleurs, il y a intérêt à intégrer soins curatifs et préventifs et partir de la demande de soins pour proposer des activités – un dépistage, une vaccination – à un patient ou à une population avec lesquels une relation de confiance s'est tissée. C'est pour cette raison que l'intégration des activités de contrôle des maladies dans les soins de santé est le plus souvent souhaitable. Or, elle est généralement faible dans les pays en développement, parce que les

programmes de contrôle des maladies sont souvent mis en œuvre dans des centres de santé et des dispensaires publics qui sont désertés par les patients. Par ailleurs, certains programmes ou certaines de leurs activités sont aussi mis en œuvre par des organisations spécialisées, dites « verticales » (ce que des motifs techniques justifient parfois).

Toujours est-il que la « dés-intégration » devient pratiquement inéluctable grâce aux politiques menées par les organisations internationales de santé, puisque celles-ci visent à privatiser le secteur des soins tout en prévoyant que le contrôle des maladies reste la responsabilité opérationnelle du secteur public.

Finalité lucrative ou service public

En simplifiant, on peut classer les institutions privées et publiques en deux catégories, selon le but qu'elles poursuivent (lequel n'est pas toujours transparent...) : les institutions qui traitent les bénéficiaires comme un but en soi (c'est le secteur à finalité lucrative) et celles dont la gestion est inspirée par une préoccupation pour l'équité, la solidarité, l'accès aux soins, la démocratie (*accountability*), et le refus de toute discrimination. Il y a donc des institutions de santé gouvernementales qui ont une logique lucrative et des organisations non-gouvernementales qui ont une gestion à intérêt public⁶.

Théoriquement, les politiques de privatisation visent à transférer les soins au secteur privé lucratif, (qui représente l'essentiel du secteur privé

• Privatisation des soins de santé ou développement communautaire des services publics ? (suite)

des pays en développement), avec un financement et un contrôle publics. Cette approche donne aux ministères de la santé, à l'instar de ce qui se passe en Belgique et en France), un rôle de gouvernance (*stewardship, rectoria*) plutôt que d'offre directe de soins.

•••• **Le transfert des soins de santé au secteur privé : cinq scénarios**

Le transfert des soins au secteur privé lucratif s'effectue de cinq manières différentes, qui peuvent être complémentaires :

1. l'état vend ses hôpitaux, ce qui est plutôt exceptionnel (exemple : ex-Union Soviétique, Nicaragua) ;
2. l'état sous-finance les institutions publiques de soins, que les patients en viennent à désertier. Ceci permet au secteur privé d'offrir des soins sans concurrence subsidiée ;
3. le Gouvernement accorde aux hôpitaux une autonomie de gestion sans exercer un contrôle ni définir des objectifs de production. Pour compléter leurs salaires dérisoires, les membres du personnel peuvent alors se partager les bénéfices de ces institutions. Cette séparation propriété/gestion (*property/management split*)⁷ est censée améliorer la disponibilité en médicaments grâce aux possibilités de réinvestissement ainsi que la motivation du personnel, sans recourir au budget public de la santé⁸ ;
4. la quatrième méthode consiste à sous-traiter les soins au secteur privé. En ce sens, les systèmes français et belge constituent le

modèle que la Banque mondiale envisage d'appliquer aux pays en développement ;

5. pour compléter ces mesures, les Nations-Unies préconisent de limiter le rôle opérationnel du secteur public au seul contrôle des maladies, les états devant limiter les soins délivrés dans le secteur public à ceux que le secteur privé n'offre pas « de manière compétitive »⁹. Les organisations internationales recommandent donc que les centres de santé et dispensaires publics se bornent à délivrer les activités de contrôle de quelques maladies (en général, la tuberculose, le SIDA, la malaria, les diarrhées infantiles, et les maladies de l'enfance à prévention vaccinale).

Parmi ces cinq méthodes, seules la quatrième et la cinquième ont droit de cité dans les articles politiques et scientifiques. Aucune institution nationale ou supranationale ne préconise officiellement le second scénario. Mais sur le terrain, c'est bien le sous-financement du secteur public qui est la modalité de privatisation la plus fréquemment rencontrée. Il s'accompagne de facto d'une limitation des services publics aux activités de contrôle des maladies.

Par contre, tout le monde parle de la sous-traitance des soins dans les pays en développement - mais personne n'en fait (c'est comme le sport !). Pourquoi ? Parce que les pays en développement n'arrivent pas à dégager les fonds requis pour financer et contrôler le secteur privé : ils ne maîtrisent pas le nerf de la guerre, qui reste entre les mains des individus. Même dans un pays communiste

comme la Chine, l'état ne dépensait en 1998 que 38,8 % du total des dépenses de soins de santé¹⁰ contre plus de 80 % dans les pays d'Europe de l'Ouest.

•••• **Sous-traitance des soins au secteur privé et qualité des soins : un échec manifeste**

Outre le manque de fonds, la sous-traitance se heurte à des obstacles tels que la Banque mondiale, qui tente d'en faire l'expérience en Asie et en Amérique Latine depuis plus de dix ans, ne peut apporter aucun résultat probant à l'appui de sa politique. Au contraire, tout suggère que dans les pays en voie de développement, la sous-traitance des soins au secteur privé lucratif ne peut améliorer la qualité et l'accès aux soins à un prix raisonnable.

Signalons d'abord que l'accès aux soins, principale victime de la privatisation, ne semble pas préoccuper grand monde : 94 % des pays en développement sont incapables de produire leurs taux d'admission en hôpital et 91 %, leurs taux d'utilisation des consultations externes¹¹.

En ce qui concerne l'action des États sur les prestataires de soins, Figueras et Saltman reconnaissent que la réforme du secteur médico-sanitaire en Europe a requis des « compétences en santé publique pour estimer les besoins, évaluer les interventions et suivre l'impact des mesures »¹². Mais ces compétences font défaut dans les pays en développement. De leur côté, Brugha et Zwi y pointent des insuffisances majeures de la qualité

des soins surtout dans le secteur privé¹³, et considèrent que c'est la recherche du profit qui provoque l'hiatus entre les connaissances des médecins et leurs pratiques.

L'hypothèse d'une efficacité accrue des soins lorsqu'ils sont sous-traités à des entreprises privées ne résiste pas à l'analyse des rares études publiées^{14, 15, 16, 17}. Ces études suggèrent, à qualité similaire des soins, un coût de production légèrement inférieur dans le secteur privé mais un coût total supérieur pour les autorités publiques : la marge bénéficiaire des prestataires privés, avantagée par les contrats, a toujours dépassé les gains d'efficacité. Sous cet angle, les seules expériences positives furent liées à l'achat de soins à certaines organisations non-gouvernementales dont la finalité n'était pas lucrative. Par ailleurs, aucune étude n'a examiné l'équité de la politique tarifaire pratiquée dans les services privés ; pas d'étude non plus pour déterminer si le secteur sanitaire privé des pays en voie de développement stimule la demande irrationnelle de soins – ou au contraire, favorise l'autonomisation des patients.. Mais il y a tout lieu de croire que la pratique privée ne favorise ni la solidarité entre patients ni l'indépendance des patients vis-à-vis de leur médecin.

Dans les rares pays qui ont risqué la sous-traitance à l'échelle nationale, cette politique s'est avérée inefficace et inefficace. C'est en Colombie que l'expérience a été menée le plus loin. Il a fallu pour cela augmenter les dépenses publiques de santé jusqu'à atteindre 18,2 % des dépenses de l'état en 1997 et 17,4 % en 1998¹⁰, une des proportions les plus élevées du conti-

ment¹⁸. Les dépenses de santé per capita, qui avaient stagné sous 70 USD par an avant le début de la réforme, en 1993, ont commencé à croître jusqu'à atteindre 227 USD en 1998¹⁹. Le résultat fut une augmentation majeure de la proportion du produit national brut affectée aux soins de santé : elle passa de 3,5 en 1993 à 5,4 % en 1997. Mais les dépenses publiques et privées ne pouvaient continuer à augmenter - tandis que la couverture sanitaire, elle, plafonnait. Selon des estimations conservatrices, elle laissait au bord de la route 40 % de la population sans assurance²⁰, et c'était surtout les riches qui profitaient du système : entre 1992 et 1997, le quintile de revenu le plus favorisé voyait sa couverture augmenter de 35 % contre 15 % pour le dernier. Autres problèmes, la couverture par assurance ne se matérialisait pas toujours en accès réel aux soins de santé et le gaspillage était de règle²¹.

L'échec de la sous-traitance était prévisible. En Belgique, l'état régle et contrôle le secteur privé, formule les contrats d'achat de soins, vérifie qu'ils sont exécutés, et paye. Mais la situation est toute différente dans les pays en développement :

- faute d'un bon contrôle social, les États permettent les nominations clientélistes, la corruption, et les décisions biaisées dans l'administration ;
- les médecins fonctionnaires, sous-payés, ont presque tous une pratique privée en parallèle ; ils ne vont pas scier la branche sur laquelle ils sont assis en produisant des contrats avantageux pour l'État ;
- enfin la sous-traitance implique le transfert de masses financières

colossales qu'il est facile de détourner. C'est particulièrement visible dans des pays tels la Roumanie et l'Argentine, où ce sont les associations de médecins elles-mêmes qui ont géré les fonds publics destinés aux soins de santé.

Par ailleurs, l'autonomie de gestion accordée aux hôpitaux publics aboutit à un accroissement des coûts pour les utilisateurs et à une réorientation des activités hospitalières vers la clinique simple et bon marché²² : le personnel, sous-payé, a vite compris qu'il valait mieux hospitaliser un patient riche qui souffre d'une bronchite, qu'une nécessiteuse dont l'état requiert une intervention chirurgicale. C'est ainsi que l'autonomie de gestion a souvent abouti à soustraire les hôpitaux publics au système de santé.

En définitive, « ...ce sont des jugements prudents qui doivent être émis à propos du bénéfice relatif des investissements consentis pour améliorer les activités du secteur privé (dans les pays en développement, ndla), au contraire de ceux qui sont effectués dans un secteur public renforcé »²³.

•••••
Quelles sont les conséquences de la politique de privatisation pour l'accès aux soins et leur qualité dans les pays en voie de développement ?

La situation sanitaire des pays en développement est catastrophique. L'accès aux soins a particulièrement reculé en Chine, dans les ex-républiques soviétiques, et en Europe de l'Est

• Privatisation des soins de santé ou développement communautaire des services publics ? (suite)

mais aussi ailleurs dans le Tiers-Monde. Près de 50 % des pays les moins développés ne donnent pas d'accès aux soins de santé à leur population²⁴. Un tiers de la population mondiale n'a pas d'accès régulier aux médicaments essentiels ; ce taux dépasse 50 % dans les pays les plus pauvres d'Afrique et d'Asie²⁵.

Cette situation est en partie le résultat de la situation générale des pays en développement : baisse du pouvoir d'achat et des salaires, crise budgétaire des Etats²⁶, moindre priorité accordée aux secteurs sociaux, concentration du personnel dans les grandes villes, corruption, et nominations politiques.

Mais la situation sanitaire des pays en développement est aussi (et surtout) le résultat des politiques de privatisation :

- d'une part, les soins dans le secteur privé y sont chers, inefficaces, et non contrôlés. Parce qu'ils n'appliquent pas leurs connaissances à leur pratique quand cela réduit leurs revenus, les médecins privés multiplient les actes inutiles - examens de labo, rayons X, hospitalisations, prescriptions et même chirurgie. Au Brésil, par exemple, le taux de césarienne est de 31 % dans le secteur public et de 72 % dans le secteur privé²⁷ ;
- D'autre part, l'état des soins dans le secteur public est catastrophique. Voici ce que l'on peut lire dans le Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé²⁸ : « Où pouvez-vous être traité par un médecin qui a travaillé l'année dernière plus de mille heures en plus de son horaire officiel, qui a gagné quinze dollars par mois mais n'a pas été payé

depuis cinq mois, qui a travaillé sans médicaments ni bandages, dans une salle d'opération dont le toit fuit, et où il n'y a plus eu d'investissements depuis des années. Peut-être dans un coin perdu d'Afrique ? Non, c'est en Europe de l'Est, d'après Ellen Roskam, une spécialiste en sécurité du travail à l'organisation internationale du travail ». Et de fait, la situation est épouvantable en Afrique – mais pas uniquement dans les coins perdus. Kavalier décrit, dans le Lancet, l'hôpital universitaire de Mbarara (Ouganda) comme étant « à des décades de cette fin de vingtième siècle »²⁹.

• • • • **Quelles sont les conséquences de la politique de privatisation pour le contrôle des maladies dans les pays en voie de développement ?**

Dans la plupart des pays en développement, l'utilisation des services de santé du Gouvernement s'est effondrée. Au Burkina Faso par exemple, cette utilisation (exprimée en nombre d'épisodes de maladie/an/habitant) est passée de 0,32 en 1986 à 0,17 en 1997³⁰. Que se passe-t-il alors ?

Tout simplement, les programmes de contrôle des maladies ne peuvent pas atteindre leurs objectifs lorsqu'il n'y a pas de patients dans les structures qui les hébergent – c'est-à-dire dans les services publics ; et les patients délaissent les services n'offrant pas des soins de qualité, pour se tourner vers les services privés qui, eux, se concentrent sur la demande curative :

on en revient à la nécessité d'intégrer les différentes dimensions des soins, indispensable à la qualité des soins de santé primaire : « des services de santé accessibles et efficaces sont nécessaires (mais il faut l'admettre, insuffisants en soi) pour combattre les trois maladies (visées par le *Global Health Fund*).... Malgré une augmentation par un facteur dix du financement externe pour le contrôle de la tuberculose dans les pays en développement au cours de cette dernière décade³¹, seuls 27 % des cas de tuberculose pulmonaire positifs à l'examen microscopique ont accès au paquet prévu par la stratégie DOTS³² »³³.

En outre, les programmes de contrôle des maladies ont aussi le pouvoir de détériorer les services publics en polarisant leurs ressources à des fins propres³⁴. Par exemple, le personnel des services publics, sous-payé, passe souvent plus de 50 % de son temps dans des séminaires de formation rémunérés organisés par ces programmes. La gestion par objectif, leur pierre angulaire, aboutit à transformer les organisations sanitaires en bureaucraties mécanistes. L'identité professionnelle des médecins s'y dégrade, et les patients désertent les centres de santé dont les activités se limitent à quelques activités de contrôle.

Rien ne semble donc pouvoir endiguer les épidémies des pays pauvres. Des pays comme l'Afrique du Sud et la Zambie ont des taux de prévalence du SIDA supérieur à 20 %, et d'autres comme le Botswana et le Zimbabwe, plus de 30 % ! Seul un quart des tuberculeux a accès au programme complet de traitement. La malaria

s'aggrave. L'Organisation mondiale de la santé parle de 1,5 à 2 millions et demi de morts chaque année (contre un il y a vingt ans). Ces chiffres signent l'échec des programmes de contrôle autant que celui de la privatisation des soins de santé.

••••

Pourquoi la « science » et les évaluations ont-elles si peu d'impact sur les décisions politiques du secteur de la santé ?

Parce que les vraies raisons de la popularité des privatisations ne résident pas dans leur impact sur la santé des gens mais dans la convergence des intérêts qui les soutiennent :

- le secteur médical privé des pays en développement fait pression pour accéder aux finances publiques ;
- les classes moyennes locales refusent de contribuer par leurs taxes au financement des soins pour les pauvres – d'où le sous-financement du secteur public ;
- les entreprises exportatrices de soins des pays industrialisés veulent accéder aux marchés asiatiques et latino-américains^{35,36} – d'où la libéralisation de ces marchés ;
- les entreprises pharmaceutiques sont peu intéressées par le marché des services publics de soins de santé, qui utilise surtout des médicaments essentiels et génériques et dont la solvabilité est douteuse. Par contre les programmes de contrôle de maladies, financés par la coopération des pays industrialisés, représentent un marché intéressant pour le développement de nouvelles

molécules et pour la vente des produits nouveaux ;

- les politiciens européens privilégient le contrôle des épidémies en provenance des pays en voie de développement qui éclaboussent les pays industrialisés (tuberculose, SIDA,...), tout comme au 19^{ème} siècle, le Gouvernement anglais finançait des inspecteurs d'hygiène dans les villages pour contrôler la tuberculose et les maladies sexuellement transmissibles ;
- et, dans les agences de l'aide internationale, les fonctionnaires des programmes de contrôle des maladies, qui ont un accès privilégié aux décideurs des pays industrialisés, voient des possibilités de carrière dans la croissance de leur programme.

Face à une telle coalition, les arguments scientifiques et humanitaires pèsent peu.

••••

Un autre monde est-il possible ? Quelques propositions pour des politiques de santé alternatives dans les pays en voie de développement

Pour réussir, les politiques de santé alternatives doivent prendre en compte les caractéristiques sociales, politiques et techniques des pays en développement : le déficit démocratique dans les appareils d'état, mais aussi les ressources positives qui existent dans ces pays : des communautés organisées, et la survivance d'un réseau de centres de santé publics que les politiques internationales pourraient soutenir par des activités autres que

le contrôle des maladies.

1. Soutenir le développement communautaire des services publics³⁷

Pendant de longues périodes, des pays comme le Botswana, le Zimbabwe, Costa Rica, Cuba, la Chine, et l'État du Kerala en Inde, ont eu de bons résultats sanitaires³⁸ associés à une prestation efficiente des soins de santé par des institutions publiques³⁹. Mais c'était il y a plus de dix ans et de nos jours, tous les services de santé gouvernementaux se débattent dans d'inextricables difficultés. Quant au modèle cubain, il ne peut s'exporter dans des environnements politiques différents.

L'idéologie néo-libérale prétend apporter une solution crédible aux carences des dispensaires et hôpitaux publics des pays en voie de développement en transférant leurs responsabilités au secteur privé. Il faut reconnaître la réalité de ces carences mais surtout en comprendre les causes. Elles se ramènent à un facteur clé : le déficit démocratique dans les appareils d'état, et l'absence de solidarité sociale qui en résulte. Ce déficit est d'ailleurs, peut-être, une bonne définition du sous-développement.

A défaut de pouvoir démocratiser les ministères, il faut essayer de démocratiser les hôpitaux et les dispensaires publics en revalorisant l'identité professionnelle des médecins et infirmiers qui y travaillent. Telle est la logique du développement communautaire des services publics.

Cette approche prend aussi en compte un atout social important des pays en développement : l'existence de

• Privatisation des soins de santé ou développement communautaire des services publics ? (suite)

communautés qui s'organisent pour survivre. Dans les bidonvilles de Rio, Dakar et Manille, dans les zones rurales, en Afrique du nord, en Amérique Latine, au Moyen-Orient, et en Asie, elles pratiquent la solidarité de manière élaborée. Elles prennent en charge les écoles primaires, l'évacuation des déchets, l'approvisionnement en eau, le conseil juridique, le téléphone, et jusqu'à l'asphaltage – en réponse à l'inefficacité de la solidarité familiale et des États.

C'est ce potentiel qui est utilisé par le développement communautaire du service public pour remédier à la faillite des services publics et assurer un certain pluralisme dans la gestion de leurs structures opérationnelles - hôpitaux et dispensaires. Le développement communautaire consiste donc à développer et démocratiser les services de santé (dispensaires et hôpitaux) qui affirment être mus par une logique d'intérêt public. Et il y en a beaucoup : à côté des ministères de la Santé, il y a aussi les municipalités, les organisations non-gouvernementales, les églises, les mutuelles et les associations communautaires.

Cette démocratisation repose sur la cogestion des services de santé par les professionnels et les utilisateurs. Dans leurs conseils d'administration, divers acteurs peuvent se partager les décisions gestionnaires. Il s'agit des utilisateurs, du personnel, des propriétaires, d'un représentant de l'État - un médecin de district par exemple - et d'un assistant technique. Toute proportion gardée, c'est sur ce principe que l'INAMI gère les finances de la santé en Belgique.

Par ailleurs, le développement communautaire du service public favorise l'organisation des communautés dans le secteur de la santé et l'implication des associations communautaires (les comités de quartier, de femmes, de jeunes, etc.) dans la gestion des services de santé. Mais ce qui distingue cette stratégie de celle des mutuelles européennes, c'est le dialogue entre associations communautaires et professionnels de santé qui se met en œuvre à l'occasion de la cogestion. Il favorise la prise en compte de la demande des populations par les médecins, et l'action des communautés pour résoudre certains problèmes de santé en réponse aux besoins identifiés par les professionnels de santé.

Pour qu'elle soit couronnée de succès, cette approche demande des investissements et l'assistance technique et financière de la part des États et des agences de coopération au développement. En effet, les communautés sont trop pauvres pour pouvoir financer l'intégralité des dépenses de santé, en particulier les salaires des professionnels ; le nombre d'infrastructures périphériques publiques offrant de la médecine de famille et les petits hôpitaux de district est insuffisant ; et les médicaments et le petit matériel manquent cruellement.

L'Initiative de Bamako, lancée par l'OMS et l'UNICEF dans le courant des années 80, était basée sur ce principe : investissements conditionnés à un processus de démocratisation. Elle a permis de dynamiser et de démocratiser des services publics à des coûts raisonnables dans de nombreux

pays en développement⁴⁰. Toutefois cette initiative était perfectible, et les deux propositions qui suivent tentent d'aller dans ce sens.

2. Promouvoir la médecine de famille dans les centres de santé et les dispensaires publics⁴¹

Pour transformer la médecine dans les structures publiques et y introduire la médecine de famille et la santé communautaire, il faudrait planifier deux activités :

- d'une part, les généralistes et assistants médicaux doivent recevoir un encadrement sur leur lieu de travail qui leur apprenne à donner des soins globaux (*patient-centred care*) car leur formation est conçue sur un modèle technique et biomédical, particulièrement inadapté aux pays en voie de développement. Ils doivent aussi apprendre à dialoguer avec les communautés pour résoudre certains problèmes de santé (ce qu'on appelle en anglais *community medicine*) ;
- d'autre part, la qualité des décisions cliniques doit être améliorée, ce qui implique que la médecine redevienne une préoccupation des ministères et des organisations internationales.

3. Elaborer un code de bonne conduite pour les programmes de contrôle des maladies⁴²

Ce code prévoirait entre autre que :

- les activités de contrôle des maladies soient *généralement* intégrées, et qu'elles le soient dans des services de santé qui délivrent des soins de santé polyvalents au tout-venant, sans esprit de lucre. Des

exceptions sont possibles lorsque les services sont totalement dysfonctionnels et que le problème ciblé est de grande ampleur. Par exemple, dans les pays d'Afrique Australe, des services communautaires spécialisés dans le suivi des patients qui ont le SIDA peuvent offrir une alternative aux centres de santé et dispensaires en attendant que ceux-ci soient en mesure d'héberger lesdits programmes ;

- les programmes explicitent comment ils vont éviter d'interférer avec les soins dans les services où ils sont intégrés, en particulier en évitant de se fixer des objectifs exagérément ambitieux ; et qu'ils renforcent les centres de santé et dispensaires publics par des financements et une assistance technique non spécialisée.

Finalement, pour mener à bien ses propositions, il est indispensable que la politique des ressources humaines soit cohérente. Cela suppose des salaires décents, un processus de sélection basé sur le mérite et les compétences, un encadrement approprié et la stabilité du personnel.

• • • •

Quelles sont les appuis politiques dont pourrait bénéficier une politique de santé alternative ?

Un meilleur accès aux soins, un meilleur contrôle des maladies, la démocratisation du secteur et un accroissement de la capacité d'organisation des couches sociales défavori-

sées : voilà ce que l'on peut attendre du développement communautaire des services publics. Mais il lui faut un appui politique. Quel peut-il être ?

En Europe de l'Ouest, les mutuelles, les partis ouvriers et les syndicats se sont battus pour l'accès universel aux soins de santé – pour l'accès à la médecine de famille et aux hôpitaux. Et en 1945, ils obtiennent une victoire retentissante : les états interviennent enfin, de manière significative, dans le financement des dépenses de santé des pauvres. Mais dans les pays en voie de développement, personne ne se bat pour l'accès aux soins de santé. A travers leurs agences de coopération et les organisations multilatérales, les pays industrialisés pensent dès lors avoir le droit d'y réduire cet accès aux seuls programmes de contrôle des maladies – de façon un peu méchante, on pourrait dire « à de la médecine vétérinaire ».

Par son instabilité, l'Afrique est devenue un repoussoir à capitaux. Les députés du Parti populaire européen, les démocrates et réformateurs devraient trouver dans nos propositions des possibilités de stabiliser les investissements dans les pays en développement tout en réalisant le « service public actif » cher aux libéraux. Pour autant qu'ils se fassent l'écho des préoccupations industrielles, ils devraient comprendre que les entreprises pharmaceutiques ont tout intérêt à appuyer une stratégie efficace de développement des soins de santé, susceptible d'élargir le petit marché des pays en voie de développement - appelé « émergent » alors qu'il stagne depuis plus de vingt ans.

Les députés de l'Union pour une Europe des Nations devraient comprendre qu'il est difficile de limiter l'émigration économique sans rendre plus tolérables les conditions de vie dans les pays d'où proviennent les émigrés. Ils admettront que les programmes de contrôle des naissances et de prévention du SIDA fonctionnent mal quand ils ne sont pas accompagnés d'un accès correct à des services de santé polyvalents et efficaces, des services où l'on peut recruter les candidates à la contraception au moment le plus approprié.

Les sociaux-démocrates trouveront un appui auprès de leur base électorale pour exporter certains mécanismes qui favorisent la solidarité, et qui leur ont permis de contribuer aux fondements de la démocratie en Europe de l'Ouest.

Les écologistes devraient voir ici l'occasion de mettre en pratique certaines de leurs propositions (dont l'exercice d'un contrôle social sur l'appareil d'état) dans des contextes où les communautés existent encore.

Si le personnel politique peut fermer les yeux sur la souffrance, la mortalité et l'anxiété évitables par les soins de santé dans les pays en développement, il ne peut ignorer que le manque d'accès aux soins des 60 % de la population mondiale qui vit avec moins de deux euros par jour est un facteur d'instabilité politique mondiale. Que les services sociaux disparaissent et l'on peut s'attendre à d'autres 11 septembre. Les Etats-Unis en sont conscients, eux qui appuient le développement des services publics dans les pays qui ont à leurs yeux une

• Privatisation des soins de santé ou développement communautaire des services publics ? • (suite)

importance géostratégique et militaire (en Asie Centrale, aux Philippines, et en Jordanie par exemple).

Les professionnels de santé progressistes peuvent contribuer à ce que les partis politiques européens prennent la mesure de l'enjeu sectoriel. Ils doivent pour cela s'engager, inlassablement, à expliquer les alternatives à la commercialisation des activités humaines à finalité sociale.

L'obstination des pays industrialisés à ne pas soutenir les systèmes de soins de santé dans les pays en développement et à les privatiser est largement responsable de l'échec actuel du contrôle des maladies et de la politique des soins dans les pays en développement. Les responsables qui signeraient un accord sur le commerce des services mettant hors la loi la prestation publique de soins de santé porteraient une lourde responsabilité morale dans le désastre sanitaire, social et politique qui s'annonce.

••••• Références

- (1) World Bank, *Better Health in Africa*, 1994, Washington, Ref Type : Report.
- (2) Human Development Network, *Health, Nutrition and Population*, 1997, Washington, World Bank, Sector Strategy Paper.
- (3) WHO, *The World Health Report 2000 - Health Systems : Improving Performance*, Haden A, Campanini B, editors, 1. 2000, Geneva, WHO.
- (4) Communication from the Commission to the Council and the European Parliament, *Health and poverty reduction in developing countries*, COM (2002) 129, 22-3-2002.
- (5) *General Agreement on Trade of Services*, article 1, 3, C
- (6) Giusti D., Criel B., De B, X, « Viewpoint : public versus private health care delivery : beyond the slogans », *Health Policy Plan* 1997 ; 12(3) :192-198.
- (7) Mills A., « Current policy issues in health care reform from an international perspective : the battle between bureaucrats and marketeers » in *Health care reform*, S.Nitayarumphong editor, MOH, Bangkok, 1997 (p22).
- (8) Barnum H., Kutzin J. (1993), *Public hospitals in developing countries : resource use, cost, financing*, Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- (9) World Development Report 1993, *Investing in Health*, Oxford University Press, the World Bank, Washington, 1993 (p119, box 5.5.).
- (10) WHO, *The World Health Report Geneva*, WHO, 2001.
- (11) World Development Indicators, *The World Bank*, Washington, 1998.
- (12) Figueras J., Saltman RB., « Building upon comparative experience in health system reform », 1998, *Eur J Publ Health*, 8 (2) : 99-101.
- (12) Brugha A., Zwi A., « Improving the quality of private sector delivery of public health services : challenges and strategies », *Health Pol Plann*, 1998, 13(2) : 107-120.
- (13) Broomberg J., Masobe P. and Mills A., *To purchase or to provide ? The relative efficiency of contracting-out versus direct public provision of hospital services in South Africa*.
- (14) Bennett S., Mc Pake B. and Mills A. (Eds), *Private health providers in developing countries : serving the public interest ?* Zed Press, London (1997).
- (16) Mills A., Broomberg J., Hongoro C., « Improving the efficiency of district hospitals : is contracting an option ? », *Tropical Med and Int Health*, 1997, 2(2)6.
- (17) Mills A., « To contract or not to contract ? Issues for low and middle income countries », 1998, *Health Pol Plann*, 13(1) : 32-40.
- (18) McPake B., Hongoro C., « Contracting out of clinical services in Zimbabwe », 1995, *Soc Sci Med*, 41(1) :13-24.
- (19) WHO, *Selected health indicators* () hnpstat/query.
- (20) Henao ML., Ulpiano Ayala, *El sistema subsidiado de seguridad social en salud, Consultoria para la forcalizacion, cobertura, y efectividad de la red de proteccion social en Colombia*, Fedesarrollo, Bogota, Colombia, Cité par la Banque Mondiale.
- (21) Plaza B., Barona AB., Hearst N., « Managed competition for the poor or poorly managed competition ? Lessons from the Colombian health reform experience », *Health Policy and Planning*, 2001, 16 suppl 2 : 44-51.
- (22) Arroyo Laguna J., 1999, « La autonomizacion de los hospitales publicos y sus consecuencias sobre la

- demanda de atención de salud », Lima, 1988-1997, *Pan Am J Public Health*, §(5).
- (23) Mills A., Brugha R., Hanson K., McPake B., « What can be done about the private health sector in low-income countries ? », *Bull World Health Organ* 2002 ; 80(4) :325-330.
- (24) *Charting the Progress of Populations (2000)* Department of economic and Social Affairs, Population Division, UNDP, United Nations, New York, ST/ESA/SER.R/151.
- (25) WHO, *Medicines Strategy : Framework for Action in Essential Drugs and Medicines policy 2000-2003* (2000), WHO, Geneva.
- (26) Bassett MT., Bijlmakers L., Sanders DM., « Professionalism, patient satisfaction and quality of health care : experience during Zimbabwe's structural adjustment programme », *Soc Sci Med* 1997 ; 45(12) :1845-52.
- (27) Potter JE., Berquo E., Perpetuo IH., Leal OF., Hopkins K., Souza MR., Formiga MR., « Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil », *British Medical Journal*, 323, 7322, 1155-58 (2001).
- (28) Walgate R., Crisis in East European health systems – « Europe's best kept secret », *Bull WHO* 2002, 80 (5) : 421.
- (29) Kavalier F., *Uganda : death is always just around the corner*, *Lancet* 1998 ; 352 :141-42.
- (30) *Annuaire statistique du Ministère de la santé 1997*, Ouagadougou, Burkina Faso.
- (31) Raviglione MC., Pio A., « Evolution of WHO policies for tuberculosis control », 1948-2001, *Lancet* 359, 775-780.
- (32) WHO, *Global Tuberculosis Control : Surveillance, Planning, Financing*, WHO Geneva, WHO/CDS/TB/2002.295.
- (33) Lambert ML., Van der Stuyft P., « Editorial : Global Health Fund or Global Fund to fight AIDS, tuberculosis and malaria ? », *Trop Med and Int Health*, 7, 7 : 557-57 (2002).
- (34) « Health and population division, department for international development. A donor's perspective on tuberculosis in international health », *Lancet* 1999, 353 : 1006.
- (35) Stocker K., Waitzkin H., Iriart C., « The exportation of managed care to Latin America », *N Engl J Med*, 1999, 340, 14 :1131-36.
- (36) George S. et Gould E., « Organisation Mondiale du Commerce. Libéraliser, sans avoir l'air d'y toucher », *Le Monde Diplomatique*, Juillet 2000.
- (37) Unger J.-P., El Abassi A., Traore F.N., *The community development of «public» services. Another policy for health care and disease control in developing countries. A background paper*. Conference on « Health Care for All », Antwerp, Belgium, 25-26 October 2001 ().
- (38) Rosenfield PL., 1985, *The contribution of social and political factors to good health*, Rockefeller Foundation, New York.
- (39) Joseph SC., 1985, *The case for clinical services*, Rockefeller Foundation, New York.
- (40) Knippenberg R., Alihonou E., Soucat A., Oyegbite K., Calivis M., Hopwood I., Niimi R., Diallo M. P., Conde M., & Ofosu-Amaah S. 1997, « Implementation of the Bamako Initiative : strategies in Benin and Guinea », *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 12 Suppl 1, p. S29-S47.
- (41) Unger J. P., Van Dormael M., Criel B., Van der Venet J., De Munck P., « A plea for an initiative to strengthen family medicine in public health care services of developing countries », *Int J Health Serv*, 2002, 32 (4) : 799-815.
- (42) Unger J. P., *Integration of disease control in health facilities, a spider's kiss ? Seven managerial principles to avoid damaging health centres and hospitals in developing countries. A background paper*. Conference on « Health Care for All ». Antwerp, Belgium, 25-26 October 2001 ().

De la santé communautaire à l'opposition politique en passant par les droits de l'homme. L'itinéraire courageux d'un médecin tunisien

Patrick Jadouille, médecin généraliste à la maison médicale la Glaise

.....
En Belgique, il est difficile d'imaginer que l'on puisse être poursuivi pour avoir développé des projets de santé communautaire. Et pourtant, dans un « pays proche »...

Depuis plus de vingt ans, le professeur Moncef Marzouki est bien connu dans les milieux scientifiques belges s'intéressant à la santé publique (Écoles de santé publique et Institut de médecine tropicale entre autres) suite à l'expérience de médecine communautaire qu'il a développée à partir de son département de l'Université de Sousse, en Tunisie, où il avait charge de professeur pour les étudiants en médecine et statut de maître de stage de santé publique pour les étudiants de quatrième doctorat de l'Université catholique de Louvain. C'est dans ce cadre que j'ai eu le plaisir de faire sa connaissance fin 1985.

Formé comme neurologue en France où il séjourna quinze ans, de retour au pays, il se rend vite compte de la grande importance des déterminants socio-économiques sur l'état de santé de la population, déterminants par rapport auxquels la médecine curative reste parfois bien impuissante. Ce qui l'amène à développer sur le terrain la notion de médecine communautaire : partir de la communauté, des habitants, pour les aider à définir les besoins à rencontrer en vue d'améliorer leur état de santé et ensuite interpellier les autorités publiques pour que les moyens nécessaires soient libérés et mis au service de la population. Diverses expériences de ce type sont progressivement et lentement mises en place, les étudiants en médecine sont sensibilisés à cette approche, des collaborations sont nouées avec divers services d'hôpitaux de référence, la reconnaissance internationale de l'expérience grandit.

Mais le pouvoir politique tunisien, après l'éviction du président

Bourguiba en novembre 1987, supporte de moins en moins bien cette approche communautaire de la santé publique. Car tout ce qui tend à organiser la population est suspect aux yeux d'un régime fort pour lequel la santé publique consiste à imposer « d'en haut » des programmes pensés par des technocrates et dont l'objectif essentiel est de faire la promotion du régime dans un esprit de propagande.

Moncef Marzouki est accusé par les autorités de promouvoir une médecine « communiste », et il est d'autant plus mal vu du pouvoir qu'il devient d'abord président de la Ligue tunisienne des droits de l'homme (LTDH) jusqu'à sa suspension par un tribunal en novembre 2000, puis porte-parole du Conseil national pour les libertés en Tunisie (CNLT), organisation également interdite par le pouvoir. C'est l'escalade, l'affrontement entre deux paradigmes, celui d'un état fort d'une part, et celui d'un praticien de la santé publique cohérent jusqu'au bout avec ses options scientifiques d'un développement par la base impliquant et donc organisant la population. En 1994, déjà il avait dû purger quatre mois de prison suite à une condamnation pour avoir accepté une interview dans un journal espagnol au sujet des droits de l'homme dans son pays. En juillet 2000, il est arbitrairement licencié de son poste à l'Université de Sousse et empêché d'exercer toute activité clinique. Ses collaborateurs sont dispersés dans d'autres universités à travers le pays. Puis en décembre 2000, il est condamné à un an de prison pour « diffusion de fausses nouvelles » (toujours ses prises de position sur les violations des droits de l'homme en Tunisie) et

« participation à une organisation non autorisée » (le CNLT).

Mais les organisations internationales de protection des droits de l'homme et les milieux scientifiques parmi lesquels Moncef Marzouki est connu et apprécié veillent : des appels en sa faveur sont lancés, un comité international de soutien des professionnels de la santé publique se constitue, des sites internet se créent et de nombreuses pressions sont exercées sur le Gouvernement tunisien

qui, empêtré dans sa propre logique mais hésitant à effectivement emprisonner le D^r Marzouki, n'a d'autre alternative que d'interjeter appel lui-même contre ce jugement, sous prétexte d'une sanction trop clémente !

Moncef Marzouki est alors soumis à une surveillance permanente extrêmement éprouvante : si ses déplacements à l'intérieur du pays ne sont guère entravés, il est soumis à une filature policière quasi-constante, privé de voiture, sa ligne téléphonique est mise sous surveillance et fréquemment coupée, il est régulièrement victime d'invectives voire de brutalités physiques de la part des forces de l'ordre et il lui est interdit de quitter le pays pour participer à des manifestations scientifiques.

En avril 2001, avec une dizaine d'autres médecins généralistes belges participant au congrès annuel de la Société scientifique de médecine



générale (qui avait par ailleurs refusé de l'inviter officiellement), j'ai eu la chance de le revoir durant deux heures à la terrasse d'un café, sous surveillance policière peu discrète. Cette rencontre a donné lieu par la suite à diverses actions de sensibilisation et de soutien dans le milieu médical belge, en collaboration avec des collègues suisses et français.

En juillet 2001, sollicité par plusieurs de ses compatriotes vétérans des combats pour la liberté, Moncef Marzouki accepte de devenir porte-parole d'une nouvelle organisation politique d'opposition (interdite évidemment), le Congrès pour la République.

Fin septembre 2001, il est condamné en appel à un an de prison avec sursis et privé pour au moins un an de tous ses droits civils et politiques. La pression policière s'accroît encore : sa maison est surveillée en perma-

nence par la police qui harcèle nombre de ses visiteurs et le suit dans tous ses déplacements, lui interdisant d'entrer dans tout autre lieu privé que son domicile. Et même s'il n'existe théoriquement plus aucun obstacle juridique à sa sortie du territoire tunisien, il en est quand même empêché à chaque tentative.

Mais les pressions internationales continuent tant de la part des organisations de défense des droits de l'homme que de la part du monde médico-scientifique ou du Parlement européen dont les députés sollicitent explicitement à ce sujet le Président français alors qu'il doit effectuer une visite éclair de deux jours au Maghreb fin novembre 2001. Et début décembre, le pouvoir tunisien lâche prise et laisse Moncef Marzouki s'envoler pour Paris ! Là, il retrouve ses deux filles, jouit pleinement d'une liberté de mouvement et de parole retrouvée et rejoint son poste

- De la santé communautaire à l'opposition politique en passant par les droits de l'homme.
- L'itinéraire courageux d'un médecin tunisien
- (suite)
-
-
-
-
-
-
-
-

d'enseignant qui l'attend à l'Université de Bobigny grâce à l'action de collègues français.

Mais comme il l'a toujours dit, ce séjour européen ne doit constituer pour lui qu'une parenthèse, destinée à lui permettre de retrouver des forces en poursuivant de l'extérieur son combat au service de la santé et des libertés de la population de son pays. Et à l'échéance 2004, année de scrutin présidentiel en Tunisie, il compte bien y retourner pour soutenir tous ses compatriotes militants des droits humains qui continuent de s'y battre dans des conditions très difficiles. Non sans risque, mais non sans courage...

Pour plus d'informations sur la situation de Moncef Marzouki, pour prendre connaissance de ses très nombreux écrits tant médicaux que politiques ou littéraires, voir le très bon site internet réalisé par des médecins suisses : <globalprevention.com>, et celui de son comité de soutien tunisien : <http://membres.lycos.fr/moncefmarzouki/>. Pour être tenu informé de sa situation et des éventuelles actions futures en sa faveur, vous pouvez vous signaler à mon attention : Patrick Jadouille, rue Jean Ester, 172 à 6030 Marchienne-au-Pont, tél. 071/33.02.95, fax 071/30.01.39, e-mail : patrick.jadouille@skynet.be, ou encore à la Fédération des maisons médicales.

Le patient-partenaire, un absent de marque dans le système de soins

Moncef Marzouki, neurologue

.....

Nous avons tendance à oublier, avec notre médecine sophistiquée, que le principal acteur de la santé n'est pas la technocratie médicale mais la personne elle-même. Nous avons tendance à oublier, dans nos sociétés de consensus et d'abondance, que la santé est aussi un combat culturel, économique et politique. Pour avoir mis ces idées en acte dans son pays, Moncef Marzouki subit depuis des années des pressions intolérables. Quelques mois après avoir écrit la conférence dont nous vous proposons ici le texte, il a été condamné à un an de prison avec sursis et privé pour au moins un an de tous ses droits civils et politiques.

.....

Chers collègues,

Permettez-moi d'abord d'exprimer ma gratitude aux professeurs Paulus et Pestiaux pour l'invitation qu'ils m'ont adressée à donner cette conférence. Je voudrais par la même occasion remercier mes collègues belges et du monde entier pour leur chaleureuse solidarité, en regrettant le surcroît de travail et de souci que je donne à des confrères comme Patrick Jadoulle en Belgique, Virginie Halley Des Fontaines en France, ou à Paul Bouvier et Jean-Charles Rielle en Suisse.

Je me permets aussi de présenter mes sincères félicitations aux étudiants qui clôturent leur année académique en médecine générale et reçoivent à cette occasion leur permis de pratique. Bien sûr, j'aurais préféré leur adresser ces félicitations en personne, mais la dictature en a décidé autrement. Cela fait bientôt dix ans que je suis empêché de participer normalement aux conférences internationales, ayant été dépossédé de tous mes droits, dont celui de voyager, et ce simplement pour avoir défendu ceux des autres.

.....

Le patient partenaire : permis d'exister ?

Mais parlons plutôt du problème qui nous intéresse, le sujet de cette conférence que j'ai intitulée « Le patient-partenaire, un absent de marque dans le système de soins ».

La maîtrise des dépenses de santé, obsession des pays riches, ou la maîtrise des problèmes de santé comme le SIDA, obsession des pays pauvres, passent par le bon fonctionnement des systèmes de soins. C'est la raison pour laquelle la réforme de ces systèmes est à l'ordre du jour partout dans le monde et avec le même sens de l'urgence.

Quatre acteurs fondamentaux sont nécessaires pour faire fonctionner ou dysfonctionner de tels systèmes : le décideur politique, le gestionnaire des ressources, le professionnel de santé et le patient.

Tout système est régi par des règles, dont la plus importante est celle qu'on pourrait appeler la contrainte systémique.

Dans un système, un problème ne tient qu'en partie au fonctionnement de telle ou telle composante, il faut aussi que les interactions de toutes les composantes fonctionnent correctement.

Par exemple dans notre système de soins, il ne suffit pas que les quatre acteurs soient au top de leur performance, il faut qu'ils le soient en synergie. Si l'un d'eux est défaillant, la performance des trois autres est gravement limitée, et par-là même la performance du système lui-même. Ainsi avons-nous beaucoup réfléchi et travaillé, dans toutes les facultés de médecine à produire le fameux *five stars doctor*.*

Bon clinicien, bon préventionniste, bon gestionnaire, bon pédagogue, bon chercheur, il devait apporter une grande partie de « la » solution aux difficultés du système de soins.

Mais quid de ce qu'on ose à peine appeler le patient cinq étoiles : coopératif, responsable, usant correctement du système, économe de ses ressources et partie prenante de toutes les actions de protection et de promotion de la santé ?

Un tel patient, que j'appelle le patient partenaire, est aussi nécessaire à la performance du système de soins qu'un bon médecin, un bon gestionnaire ou un bon décideur politique.

Quels sont les facteurs qui font exister un tel patient ou en empêchent l'émergence ? Pour tenter de répondre à cette question, je me placerai dans le cadre dans lequel je fonctionne, à savoir une société vieille par l'histoire, jeune par la démographie, de culture arabo-musulmane, en transition économique et vivant sous le régime politique d'une dictature policière

• Le patient-partenaire, un absent de marque dans le système de soins • (suite) • • • • • • • • • •

déguisée en démocratie d'opérette, comme le loup du chaperon rouge était déguisé en paisible grand-mère. A charge pour chacun de faire les comparaisons et d'en tirer ses propres conclusions.

Les stoïciens reconnaissent dans les problèmes qui nous accablent deux catégories : ceux qui dépendent de nous, et ceux qui ne dépendent pas de nous et peuvent donc être ignorés. Nous commencerons par le déterminant qui dépend de nous, à savoir le rôle du paradigme médical dominant. Mais nous ne pouvons ignorer que l'absence, ou plutôt l'interdiction d'exister du patient-partenaire, trouve aussi son origine dans le contexte culturel, le système politique et le faible niveau économique.

•••• **R = D x T x C**

Au lieu d'une méthodologie basée sur des questionnaires plus ou moins validés et un fatras de statistiques à qui on peut faire tout dire, j'ai préféré analyser la responsabilité du médecin en observant les générations d'étudiants et d'internes qui se sont succédé durant une bonne vingtaine d'années dans mon service.

Le travail, dans le cadre du Diplôme d'étude supérieure spécialisée (DESS) de médecine communautaire avec des généralistes en exercice, n'a fait que confirmer la permanence du phénomène observé. C'est avec les étudiants de première année que j'ai le plus de plaisir à explorer la place - ou plus exactement l'absence de place - du sujet dans le paradigme médical dominant, déjà solidement implanté avant même l'entrée en faculté.

L'exercice, effectué dans les groupes d'enseignement dirigé, et même en amphithéâtre, consiste à faire réfléchir l'assistance à un problème clinique banal : équilibrer un hypertendu représentatif de la population des hypertendus qu'on verrait dans n'importe quel dispensaire tunisien - pompeusement appelé centre de santé de base - c'est-à-dire d'un homme de la cinquantaine, de condition socio-économique médiocre et de niveau d'enseignement de fin d'études primaires.

Je commence par demander aux étudiants de définir le résultat qu'ils veulent obtenir par la prise en charge d'un tel patient, en écrivant sur le tableau un R en majuscule. La correction des chiffres tensionnels est la réponse qui fuse de tous les coins. Mon attitude glaciale réfrène les jeunes enthousiasmes.

Je demande qu'on réfléchisse encore un peu. Blocage. Je suggère qu'on se mette dans la peau du patient, ou qu'on s'imagine que c'est le papa qu'on accompagne ce jour là chez le médecin. Il y a toujours quelqu'un - en général une fille - pour trouver. Il faut rassurer le patient et sa famille.

Ah! Voilà le grand mot lâché. Ici je sors mon attirail de citations sur l'importance de rassurer, puisées chez Rhazes, Avicenne et d'autres grands ancêtres. Voilà le patient concret qui commence à apparaître dans le décor, mais je sens qu'il n'y restera pas bien longtemps.

Reste à faire trouver aux étudiants que l'objectif est d'abord et surtout de permettre au patient de mener une vie socioprofessionnelle aussi normale que possible et de prévenir les complications de l'hypertension.

Voilà notre R plus achalandé, plus habillé, plus fonctionnel, mais pas forcément heureux de tous ces nouvelles charges qui l'alourdissent.

La seconde partie du dialogue consiste à énumérer les conditions nécessaires à l'obtention de ce résultat complexe. On se perd entre la psychologie, la médecine, l'assistance sociale. La confusion est à son comble. Pour simplifier le problème, je dis aux étudiants qu'on ne s'occupera maintenant que de la partie strictement biologique à savoir la correction des chiffres tensionnels. Tout le monde se précipite sur ce qui est la condition sine qua non, à savoir la nécessité d'un diagnostic exact. Je mets à côté de R le signe = et j'écris cérémonieusement D+ pour diagnostic exact.

Ensuite ?

On crie de tous les côtés la réponse qui va certainement faire plaisir au maître - le traitement, monsieur, le traitement. On prend quelques minutes pour lui trouver quelques attributs du genre adapté, scientifique, efficace, etc.

Je mets le signe de la multiplication à côté de D+ et j'écris T+ pour le bon et scientifique traitement. La formule s'écrit donc à présent R = D x T.

Ensuite ?

Silence dans la foule. Il y a toujours un peu de théâtre dans l'enseignement et l'enseignant, surtout s'il répète sa pièce depuis des années, connaît bien son public et peut jouer en finesse de ses émotions. Seuls le souvenir fugace qu'il y a plein de redoublants dans la salle, peut-être en train de se moquer de votre numéro, vous gâche un peu le plaisir. Quand le silence est devenu particulièrement dense - les redou-

blants ayant été priés de ne pas vendre la mèche - il faut jouer de la provocation et annoncer que R peut être nul même si D et T sont justes à 100 %. Tempête sous les jeunes crânes. Le paradigme inconscient subit à l'évidence une secousse sismique. Comment peut-on obtenir un résultat nul en médecine, si on a fait le bon diagnostic et prescrit le bon traitement. Enfin quelqu'un trouve le talon d'Achille du paradigme - de nouveau c'est une fille - : « *Monsieur, s'il ne prend pas ses médicaments, le malade ne va pas guérir* ». Élémentaire mon cher Watson.

Notons au passage la remarquable résistance des étudiants, voire des médecins à l'utilisation du terme patient, préférant parler de malade même s'agissant d'une consultation d'ophtalmologie pour prescription de verres correcteurs.

Le groupe réalise le tour de cochon fait par ce patient à des années de dur apprentissage des diagnostics et des traitements. Quel gâchis, quelle insulte aussi à tous ces chercheurs qui ont mis tant d'eux-mêmes à trouver ce bon médicament négligemment oublié dans un tiroir ? Voilà donc le sujet introduit dans la saine pratique médicale par un acte de rébellion, pour ne pas dire de sabotage. Je complète la formule en ajoutant un signe de multiplication suivi d'un joli C majuscule, expliquant que C signifie compliance, que compliance réfère au comportement qui consiste à prendre au moins 80 % du traitement prescrit, que les dernières thèses faites dans le service sur le sujet ont montré qu'elle ne dépassait pas 35 % dans le cas de l'hypertension, et que le résultat est donc nul chez au moins 65 % de nos patients correctement diagnostiqués et

traités. Je ne manque pas de leur signaler que sur le plan économique et compte tenu du fait que nous importons une grande partie de nos médicaments, l'ardoise pour la Tunisie est sévère, et que ce gaspillage insensé de nos maigres ressources est inacceptable.

La formule complète s'écrit maintenant : $R = D \times T \times C$.

Il devient clair à ces forts en mathématiques, filière hélas presque obligatoire d'accès aux études médicales en Tunisie, que R peut être nul, non seulement si D ou T est nul mais aussi si C l'est.

Le plus difficile est à venir car l'excitation - où pointe l'indignation et parfois la rancœur - est à son comble. Maintenant il faut réfléchir sur le pourquoi de ce comportement aberrant. Les opinions fusent de partout. Je consigne en toute vitesse les idées et les accusations, qui devront être discutées et ordonnées dans un deuxième temps.

Tous les groupes avec qui j'ai fait cet exercice m'ont paru remarquablement stables dans leur approche du problème. Il y a d'abord la litanie de la majorité sur le malade tunisien indiscipliné, ignorant, peu coopératif etc. J'ai appelé ce flot d'accusations contre le patient, le discours de droite. En effet, il va susciter un discours tout aussi véhément et de sens contraire que j'ai appelé le discours de gauche. Il est le propre d'étudiants parlant mal le français, passant facilement à l'Arabe révélant un fort accent des régions pauvres de la Tunisie profonde comme le Nord-ouest ou le Sud. Leur discours insiste sur le fait que si l'on ne prend pas ses médicaments, c'est parce qu'ils sont trop chers, qu'on habite loin des pharmacies. Les filles

ramènent le calme en faisant remarquer que les hommes, pauvres ou riches, sont en général plus indisciplinés que les femmes, mais que s'ils ont une femme dans le dos, ils vont prendre leurs médicaments. Il y a toujours quelqu'un pour faire rire le groupe en affirmant qu'avec ou sans femme, il n'acceptera jamais de se mettre un suppositoire.

Il ne faut pas plus de vingt minutes en général, pour que le groupe retrouve tous les déterminants de la compliance. Le réseau complexe de ces déterminants finit par se dessiner et je peux alors expliquer le concept de patient-partenaire. Si la compliance est si nécessaire à la réussite de la prise en charge et si elle est un comportement qui dépend du patient, nous n'avons pas d'autre choix que de la négocier avec lui. Le médecin doit traiter avec le patient en tant qu'il est une personne qui peut adhérer ou non au traitement, à qui il ne suffit pas simplement de donner des ordres car les comportements humains sont stables, complexes et libres.

Pour faciliter l'émergence de ce comportement, il faut nous assurer de l'accessibilité géographique et économique, discuter avec le patient de ses habitudes, craintes, antécédents en la matière.

Il faut longuement lui expliquer l'enjeu et ses difficultés, obtenir son adhésion, sa collaboration, les renforcer au fil des visites, analyser les causes de l'échec plus que probable en début de traitement, stimuler et associer le mari ou l'épouse dans l'effort de pression amicale, etc. Ainsi le patient finit par devenir partie prenante dans la conduite du traitement. Il devient l'artisan de sa propre guérison. S'établit alors une

• Le patient-partenaire, un absent de marque dans le système de soins • (suite) • • • • • • • • •

relation de confiance, de collaboration, voire de complicité enrichissante pour les deux parties.

Les filles notent avec application les paroles du maître, les garçons baillent aux corneilles. Ce n'est plus un cours de médecine mais un cours d'éducation civique. Les forts en maths, c'est bien connu, n'aiment pas les sciences molles. Heureusement qu'il y a les cours d'épidémiologie et de statistiques pour mériter un peu de respect et de crédibilité.

Quelques années plus tard, je retrouve mes adolescents un peu vieillis, mais quand même beaucoup moins que moi. Ils sont internes dans le service et doivent effectuer une formation intensive avant d'être envoyés dans les centres de santé primaires de la région, passer leur stage obligatoire de quatre mois de médecine générale. Le programme de formation comprend la

prise en charge des pathologies chroniques et c'est l'occasion de reprendre pour la marteler l'idée de patient-partenaire qui va maintenant devenir une réalité incontournable.

Vous avez dit compliance ? Euh ! C'est quoi déjà. C'est le... pronostic. Au début de ma carrière, je m'étranglais d'indignation en voyant que rien n'avait survécu de mon enseignement. Pourtant ma formule avait un grand succès parmi les étudiants qui l'appelaient avec une gentille ironie : l'équation de Marzouki. Et pour cause, elle sortait presque systématiquement à tous les examens et de génération en génération d'étudiants de première année, on se passait la consigne : surtout ne pas faire l'impasse sur $R = DxTx C$.

Mais voilà que mes internes butent sur l'exercice. R reste désespérément = DxT . Ces jeunes gens et jeunes filles sont visiblement beaucoup moins

intéressées par le débat que du temps de leur innocente fraîcheur. Ce qu'ils veulent c'est des recettes sur la prise en charge de l'hypertension, du diabète, de la diarrhée du nourrisson, etc. Tout le reste relève du superflu.

Au début, j'incriminais l'oubli. Aujourd'hui je sais qu'il s'agit de rejet. C'est par un processus actif, volontaire, que la majorité des étudiants ont décidé de chasser de leur esprit la notion de patient-partenaire, car elle n'avait pas de place dans le paradigme dominant dans lequel ils ont baigné pendant cinq ans, à peine dérangé par les brèves et inefficaces mises en doute de l'enseignement de la médecine communautaire.

Durant ces années, un rude apprentissage a mis ces cerveaux déjà largement préparés par les stéréotypes sociaux en conformité avec le paradigme dominant. Le paradigme a toujours des conséquences pratiques.

Il va nourrir, renforcer, justifier un certain type de comportements et d'attitudes. C'est ainsi que je verrai, impuissant et frustré, des générations d'internes marmonner quelques ordres secs aux patients en fin de consultation en leur balançant une ordonnance mal écrite, et passer au suivant, dans une course effrénée contre le temps, sûrs d'avoir fait correctement leur travail puisque leur travail d'après le paradigme est de faire des diagnostics corrects et de prescrire les traitements appropriés. Le reste comme disent les anglophones : *none of my business...*



••••

Des paradigmes médicaux...

Le paradigme est un des concepts les plus difficiles à décrire. Ce n'est pas une théorie, ni même un ensemble de théories. C'est une façon souvent inconsciente d'ordonner son savoir et son ignorance. Il permet alors de voir les choses, les êtres et les problèmes, d'une certaine façon. Ce faisant, il occulte les autres façons de voir. Il permet de voir et rend tout autant aveugle.

Les hommes ne peuvent pas plus fonctionner avec deux paradigmes que les ordinateurs ne peuvent fonctionner avec deux systèmes d'exploitation. Quand il y a conflit de paradigme, la sélection darwinienne tend à éliminer le plus faible.

Nous vivons une période où s'affrontent en médecine, parfois de façon subtile et d'autres fois à couteaux tirés, deux paradigmes difficiles à concilier.

Dans le premier, qu'on pourrait appeler bio-techniciste ou médico-biologique, la médecine croit trouver son compte dans une solide alliance avec les sciences biologiques, à la limite en devenant elle-même une pure science biologique. Ce paradigme dominant voit la médecine comme une science analysant les dysfonctionnements des organes, dont un qui s'appelle la psyché, et comme une technique les réparant comme on répare n'importe quelle machine complexe. Les dysfonctionnements de la machine doivent être traqués dans les gènes, remonter aux protéines mal produites, de là aux tissus mal tissés, aux organes mal placés, mal formés,

mal défendus, mal irrigués. Dans ce modèle, tout ce qu'on demande au patient est de prêter son corps le temps de la révision générale, ce qui n'exclut nullement la courtoisie ou la compassion, mais exclut l'essentiel : la relation d'égalité. Dans la vision bio-techniciste conquérante, l'efficacité n'a besoin que du médecin pour régler tous les problèmes. Le patient est à la limite inutile.

Dans le second paradigme qu'on pourrait appeler médico-social, la médecine va chercher son efficacité plutôt dans un mariage fécond avec les sciences humaines. Elle va déplacer son centre d'intérêt de la maladie à la santé. Son objectif n'est plus de guérir les maladies mais de restaurer, protéger et promouvoir la santé. Elle reconnaît l'importance des facteurs biologiques mais les relativise au profit d'une vision plus large impliquant les facteurs écologiques, culturels, socio-économiques et politiques. Dans ce paradigme, l'acte de restaurer la santé, de la protéger et de la promouvoir ne se conçoit pas sans le patient-partenaire.

••••

... aux déterminants culturels...

Mais la victoire du paradigme social, même totale, serait insuffisante à elle seule à faire bouger la montagne. Ici apparaît le rôle structurel des déterminants culturels, politiques et économiques.

Le déterminant culturel nous renvoie aux types de rapports qui se tissent entre les membres d'une société, aussi bien dans le champ du visible, que

dans le spectre de l'imaginaire et du symbolique.

Parmi les séminaires de formation intensive organisés pour nos internes, celui de l'éducation sanitaire est pour moi le plus important, une sorte de dernière tentative pour faire émerger la relation susceptible de donner corps au concept de patient-partenaire. Il s'agit le plus souvent de séances de simulation, où la consultation d'un épileptique, d'un diabétique etc. est jouée par deux internes et discutée par le groupe. Ces scènes, je les ai vu jouer des centaines de fois par des générations d'internes, répétant comme des automates les mêmes gestes, parlant au patient avec les mêmes intonations, s'adressant à lui avec des termes similaires, selon un discours extrêmement stéréotypé. Mon travail d'animateur consiste non à corriger les messages éducatifs – ce que les internes exigent et n'obtiennent jamais – mais à leur faire prendre conscience de ce qui se passe lors de l'entretien.

Par exemple, je leur demande de nommer la position de départ où le médecin s'assoit derrière son bureau en face du patient, et non du même côté de la table. Les internes gênés, la décrivent comme une position de maître de classe. Ceux de gauche – il arrive qu'il en subsiste encore quelques spécimens – comprennent l'importance du détail et renchérisent : c'est la position du juge, voire du commissaire de police.

Je leur demande de qualifier les intonations de la voix de celui qui joue le médecin. Ils sont tous d'accord pour les décrire comme autoritaires,

• Le patient-partenaire, un absent de marque dans le système de soins (suite)

cassantes, hautaines. Même les filles adoptent ces intonations. L'analyse des contenus – que je transcris au tableau, la faculté m'ayant toujours refusé une vidéo - est une série de découvertes qui met le groupe de plus en plus mal à l'aise.

Je demande qu'on qualifie la structure du message éducatif. Les mots les plus utilisés sont alors : leçon, ordres, explication de texte, publicité, propagande, prêche. On s'arrête longuement aux phrases – clé du genre : *si tu ne prends pas ton insuline comme je te le dis, tu risques de perdre connaissance, de devenir aveugle, impuissant*, etc. De nouveau je demande qu'on qualifie ces phrases. Peur, crainte, châtement, obéissance sont parmi les qualificatifs les plus utilisés.

Prudemment, j'interviens en suggérant de réécrire le même message de façon positive. Le groupe accouche dans la douleur d'un message moins toxique comme : *prends ton insuline régulièrement et tu n'auras pas à craindre les complications du diabète*. Violentes protestations. « Monsieur, me dit-on, vous ne connaissez pas les Tunisiens. Ils ne marchent qu'à la menace et à la peur et encore ». Le grand mot est lâché. Suit alors une grande discussion sur les vertus de la peur, seule arme pour faire reculer le SIDA, convaincre les mauvais malades de prendre leur traitement, enfoncer les bonnes informations dans les têtes en bois.

Je demande alors qu'on décrive les techniques d'apprentissage subies à l'école. Certains remontent dans leurs souvenirs jusqu'à la « falaka », largement utilisée dans les écoles coraniques d'antan. Il s'agit d'un bout

de bois attaché à une corde avec lequel on enserre les pieds de l'enfant pour appliquer les coups de bâton sur la plante. Sans s'en rendre compte, les internes revivent et reprennent à leur compte tout simplement les techniques dont ils ont été eux-mêmes victimes pour adopter les bons comportements : autoritarisme, hiérarchie, infantilisation, bourrage de crâne, intimidation, chantage, menace, voire violence physique. Dans un tel contexte, demander à une personne qui n'a pas accédé à sa propre autonomie de reconnaître celle de l'autre, apparaît comme une absurdité. Le paradigme à faisceau étroit de la médecine biotechniciste n'a fait que s'accrocher à une configuration mentale qui lui est aussi adaptée qu'un récepteur cellulaire à sa molécule spécifique.

•••• ... aux déterminants politiques et économiques...

Le lien entre le déterminant culturel et le déterminant politique est étroit sans être simple. Il faut un terreau culturel particulier pour générer tel ou tel système politique. Mais ce dernier peut renforcer des traits culturels comme il peut leur faire barrage. Ainsi, c'est sur un terreau culturel profondément hostile à la libération de la femme qu'un pouvoir politique en avance sur sa société a aboli dès l'indépendance la polygamie et fit de la scolarisation massive des filles l'un des acquis les plus importants du pays. Aujourd'hui, la situation est inverse puisqu'un pouvoir en retard sur la société empêche son évolution vers la démocratie, et donc l'émergence du citoyen, lui-même préalable politique du patient-partenaire.

Je me garderai bien de m'enliser ici dans une tentative de définir ce qu'est un citoyen. Disons simplement que le citoyen est quelqu'un qui s'implique dans les affaires de la cité et participe à la gestion des problèmes collectifs. Cette sortie hors du champ des problèmes privés est depuis Pericles la condition sine qua non de la pleine citoyenneté. N'a-t-il pas dit : « Nous athéniens sommes le seul peuple au monde à considérer ceux qui ne s'occupent pas de politique, non comme des citoyens tranquilles, mais comme des citoyens inutiles ? ». Le citoyen est donc une personne utile, car consciente de ses droits et de ses devoirs, les assumant et les exerçant dans tous les champs des activités sociales, dans le respect de la loi, et sans vivre dans la peur. Dans une dictature policière comme celle dans laquelle je vis, il y a autant de citoyens que de cheveux sur la tête d'un chauve.

En fait, la population de sujets de l'État totalitaire peut être divisée en quatre grands groupes distincts. Au plus bas de l'échelle vit une masse considérable de pauvres gens et de gens pauvres, humiliés, apeurés, avilis, manipulés, qui pour survivre doivent quémander leurs droits. Ils sont trop occupés à survivre pour décoller de leurs problèmes privés. Au-dessus de cette couche de la pauvreté impuissante existe une fraction non négligeable de gens recroquevillés sur leurs petits problèmes personnels, égoïstes, dociles et serviles, vivant dans et par la désinformation, fortement encouragés à se passionner pour le football pour les hommes et les séries sentimentales de la télévision pour les femmes.

La troisième couche, beaucoup plus mince, est constituée d'hommes et de femmes luttant désespérément pour comprendre ce qui leur arrive, refusant un sort qu'ils savent injuste et injustifié. Il est rare qu'ils possèdent toutes les clés pour comprendre l'origine de leur malheur.

Seule une fraction infime, petite couche superficielle sur cette coupe géologique de l'aliénation, revendique et exerce dans la lutte et la répression son droit à la citoyenneté, c'est-à-dire à l'autonomie et à la participation.

Le patient-partenaire ne peut se recruter que dans cette infime minorité. Il aura autant de difficulté à exister face au paradigme médical qu'à exister en tant que citoyen face au paradigme culturel dont la dictature politique est l'expression caricaturale.

Il est évident que le statut économique est aussi un paramètre clé dans l'émergence du patient-partenaire. L'impuissance des pauvres à modifier en leur faveur les règles du système de soins est étroitement corrélée à leur dépendance économique. N'ayant rien à déboursier, ils n'ont rien à réclamer et surtout pas l'ingrédient nécessaire au statut : le respect. Le système d'assistance médicale gratuite, qui a permis au système tunisien de prendre en charge pendant des décennies la population la plus pauvre, a été aussi un formidable frein à l'émergence du patient-partenaire. Développant des attitudes d'assistés chez les usagers, il a encouragé l'arrogance des médecins, l'incurie de l'administration et l'auto-satisfaction du décideur politique.

La situation ne s'est pas beaucoup améliorée avec le progrès du système d'assurances. Les assistés sont tout

simplement devenus des revendeurs. Et pour cause, il manquait un ingrédient fondamental pour faire de ces gens en mesure de payer les services de santé, des personnes responsables individuellement et collectivement : la liberté.

Le patient-partenaire n'est pas seulement la personne physique du colloque singulier, mais aussi une personne morale incarnée dans ces multiples associations de malades, de soutien aux projets de recherche sur tel ou tel problème de santé.

La richesse de ce réseau en Belgique ou en France a toujours fait mon admiration, avec une petite pointe d'envie. Parmi les nombreuses libertés individuelles et collectives confisquées par l'Etat totalitaire en Tunisie, le droit à l'association a été et reste la première grande victime.

Au début des années 90, j'avais tenté en vain de susciter la création d'associations d'usagers en espérant qu'elles échapperaient à la paranoïa du système.

Dans la circonscription où était implanté le service, la tentative rencontra un écho très favorable. Une association de promotion de la santé communautaire fut créée par des habitants, menée tambour battant par un instituteur enthousiaste. J'avais interdit aux membres de l'équipe d'en faire partie, pour ne pas recréer des relations hiérarchiques en leur demandant de se mettre simplement à la disposition de l'association.

Ce fut la goutte qui fit déborder le vase de l'administration : l'association ne fut jamais autorisée. On calma vite l'enthousiasme de l'instituteur, le service fût dissout au premier conflit

sérieux entre le pouvoir et la Ligue des droits de l'homme dont j'étais le président à l'époque. Fort heureusement je n'étais pas le doyen de la faculté, le pouvoir aurait été capable de la fermer pour tuer la subversion dans l'œuf.

•••• **Pour des patients et des médecins citoyens**

A quoi cette réflexion peut-elle mener en pratique ? D'abord, elle permet d'expliquer des échecs cuisants. On croyait dans les années 80, qui ont vu se développer les grandes réformes du système de soins tunisien, qu'il suffisait de mettre sur le marché de bons médecins, de bons gestionnaires et les ressources indispensables pour que la machine ronronne.

Nous avons oublié la contrainte systémique. Les nombreux dysfonctionnements du système n'étaient pas dus seulement à l'étroitesse d'esprit des médecins, au faible niveau de compétence des décideurs et des gestionnaires, mais aussi au nombre dérisoire de citoyens parmi les usagers du système.

Mais que faire puisque l'émergence du patient-partenaire est d'abord une lente maturation liée à l'avance de l'éducation, de la démocratie et du développement économique.

D'abord le médecin se doit d'être lui aussi un citoyen et de participer en cette qualité à la maturation de ces paramètres. En tant que professionnel, il peut anticiper sur la vague déferlante, comme il peut essayer de s'y opposer. Pour cela, il lui faut refuser un paradigme dans lequel il a été élevé.

• Le patient-partenaire, un absent de marque dans le système de soins • (suite) • • • • • • • • • •

Rien n'est plus difficile. On rentre en conflit avec soi-même et avec l'environnement. La question qui se pose est de savoir pourquoi on doit quand même le faire. Parce que le paradigme bio-techniciste qui semble pourtant donner de si bons résultats est trop étroit, trop simpliste et de par là même générateur d'inefficacité.

Disons d'emblée que sa contestation externe, telle qu'elle a été menée par des idéologues comme Illich dans les années 60, ou des sociologues comme Bozzini, fortement teintée d'idéologie voire d'anti-médicalisme primaire, a eu peu d'impact.

La vraie source de la remise en cause est interne et se développe aujourd'hui avec force pour des raisons purement médico-médicales. De plus, elle n'est pas nouvelle puisque le paradigme médico-social est aussi vieux que la médecine elle-même. Nourri d'Hippocrate, renforcé au long des siècles par tous les grands « apôtres » de la santé publique comme Avicenne, Rhazes, Ibn El jassar, Chadwick, Virchow, et plus proche de nous Thomas Mann, le paradigme médico-social est à la médecine ce que le Gulf Stream est à l'océan. Il la traverse et la féconde tout en restant distinct, autonome, différent. Ce courant ancien, profond et tenace puise sa puissance non seulement dans une revendication éthique d'égalité et de justice sociale face à la maladie mais aussi dans une revendication d'efficacité.

Le patient a disparu en tant qu'acteur autonome et responsable parce que les victoires de la médecine bio-techniciste donnaient l'impression qu'on n'aurait plus désormais besoin de lui.

Des maladies comme l'appendicite ou la méningite ont semblé donner raison à cette démarche : une bonne technique chirurgicale et de bons antibiotiques guérissent vite et bien. Collaborer signifie se laisser faire et rien de plus. Or voilà que même les maladies infectieuses, largement responsables de l'illusion d'une guérison sans participation, se révèlent fortement dépendantes de comportements complexes et libres, qu'il s'agisse de compliance dans le traitement de la tuberculose, du bon usage des antibiotiques ou du contrôle des maladies sexuellement transmissibles dont la pandémie du SIDA.

Qui plus est, la transition épidémiologique qui installe dans tous les pays les maladies chroniques en tête du hit-parade comme premières sources de mortalité et de morbidité rend marginales les thérapeutiques-express qui peuvent faire l'économie du sujet.

Les étudiants en médecine ne réalisent pas à quel point la nosologie des problèmes de santé est une construction intellectuelle temporaire qui reflète le savoir et l'ignorance d'une époque. Combien de maladies « voyait » Hippocrate et que nous ne « voyons » plus ? Combien de maladies que nous avons étudiées sur le banc des facultés vont se dissoudre, se redistribuer dans de nouvelles entités pathologiques ? De ce point de vue, on pourrait réorganiser des chapitres entiers de la médecine en partant des comportements et des attitudes. Ainsi on enseignerait le « manger », le « fumer », le « conduire », le « boire », le « se traiter », l'« aimer » comme des problèmes de santé majeurs où les composantes de ces comportements seraient au centre de l'analyse, montrant leurs effets sur la

santé. Le traitement des problèmes de santé se révélerait dans toute sa complexité et ne se réduirait plus à des prescriptions, souvent des cautères sur une jambe de bois. Une telle approche mettrait en scène et en exergue le patient dans sa totalité, dans sa complexité de vivant, et non plus seulement comme un gène ou un organe défectueux.

Il ne s'agit pas de prise de position idéologique, mais de science, de technique et d'efficacité. On reste confondu, a posteriori, quand on a travaillé assez de temps avec les épileptiques ou les handicapés, de se dire que la souffrance psychologique a été à peine signalée dans les cours de formation.

Or, c'est l'autre face cachée de la lune que la pratique découvre. Rien ne peut être fait avec les épileptiques sans un déblayage du terrain concernant craintes, phobies, préjugés, ragots entendus, sans une mise à nu de l'anxiété permanente chez ces patients. C'est toute une sémiologie sur laquelle la neurologie classique reste aveugle, seuls l'intéressant les symptômes dits objectifs. De la même façon aucun résultat ne peut être obtenu sans une intervention en profondeur sur la compliance.

La condition sine qua non de la prise en charge efficace passe par le travail sur les attitudes en amont de la prescription et sur les comportements en aval d'elle, restés eux aussi en dehors du faisceau étroit de l'analyse clinique classique.

Le changement dans le statut du patient lié à cette évolution ainsi que l'émergence et la domination des maladies chroniques ne permettent plus la survivance d'un paradigme

aussi primaire. Le médecin n'a pas seulement à mettre à jour ses connaissances, mais aussi ses paradigmes.

En réalité le patient-partenaire n'est rien d'autre que le signe et la récompense d'une bonne pratique médicale. Et c'est cette bonne pratique que je vous souhaite, tant pour votre gratification que pour celle de la personne qui s'en remet à vous pour être soulagée de l'angoisse ou de la douleur.

• • • •

Je vous souhaite de garder la couronne invisible

Permettez-moi de conclure en vous souhaitant aussi de garder le plus longtemps possible ce qu'un proverbe arabe appelle la couronne invisible. La santé, d'après ce proverbe, est une « couronne invisible posée sur la tête des bien portants que seuls voient les malades ».

L'homme que je suis, talonné dans le moindre de ses déplacements par les voitures banalisées de la police politique, surveillé jour et nuit, dont tous les visiteurs sont contrôlés par des policiers postés à tous les carrefours conduisant à sa maison, empêché de voyager, de publier, de travailler, cet homme dis-je, voit une deuxième couronne sur vos têtes qui vous est tout aussi invisible : la liberté.

Puissiez vous les garder toutes les deux le plus longtemps possible et ne pas oublier que beaucoup d'hommes et de femmes, de par ce vaste monde, n'ont eux sur la tête qu'une couronne d'épines.

Sousse le 30-05-2001.

*Voir le cahier de Santé conjugulée n°11, 2000

Comment fonder les politiques de prévention ?

Axel Honneth et les politiques de la reconnaissance

Pierre Ansay, philosophe

Les professionnels de la santé sont confrontés à de nouvelles demandes auxquelles ils ne sont pas préparés à répondre. Ces « nouvelles » problématiques constituent les symptômes d'une mutation sociale et exigent des professionnels de santé qu'ils repensent leur place et leurs modes d'intervention. S'appuyant sur la réflexion de Axel Honneth, Pierre Ansay nous invite à partir des pathologies sociales pour construire la santé du vivre ensemble.

Axel Honneth¹ participe, avec divers auteurs européens et américains², au développement d'une vaste école de pensée qui prend en compte les souffrances provoquées par les dénis de la reconnaissance. Cet angle d'approche, souvent situé aux frontières de l'expérience de la vie quotidienne, de l'interrogation philosophique, du savoir sociologique et des pratiques psychanalytiques, vise à déterminer et à expliquer les conflits, les stratégies et les enjeux autour des luttes et des valeurs dites « postmatérialistes » ou « postsocialistes »³. Il convient à partir de ces réflexions, d'en tirer, pour notre propre compte, un certain nombre de questionnements politiques.

« ...le traitement préventif des maladies correspondrait à la garantie sociale de relations de reconnaissance susceptibles de protéger le plus largement possible les sujets contre l'expérience du mépris »

(Honneth, 1999 : 16)

Les conflits sociaux qui portent sur les pratiques et les valeurs de la reconnaissance « ne naissent pas de problèmes de redistribution, mais de questions qui touchent à la grammaire des formes de vie ». Il s'agit là de demandes de réparation, de justice, demandes de reconnaissance de ses particularités, d'exigence de respect ou négativement de refus catégorique du mépris, de l'irrespect que d'autres pourraient nous manifester. Plusieurs faits observés dans la vie courante nous incitent à ouvrir l'œil sur ces

nouvelles conflictualités, sur ces nouvelles tendances émergentes dans la vie sociale, politique et culturelle : la jurisprudence fait droit aux plaintes pour *mobbing* ou harcèlement moral, les tribunaux condamnent plus facilement les actes racistes, les études épidémiologiques démontrent clairement le haut taux de suicide des jeunes homosexuels, elles pointent la mauvaise santé et la dépression nerveuse qui affectent davantage les chômeurs privés à leurs yeux du sentiment de pouvoir participer valablement à la vie économique, politique et sociale. Des chercheurs de l'école criminologique française conçoivent le concept de « société incivile » pour rendre compte de la dégradation des routines de la vie quotidienne en milieu urbain : accumulation insensible de micro-grossièretés, de vandalisation des espaces publics, petites violences, insultes anodines, etc.

Malaise en démocratie

Les partis démocratiques sont relativement mal à l'aise face à l'émergence de ces nouveaux enjeux et nouvelles conflictualités. Plusieurs raisons peuvent l'expliquer : il ne s'agit pas là, directement du moins⁴, d'enjeux redistributifs ; ainsi demander à être reconnu n'équivaut pas à une démarche de type « partage du gâteau ». Difficulté donc de recoder ces enjeux là sur l'axe traditionnel droite-gauche. En outre, à la différence des conflits « matérialistes », qui peuvent s'avérer coopératifs⁵, certaines revendications peuvent léser l'identité par les différences qu'elles

marquent : les personnes et les groupes attachés à la famille traditionnelle considèrent le mariage homosexuel et la possibilité pour les couples homosexuels d'adopter un enfant comme une atteinte à la famille et à l'identité du mariage⁶, la reconnaissance des médecines parallèles peut déstabiliser le paradigme d'une médecine trouvant sa légitimité dans les protocoles scientifiques et les appareillages technologiques de pointe. En outre, bon nombre de conflits et de revendications émanent de micro-groupes, à partir d'une individualisation des trajectoires, de l'invention imprévisible de nouveaux modes de vie. Ils se prêtent peu à l'organisation verticale et pyramidale des appareils politiques et syndicaux. Ils se conjuguent moins à partir des grands ensembles structurés de manière autoritaire et davantage à partir de réseaux souples, fluctuants et horizontaux. Ils n'empruntent pas leur dynamique dans une logique « haut-bas » d'ascension et de contestation sociale, « nous voulons avoir plus et monter plus haut », mais dans une logique « dedans-dehors », « nous voulons, malgré nos différences que vous devez reconnaître, être dedans comme vous ». On trouve là un mélange détonnant de revendications simultanées aux droits à la différence et aux droits à la ressemblance : « laissez nous être différents mais respectez-nous, aidez-nous comme les autres ». Témoin de ce malaise, l'extrême difficulté qu'ont les organisations syndicales d'intégrer les revendications dites « de qualité de la vie », on pense par exemple au harcèlement sexuel sur les lieux de travail, au harcèlement moral exercé par les collègues ou supérieurs et à la

tabagie sur les lieux de travail. Enfin, ces revendications sont difficilement mesurables et évaluables et il est difficile d'évaluer dans quelle mesure les revendications peuvent être satisfaites à la suite de l'application de politiques publiques.

••••

Que veut concrètement dire « communiquer avec autrui ? »

La réflexion d'Honneth s'appuie sur une conception enrichie de ce que peut vouloir dire « communiquer avec autrui ». Je ne me construis pas à partir de la tour d'ivoire où je m'enferme pour observer le monde d'en haut, ni dans l'aventure de Robinson sur son île, mais à travers une myriade d'interactions avec les autres, dans la rencontre face à face ou au sein de collectifs. Je me découvre à partir de la tradition culturelle de mon milieu familial et social et je m'invente dans la réalisation de projets que je construis avec autrui. Quand je communique avec lui, ce n'est pas seulement pour échanger des informations ou pour argumenter selon des procédures rationnelles. Quand je communique, je demande, implicitement ou explicitement à l'autre de me manifester tendresse, estime, respect, confiance. Je lui demande de me légitimer, de me prendre au sérieux à partir de ce que je dis, mais j'attends aussi qu'il me manifeste de l'intérêt à partir de ce que je suis, à partir des particularités, des originalités qui me constituent, bref, j'attends qu'autrui me reconnaisse dans le mouvement même où je suis disposé, voire désireux de le reconnaître : « le

développement d'une identité requiert l'affection des proches, le respect universel et des solidarités de groupe » (Chaumont J.-M. et Pourtois H., 1999 : 4) ou encore : « dans le langage courant, on trouve trace de l'idée, tenue pour évidente, que, de manière subliminale, nous devons notre intégrité humaine à l'assentiment ou à la reconnaissance émanant d'autres sujets » (Honneth, 1999 : 12).

••••

Partir des pathologies sociales pour construire la santé du vivre ensemble

L'originalité de la réflexion de Honneth vient du fait qu'il prend les choses à rebours. Au lieu de réfléchir théoriquement et de nous dire : « voilà comment devrait être la société juste et bonne à partir de telles et telles valeurs orientées par la reconnaissance », il examine concrètement et met en place une grammaire précise du mépris, il étudie avec une précision anatomique les formes d'avilissement infligées à la personne. Et c'est à partir des trois classes de mépris, des trois gammes d'attitudes de non-reconnaissance dont il déploie l'analyse, qu'il construit et qu'il met en place des formes de remédiation, de compensation qui peuvent se jouer au niveau individuel, intersubjectif comme au niveau social et politique.

L'intérêt de cette typologie du mépris, de la non-reconnaissance, de l'insulte est sans doute qu'elle génère pour nous, en aval de cette description, un menu varié de mesures politiques concrètes pour construire « une atmosphère préventive »⁷.

- **Comment fonder les politiques de prévention ?**
- **Axel Honneth et les politiques de la reconnaissance**
- **(suite)**
-
-
-
-
-
-
-
-

•••••

Grammaire du mépris

Conçu d'une manière générale, le mépris désigne un comportement adopté par autrui qui nous est préjudiciable parce qu'il porte atteinte à la personne dans sa compréhension positive d'elle-même, compréhension qu'elle a acquise par des voies intersubjectives. C'est ainsi que l'on peut recenser des « blessures identitaires » qui nous sont infligées par d'autres⁸. Nous ne pouvons devenir nous-mêmes qu'à partir de l'approbation et la reconnaissance d'autrui à travers des processus de communication globalement gratifiants. A l'inverse, encourir le mépris, la calomnie, la médisance, l'ironie blessante de la part de personnes que nous serions susceptibles de valoriser nous fait douter de nous-mêmes, en tant que sujets de désir, acteurs sociaux, fabricants techniques, parents, époux(ses), amant(e)s. Le mépris qu'autrui nous porte peut être dissolvant pour notre identité, soit déjà acquise pour l'adulte, soit en construction pour l'enfant ou l'adolescent(e). Dans certaines circonstances, nous sommes amenés à introjecter, à cautionner le verdict négatif que d'autres émettent à notre sujet. Le caractère ravageur du racisme⁹ tient justement dans la capacité tragique dont font preuve les victimes à intégrer, donc à donner raison aux insultes et B. Bettelheim, analysant les camps d'extermination nazis, parvenait à la même conclusion. Ainsi, nous pouvons nous dire : « s'ils disent que je suis moins que rien, c'est que je suis moins que rien, donc mes adversaires ne sont pas si mauvais que ça, puisqu'ils ont raison, et donc

puisque'ils ne sont pas si mauvais que ça, alors je souffre moins du traitement qu'ils me réservent, c'est un traitement approprié infligé par des gens pas si mauvais avec qui je pourrai peut-être tenter quelque chose plus tard puisque'ils ne sont pas si mauvais ».

•••••

Les offenses faites au corps

La première classe de mépris porte sur les offenses faites au corps de la victime, à son intégrité physique : tortures, viol, violences diverses, harcèlement sexuel, maltraitance. « ... *la particularité de formes d'offense physique, telles que la torture ou le viol, ne réside pas seulement dans la douleur physique qu'elles engendrent. Il s'y ajoute le sentiment d'avoir été exposé sans défense à la volonté d'un autre sujet jusqu'à en être privé de tout sens de la réalité* » (Honneth, 1999 : 14). Notre corps est comme sali, nous pensons que nous perdons son contrôle, qu'il n'est plus nous, pire qu'il sera objet d'abjection pour autrui, que nous ne pourrions plus séduire et désirer quiconque. Nous sommes envahis de fantasmes négatifs. Nous perdons confiance en nous dans la profondeur de notre manière d'être au monde en tant que nous sommes un corps. L'attachement émotionnel à autrui sera perçu comme une menace dangereuse pour notre intégrité ou du moins pour ce qu'il en reste : les récits de personnes violées font souvent état de l'impossibilité qu'elles ont d'avoir des relations sexuelles épanouissantes avec quiconque : « *la forme la plus élémentaire du rapport à soi, la confiance en soi, est durablement détruite* » (Honneth, 1999 : 14).

•••••

Les ravages de « l'exclusion sociale »

La seconde classe de mépris a trait à ce qu'Honneth nomme improprement l'exclusion sociale¹⁰. Certains habitants sont durablement « exclus », privés de la jouissance de certains droits et de certains accès, à des biens matériels, à des espaces de délibération, à des sources d'information, à l'exercice de sa capacité constructive et critique de participation citoyenne au sein d'assemblées délibératives, etc. La situation du chômeur de longue durée est emblématique de cet état de fait. L'esclave, le prisonnier, la personne colloquée, le parent déchu de ses droits parentaux montrent d'autres figures de cette déchéance « juridique ». Des formes de mépris insidieuses ou plus franches dénie à la personne le droit de « dire son mot, son avis » à propos d'enjeux sociétaux, les parents mêmes sont dévalorisés aux yeux de leurs enfants, de par la destruction de leur statut social de travailleur, leur autorité morale et parentale est minée et ils risquent de perdre le contrôle et l'estime de leurs enfants. « ... *l'expérience de la privation de droits s'accompagne, de manière typique, d'une perte de respect de soi, de la capacité à se rapporter à soi-même comme à un partenaire d'interaction pourvu des mêmes droits que tous les autres* » (Honneth, 1999 : 14).

•••••

L'homophobie, le sexisme et le racisme

La troisième classe d'actes de mépris a trait au dénigrement d'individus et/

S.O.S. Grands Blonds aux Yeux Bleus Riches et Célèbres, j'écoute ?



ou de groupes offensés, insultés dans les particularités émergentes de leur personnalité ou de leur mode de vie : il s'agit là de minorités, ethniques, sexuelles, religieuses, diététiques, tels les cyclistes, les végétariens, les adeptes des médecines parallèles, les travailleurs d'origine immigrée, les témoins de Jéhovah, etc. Ces groupes se dégagent de l'ensemble flou de la société du même, certains d'entre-eux exercent une sorte de droit à l'infidélité relativement à leurs origines, ils adoptent des comportements perçus comme déviants, bizarres, sujets de moqueries, voire de racisme. Les modèles de vie et les idéaux auxquels ils s'identifient sont dévalorisés et par ricochet, ils en viennent à douter de la pertinence de leur engagement, à perdre l'assurance en eux-mêmes, en leurs qualités et leurs capacités propres. Ils perdent *l'estime de soi*, « *Confrontés à la dévalorisation des modèles de réalisation de soi auxquels ils adhèrent, des individus ne peuvent pas se rapporter à l'accomplissement de leur existence comme à quelque chose qui est investi d'une signification positive à l'intérieur de leur propre communauté* » (Honneth, 1999 : 15).

•••••

« L'esprit » et « le corps » ne font qu'un dans le malheur

La perte de confiance en soi provoquée par l'agression corporelle conduit à la mort psychique, la perte de respect de soi provoquée par la privation de droit conduit à la mort sociale et le mépris dépréciant les valeurs culturelles et le mode de vie d'un sous-groupe ou d'un individu

engendre la perte de l'estime de soi lézardée par les blessures psychiques : « *L'expérience de l'avilissement et de l'humiliation sociale compromet l'identité des êtres humains tout comme la souffrance générée par la maladie compromet leur bien-être physique* » (Honneth, 1999 : 15). Toute politique de santé préventive se construit sans doute sur le postulat bien fondé de l'individu comme unité psychosomatique. En d'autres termes, les blessures physiques ont leur correspondant dans le psychisme et l'inverse. Les statistiques épidémiologiques le confirment abondamment : les chômeurs sont en plus mauvaise santé, vivent moins longtemps et à Bruxelles, les hommes des communes de la première couronne vivent en moyenne 8,2 ans en moins que les hommes de la seconde couronne¹¹.

•••••

Quelles sont les stratégies de prévention et les dispositifs de réparation ?

Concernant le rapport que l'individu établit à son propre corps, l'inverse du viol est l'amour. Dans l'amour, nous nous attachons émotionnellement à autrui et nos affections reçoivent des

confirmations positives de la part des autres. L'amour n'est rien d'autre que la reconnaissance affective : « *Lorsqu'il fait l'expérience d'une telle reconnaissance affective, l'individu peut adopter à l'égard de lui-même une attitude de confiance en soi... l'assise d'une sécurité émotionnelle dans l'expression de ses propres besoins et sensations* » (Honneth, 1999 : 17). Il semble a priori difficile de généraliser les comportements d'amour à partir de textes de loi et de dispositifs incitatifs. Mais à tout le moins, l'éducation à la citoyenneté, une gamme de dispositions sociales peuvent éviter que le recours à la violence soit la seule manière dont disposent des individus ou des groupes pour exprimer leurs désirs ou exposer leurs revendications. Des stages d'initiation aux procédures démocratiques, l'apprentissage des comportements adéquats pour désarmer pacifiquement les situations potentiellement violentes permettront aux acteurs d'avancer dans cette direction. En outre, si on ne peut imposer l'amour, on peut du moins atténuer les blessures provoquées par la haine et la violence : les dispositifs de télé accueil, SOS viol, SOS femmes battues, l'aide aux victimes, une gamme complexe de dispositifs

- **Comment fonder les politiques de prévention ?**
- **Axel Honneth et les politiques de la reconnaissance**
- **(suite)**
-
-
-
-
-
-
-
-

sociaux appuyés sur des textes de loi permettent à la société de venir en aide aux victimes de violences physiques par des dispositifs thérapeutiques appropriés. En outre, les programmes sociaux relatifs à la désaffiliation¹², conçue comme un processus évolutif de perte des relations sociales et professionnelles et d'implosion des relations privées et familiales comportent un volet socio-affectif : bon nombre de processus d'aide comportent maintenant un volet familial visant à revalider les relations de la personne en détresse avec son univers familial.

Relativement aux situations de privation de droits, quand les individus ou les groupes se voient empêcher l'accès à un travail, quand la pénurie de ressources les empêchent de disposer des biens sociaux premiers nécessaires pour construire une vie bonne, quand la pauvreté les empêche de participer valablement à la construction de la société, il convient de mettre en place, voire de conforter le rôle et les capacités de l'État, à la fois dans l'extension et la diversité des lois et des dispositifs qu'il valide afin de lutter contre la pauvreté, de fournir aux plus démunis un panier de biens et de services marqués d'une certaine inconditionnalité et, en outre, à partir des ressources individuelles et/ou de groupe, aider les personnes à retrouver les bases sociales de l'estime d'eux-mêmes par la participation à des groupes de développement communautaire dont les revendications sont basées sur l'assise des droits créance : « nous avons droit à un logement sain, à une éducation épanouissante pour nos enfants, à des revenus de remplacement, nous vivons dans un des plus efficaces États Providence du monde ! »¹³.

- • • •

Comment valoriser la citoyenneté en santé ?¹⁴

La valorisation de la citoyenneté en santé prendra trois formes : stimuler la participation active des habitants et des milieux sociaux et culturels aux politiques de santé publique, consacrer la participation active des habitants dans les processus thérapeutiques à partir d'une conception élargie du soin et consacrer par des textes de loi les droits des patients relativement au pouvoir médical qui se déploie sur eux. L'atmosphère préventive dans le domaine de la santé est confortée par le fait que les habitants sont invités positivement à exercer leur citoyenneté, par la diffusion d'informations adéquates, par l'animation au sein des écoles, par la constitution de groupes de patients. L'effet est double : la santé du patient est améliorée et le respect qu'il porte à lui-même est restauré puisqu'il participe activement à la délibération relative à la mise en place d'actions qui le concernent au premier chef.

- • • •

Reconnaître et valoriser le droit à la trahison

Relativement aux pratiques de dénigrement des minorités, il convient sans doute, abstraitement de consacrer le droit à la trahison. L'infidélité à ses origines ne peut pas, dans une société libérale avancée, recevoir de sanctions morales négatives. Positivement, la solidarité au sein du groupe permet à l'individu de recevoir des confirmations positives et des encouragements à l'engagement qu'il a pris dans sa manière de se démarquer au sein de

son mode de vie estimé par lui et par autrui comme particulier : « ...la relation de reconnaissance... aide précisément l'individu à acquérir une telle estime de soi, à une attitude d'assentiment solidaire à l'endroit de modes de vie alternatifs » (Honneth, 1999 : 18). Respecté par les autres, il s'estimera davantage. Ce qui pointe ici est la généralisation d'un « libéralisme bienveillant » : plusieurs conceptions de la vie bonne peuvent simultanément coexister au sein d'une société démocratique, mais il convient que les cultures minoritaires soient protégées des agressions méprisantes, des insultes et des dévalorisations dont les partis d'extrême-droite se sont fait une spécialité. Ce qui est en jeu ici, c'est d'empêcher, préventivement, qu'un particularisme culturel ne se mue en culture dominée par le jeu libre des marchés et/ou par des attitudes de dénigrement tolérées par le pouvoir public. Diverses lois, punissant le racisme, élargissant le domaine des droits aux minorités sexuelles par exemple, vont dans le sens de favoriser l'estime des autres. L'éducation permanente a là un immense chantier à poursuivre et divers dispositifs de soins et d'aide sociale peuvent contribuer à valoriser ceux qui migrent, dans leur corps, dans leur mentalité, dans leurs croyances et dans l'espace géographique.

- • • •

L'expérience de la honte et de la mort sociale

Guère de difficultés, sans doute, à trouver dans la société ceux qui font l'expérience amère de la honte et pour qui les violences sur le corps, l'expulsion hors du domaine des droits

et le dénigrement de ses particularités se rassemblent dans la même et tragique unité. Le sans domicile fixe, la (le) prostitué(e), le chômeur de longue durée constituent des figures urbaines qui collationnent ces trois formes de déni de reconnaissance : perte de confiance en soi, de respect de soi et d'estime de soi. Le drame, la culpabilité qui nous travaillent tiennent sans doute au fait que nous anticipons leur mort prochaine, que ces personnes proches spatialement, (et c'est là, notons le, une dimension typique de la vie urbaine), sont condamnées à mort sans procès, sans un avocat qui défende le prévenu (?) déjà « prévenu » de sa mort prochaine, on pense à Joseph K. dans la dernière page du Procès : « ...l'un des deux messieurs venait de le saisir à la gorge ; l'autre lui enfonça le couteau dans le cœur et l'y retourna par deux fois. Les yeux mourants, K... vit encore les deux messieurs penchés tout près de son visage qui observaient le dénouement joue contre joue. – Comme un chien ! dit-il, c'était comme si la honte dût lui survivre ». (Kafka, 1972 : 325).

••••

Des situations limites

Cependant, l'encouragement politique à l'établissement d'actions transversales comme la promotion d'axes de travail pointu visant à porter aide et secours à des groupes et individus particuliers ne vont pas sans poser de problèmes. « *Car si toute souffrance sociale mérite d'être entendue et analysée, toutes les stratégies de réparation ne méritent pas d'être reconnues* » (Chaumont J-M. et Pourtois H., 1999 : 8). Certains

dispositifs de compensation et de réparation, vu leur coût, ne seront pas supportées intégralement par les pouvoirs publics¹⁵. Et puis, certaines manières de répondre à la haine et au mépris ne font qu'étendre le registre contagieux de la violence, tels les comportements de vendetta. Comprendre le déni de reconnaissance n'est pas approuver sans distanciation n'importe quelle stratégie de compensation. En outre, tout particularisme n'est pas a priori positif : ainsi, le négationisme, la non-reconnaissance dont « bénéficient » les parlementaires d'extrême-droite au sein des hémicycles parlementaires se justifient moralement et politiquement. Le déni de reconnaissance dont souffrent certaines populations peuvent conduire certains individus à la criminalité, au vote et au développement des partis d'extrême-droite dont la haine, l'humiliation ressentie sont de puissants moteurs.

••••

Élargir le domaine de la sécurité sociale ?

En outre, la pensée d'Honneth nous conduit vers les frontières entre l'intime et le social. Bien des blessures encourues par les individus naissent de « piques » humoristiques, voire d'agressions ironiques qu'il serait vain de vouloir réprimer pénalement. Convenons en outre que l'action politique, et cette considération vaut pour tous les partis politiques démocratiques, ne vise pas à donner des leçons de morale même si certains dispositifs juridiques y incitent. Les lois visant à étendre le domaine des droits aux minorités sexuelles, celles qui répriment les actes racistes, les

dispositifs légaux déployant l'arsenal des ressources disponibles pour les soins palliatifs montrent que le législateur s'ouvre davantage aux problèmes de vie et au souci de soi. L'opinion publique, dans son immense majorité, approuve implicitement l'action d'un État libéral culturellement et redistributif socialement qui mette en place à la fois des actions préventives et des dispositifs de réparation. La pensée d'Honneth fait signe vers l'élargissement de la sécurité sociale vers des domaines autrefois réservés à l'intime et au cercle familial.

L'émergence des particularismes, la montée en force de l'individualisme libéral, l'accroissement des mobilités de divers ordres (géographique, social, philosophique, marital) favorisent l'éclosion de nouveaux enjeux et de nouvelles conflictualités. « Les aspects « immatériels » d'une politique de la reconnaissance ne sont pas solubles dans les enjeux habituellement pris en compte par les politiques sociales et économiques » (Delchambre, 1999 : 31). Comment, dans l'action publique comme dans le débat politique, ces conflictualités peuvent-elles être traitées optimalement, en y faisant droit sans pour autant oblitérer les conflictualités plus traditionnelles qui gardent encore leur vigueur dans la régulation des sociétés démocratiques avancées ? Les questionnements, les mutations qui secouent le travail social plus transversalisé avec le travail en santé, les questionnements qu'ils s'adressent, les partenariats mis en place avec les acteurs de l'insertion et de la santé, avec les urbanistes et les acteurs du logement sont au cœur des réponses pratiques à apporter à ces enjeux nouvellement légitimés par la société

• **Comment fonder les politiques de prévention ?**
• **Axel Honneth et les politiques de la reconnaissance**
• **(suite)**
•
•
•
•
•
•
•
•
•

et la classe politique. Car dans la vie banale et quotidienne, tout se mêle, les femmes et les hommes qui souffrent et qui aiment ne cessent de transversaliser pour leur propre compte, ils associent et recomposent comme des grands, ils intègrent autant les mépris qu'ils composent des réponses de survie sans attendre les exhortations politiques à la transversalité issues de démarches hypersectorielles.

••••
Notes

(1) Axel Honneth est le successeur de Jürgen Habermas à la chaire des sciences sociales à l'Université de Francfort.

(2) Notamment les philosophes belges Bertin A. et Pourtois H. Dir., *Libéraux et communautariens*, Paris, PUF, 1997, Chaumont J.-M., *La concurrence des victimes, Génocide, identité, reconnaissance*, Paris, La Découverte, 1997, le numéro 2, Volume XXX, 1999, de la revue *Recherches sociologiques* entièrement consacrée à la réflexion d'A. Honneth. Plusieurs philosophes américains ou canadiens, dont M. Walzer, *Sphères de la justice*, Paris, Seuil, 1983, S. Cavell, W. Kymlicka et C. Taylor inscrivent ce genre de débats dans la question « chaude » du multiculturalisme et de ses effets pervers.

(3) Le terme « postsocialiste » est dû à la théoricienne féministe américaine Nancy Fraser. Il faut cependant se garder de voir là une incapacité qu'auraient les partis sociaux démocrates de prendre ces revendications en compte. Voir plus loin.

(4) On verra ultérieurement que des liaisons et des articulations sont possibles entre diverses revendications postsocialistes ou postmatérialistes et les enjeux redistributifs classiques. Ainsi, il semble légitime que certaines minorités culturelles et les animateurs des communautés homosexuelles réclament des dispositifs d'aide spécifiques et mieux adaptés au profil et aux spécificités de leurs problèmes et demandes.

(5) On pense notamment aux divers compromis sociaux qui ont structuré l'histoire et la vie sociale de la Belgique, notamment le Pacte social de 1944 et à divers partages de ressources accompagnant les accords de la Saint Polycarpe. Pour rappel, un jeu est dit coopératif quand les deux parties peuvent y gagner à la différence d'un jeu à somme nulle, où les gains de l'un correspondent aux pertes de l'autre (le jeu d'échecs est un bel exemple de jeu à somme nulle, comme la plupart des compétitions sportives).

(6) Voir à ce sujet le récent avis du Conseil d'état qualifié de rétrograde par le Gouvernement fédéral.

(7) Selon le concept fondé par le Dr Matot, du centre de guidance de l'Université libre de Bruxelles.

(8) Dans *Le Vif L'express* du 30 novembre, le professeur A. Eraly, (Institut de sociologie de l'ULB) décortique les blessures encourues par les politiciens dans cette mare aux requins impitoyable qu'est l'arène politique.

(9) Dans son adieu au Centre bruxellois d'action interculturelle (CBAI), Bruno Ducoli rappelait cette parole du Roi Baudouin en visite au centre : « il y a des regards qui tuent ». Dans le

numéro 2, 1999, des *Recherches sociologiques*, la sociologue Christine Schaut retrace avec une finesse d'analyse rarement égalée les stratégies de compensation que déploient certains jeunes immigrés face au racisme et au mépris dont ils sont l'objet.

(10) Sur la critique du concept d'exclusion sociale, voir P. Ansay et A. Goldschmidt, *Dictionnaire des solidarités*, Bruxelles, EVO, 1999, article « exclusion et expulsion sociale » et F. Ligot, « Exclusion sociale, La définir pour en finir » *Démocratie*, 15 octobre 2001, pp. 1-4.

(11) Lire notamment G. Herman, « Chômage et attente de reconnaissance », *Recherches sociologiques*, Volume XXX, numéro 2, pp. 139-157, 1999. De nombreuses statistiques établies par l'Observatoire régional de la santé confirment empiriquement cette hypothèse.

(12) Il convient sans doute d'abandonner définitivement le concept d'exclusion sociale, trop statique et risquant de favoriser les étiquetages et la stigmatisation et travailler à partir de la réalité évolutive de la désaffiliation.

(13) Au CPAS d'Andenne, M^{me} Monique Pineur a organisé des espaces de « prendre et donner la parole » et des espaces « du donner et du recevoir ». A la mission locale de Forest, le développement communautaire passe d'abord par la régularisation des DENI (demandeurs d'emploi non inscrits), puis par l'organisation de groupes délibératifs en contact fréquent et institué avec l'autorité communale.

(14) Ce paragraphe doit beaucoup à la réflexion de Thierry Lahaye.

(15) Par exemple, il semble peu probable qu'une institution de soins puisse prendre en charge l'intégralité du coût d'une analyse, pratiquée à raison de trois séances par semaine.

•••••

Références bibliographiques

Ansary P., *La ville des solidarités*, EVO DRISU, Bruxelles, 1999.

Chaumont J-M. et Pourtois H., « Introduction » in *Recherches sociologiques*, Volume XXX, numéro 2, 1999.

Delchambre J.-P., « Déinstitutionnalisation, vulnérabilité et enjeux de reconnaissance », in *Recherches sociologiques*, Volume XXX, numéro 2, 1999.

Habermas J., *Écrits politiques*, Paris, Cerf, notamment le chapitre VI, « La crise de l'Etat-Providence », pp. 104-126, 1990.

Herman G., « Chômage et attentes de reconnaissance : Approche par la théorie de l'identité sociale » in *Recherches sociologiques*, ibid.

Honneth A. « Les limites du libéralisme. De l'éthique politique aux Etats-Unis aujourd'hui » in Bertin A., Da Silveira P. et Pourtois H. Eds, *Libéraux et communautariens*, Paris, puf, pp 359-374, 1999.

Honneth A. « Intégrité et mépris : Principes d'une morale de la reconnaissance », *Recherches sociologiques*, Volume XXX, numéro 2, 1999.

Kafka F., *Le procès*, Paris, Folio, p. 325, 1972.

Schaut C., « Dénis de reconnaissance et stratégies de réparation » in *Recherches sociologiques*, Volume XXX, numéro 2, 1999, pp. 85-101.

Taylor C., *Multiculturalisme. Différence et démocratie*. Paris, Flammarion, 1994.

Walzer M., *Sphères de la justice*, Paris, Seuil. Lire notamment le chapitre 11, sur le thème de la reconnaissance, pp. 349-390, 1997.

Article paru dans le Bis n° 150 de juillet 2002.

Les violences conjugales : mythes et réalités

Alain Dessard, médecin généraliste à la maison médicale la Passerelle et Anne-Marie Offermans, sociologue

Collaborateurs : Claudine Dawance, Philippe D'Hauwe, Dominique Filée, Alberto Parada, Anabelle Piron, Eveleyne Rey, médecins ainsi que Anely Colas, psychologue

En Belgique, selon une étude universitaire de 1998¹, une femme sur sept est victime de violences conjugales.

C'est vrai que des « femmes battues » dans notre pratique, nous en connaissons tous, mais quelle proportion de ces femmes connaissons-nous au total ? Si l'on s'en réfère aux statistiques, nous n'en connaissons qu'une infime proportion : 5 à 10 %... ce qui laisse dans le silence plus de 90 % des femmes victimes de violence conjugale².

Pour comprendre les raisons de cette sous-évaluation du problème par le monde médical, nous allons passer en revue certains faits chiffrés, des hypothèses explicatives et nous tenterons de déconstruire certains mythes.

Des faits et des chiffres

Comme le met en évidence la dernière enquête réalisée en Belgique sur le thème des violences interpersonnelles (Université du Limbourg, 1998)³, la violence au sein du couple touche plus spécifiquement les femmes. La gravité* et la fréquence des situations vécues sont identifiées : 13,4 % des femmes interrogées (une femme sur sept âgées de 20 à 49 ans) ont subi durant leur vie des violences physi-

ques et sexuelles graves et répétées de la part de leur partenaire ; 2,3 % des hommes en sont également les victimes.

Les données relatives à la population féminine belge sont corroborées par des études menées dans d'autres pays. Des taux de prévalence d'actes de violence subis par les femmes calculés sur une vie et ce, quels qu'en soient leurs degrés de gravité, sont repris dans le tableau ci-dessous.

Si les résultats de ces recherches sont pour le moins impressionnants, il est sans doute nécessaire de rappeler, comme l'ont fait les Pays-Bas et la Suisse, l'importance de toutes les autres formes de violences associées à ces violences physiques et sexuelles, c'est-à-dire les violences verbales, psychologiques et économiques.

Une certaine prudence reste de rigueur dans l'analyse et l'interprétation des données, vu le manque d'homogénéité au niveau des formes de violences étudiées (le nombre et la nature des items demandés), le contexte dans lequel elles s'exercent et les outils de collecte utilisés. On peut toutefois conclure que les femmes sont les plus exposées aux formes graves de violences physique et/ou sexuelle.

Projet de recherche-action visant l'élaboration d'un outil de sensibilisation et de prévention en matière de violences conjugales destiné aux médecins généralistes.

Promoteur : le Collectif contre les violences familiales et l'exclusion de Liège (CVFE).

Partenaires : la Société de médecine générale, commission de Liège, et l'Intergroupe liégeois des maisons médicales (IGL).

Recherche financée par le ministère wallon des Affaires sociales et de la Santé.

* La gravité est estimée au départ de trois indicateurs : l'interdépendance entre les différents actes, le vécu subjectif de la personne et l'importance des conséquences sur la vie future de la personne.

Pays	Taille et caractéristique de l'échantillon	% au cours d'une vie
Pays-Bas (1989)	1.016 femmes âgées de 20 à 60 ans	26
Canada (1993)	12.300 femmes âgées de 18 ans et plus	25
Suisse (1994)	1.500 femmes âgées de 20 à 60 ans	21
Finlande (1997)	/	22

Prévalence, chez les femmes, des formes de violences physique et/ou sexuelle calculée sur base d'échantillons représentatifs de population⁴

••••

La méconnaissance de la problématique des violences conjugales

Parmi les raisons avancées par les principales recherches réalisées sur ce thème, certaines sont propres aux femmes victimes de violences, d'autres incombent aux professionnels de la santé, ou encore relèvent de la société elle-même tant par rapport aux valeurs qu'elle véhicule qu'aux solutions d'aides proposées. Quant aux auteurs de violences, vu la rareté de leurs consultations sur ce problème, il est difficile de se baser sur eux pour la connaissance de cette problématique.

• Au niveau des femmes victimes de violences

Tout d'abord, il faut savoir qu'après un épisode de violence, deux femmes sur trois ne consultent pas⁵. Cela peut paraître paradoxal lorsqu'on sait que, globalement, les femmes victimes de violences recourent plus aux consultations de médecine générale, aux consultations psychiatriques (quatre à cinq fois plus que la moyenne⁶) et aux services d'urgence. De toute évidence, il faut admettre que ces femmes qui consultent le plus souvent parlent de tout, sauf de violence.

Pourquoi n'en parlent-elles pas ?

- les femmes ne reconnaissent pas nécessairement la situation de violence, ni même sa gravité. En effet, pour certaines, des actes parfois même très violents ne sont pas perçus comme tels lorsqu'ils leur semblent involontaires, ou

perpétrés sous l'emprise de la boisson, ou qu'elles pensent les avoir « provoqués » : comment accuser quelqu'un que l'on a déjà excusé ? Welzer-Lang dans son livre *Arrête !, tu me fais mal*⁷ va même jusqu'à faire état d'une perception de la violence spécifique aux femmes, distincte de celle des hommes lorsqu'ils la reconnaissent. Ainsi, un acte ou un coup n'est perçu par elles comme de la violence physique que s'il est associé à une intention explicite de les faire souffrir.

- Une fois la violence reconnue, la première raison mise en évidence qui explique le silence des femmes est le sentiment de honte, d'embarras et d'humiliation qu'elles éprouvent à en parler. Elles n'imaginaient pas que cela aurait pu leur arriver un jour. Elles appréhendent grandement le jugement du médecin qui reçoit leur appel d'aide (pas toujours nettement exprimé).
- D'autres facteurs ont trait aux conséquences que les femmes imaginent dans la réaction du médecin : peur que ce dernier en parle au conjoint, qu'il dénonce les faits aux services policiers... Certaines ont la croyance que le professionnel de la santé va nécessairement mettre tout en œuvre pour qu'elles se séparent de leur compagnon. Elles sont dans l'ambivalence : elles veulent encore croire en leur couple, espèrent toujours un changement de comportement de la part de ce dernier ou se sentent incapables d'affronter les obstacles matériels ou les instances judiciaires.
- Certains freins à aborder le sujet en

consultation tiennent également à la composante familiale. C'est la peur des représailles du conjoint notamment à l'égard des enfants s'il y en a. C'est aussi la loyauté au partenaire et à leurs enfants : elles ne veulent pas être « la cause » de l'éclatement de la cellule familiale.

- Enfin, certaines femmes se taisent mais attendent, espèrent de nous des questions « il a bien dû le voir, pourquoi ne m'a-t-il rien demandé » ?

• Au niveau des professionnels de la santé

Les obstacles relevés au niveau des professionnels de la santé et plus précisément des médecins généralistes⁸ auxquels ces femmes s'adressent en priorité se situent sur plusieurs plans :

- Le savoir : la majorité des médecins interrogés s'estiment insuffisamment formés et informés : la violence conjugale ne fait pas encore l'objet de cours durant le parcours universitaire.
- Le savoir-faire : si la volonté d'intervenir de manière adéquate apparaît clairement, ils sont confrontés à un manque de temps, reconnaissent le plus souvent un sentiment de frustration, d'isolement et d'impuissance face à ces situations difficiles à gérer. A quoi bon détecter un problème qu'on ne pense pas pouvoir résoudre... Et pourtant, les conséquences de cette méconnaissance du problème sont lourdes⁹ : « psychiatisées » ou « sur-investiguées » suite aux multiples plaintes fonctionnelles qu'elles présentent et

• Les violences conjugales : mythes et réalités (suite)

auxquelles nous ne comprenons rien, ces femmes se déstructurent de plus en plus. Elles souffrent de dépression (pour plus de 50 % d'entre elles¹⁰), ont des conduites d'addiction (alcool ou abus de médicaments dans 22 % des cas¹¹), font davantage des tentatives de suicide (quatre à cinq fois plus que les autres femmes¹²), ou même, pour certaines d'entre elles, l'issue de ces situations se solde par la mort (il faut savoir, par exemple, que près de la moitié des situations d'homicides enregistrées par l'Institut médico-légal de Paris sont le fait de leur mari ou de leur partenaire proche¹³).

- Les attitudes : les médecins sont également imprégnés de leur histoire personnelle. Ils ont leurs représentations du couple, des relations hommes-femmes, leur seuil personnel de tolérance. Parfois c'est la peur d'être intrusif, la peur de choquer qui empêche de poser les « bonnes questions ». Enfin, pour le médecin de famille, le fait de connaître et/ou soigner le conjoint est parfois un obstacle pour prendre le recul nécessaire. Il est certes difficile de soutenir et d'aider aussi bien l'auteur que la victime, en toute honnêteté et en gardant toute la confiance des deux parties.

• Au niveau de la société

La violence conjugale a longtemps été considérée comme faisant partie de la sphère privée dans laquelle l'État ne pouvait s'immiscer. C'est à partir des années 70, sous l'influence des mouvements féministes, qu'elle acquiert une dimension sociale et culturelle. Apparaissent alors de nouveaux modèles d'interprétation

basés sur une lecture de la violence comme l'expression d'un pouvoir mil-lénaire des hommes sur les femmes. Depuis lors, les choses évoluent, par palier, certainement encore trop lentement face à ce réel problème de santé publique. Ainsi, en Belgique, le viol entre conjoints n'est reconnu comme punissable par la loi que depuis 1989. Tout récemment, en mai 2001, un plan national d'action contre la violence à l'égard des femmes¹⁴ a été élaboré. Des campagnes de sensibilisation s'appuyant sur des affiches, des brochures... ont suivi ou sont en cours, visant aussi bien les jeunes, les adultes que les professionnels de la santé. Des projets-pilotes ont notamment été lancés dans différentes villes du pays dont Seraing, Bruxelles, Anvers, Gand...

Malgré ces différentes évolutions où l'on ose aborder publiquement ce problème, les opinions courantes reposent pour un grand nombre sur des stéréotypes et des préjugés que nous examinerons ci-dessous.

A ces mythes, s'ajoutent les dimensions relatives aux solutions d'aide proposées qui, elles non plus, ne jouent pas en faveur de la connaissance de cette problématique, à savoir :

- Le manque de services d'aide : les structures d'accueil, trop peu nombreuses et souvent saturées, sont en général inaccessibles¹⁵ quand les femmes victimes de violence consultent : dans plus de 70 % des cas, c'est le soir, la nuit ou le week-end¹⁶. Par ailleurs, l'aide proposée aux auteurs de violences est quasi inexistante en Belgique.
- L'organisation même des services

proposés : la méconnaissance des structures et des professionnels impliqués dans la gestion de cette problématique ainsi que l'absence de réseau de collaboration ne facilitent en rien la prise en charge adaptée aux patientes.

• • • •

Les mythes

Malgré les nombreuses prises de conscience qui ont eu lieu depuis les profondes transformations culturelles et politiques des années 70, la société véhicule toujours certains mythes qui ont la vie dure et que nous allons analyser de plus près.

« *La violence conjugale est quelque chose d'exceptionnel, elle n'arrive que dans certains milieux défavorisés* ».

Comme les chiffres de prévalence présentés ci-dessus en témoignent, la violence conjugale n'est pas quelque chose d'exceptionnel : en Belgique, une femme sur sept, cela représente plus de cinq cent mille femmes ayant subi des épisodes de violences physiques et sexuelles graves et répétés durant leur vie. Quant au milieu social, il apparaît comme un facteur de risque. Ainsi, les dernières enquêtes nationales françaises et canadiennes attestent que tous les groupes sociaux sont exposés, les inégalités socio-économiques étant à considérer comme un facteur aggravant. Par ailleurs, il est important de rappeler l'hypothèse émise par Gonzo et Véga¹⁷ selon laquelle la violence est plus visible dans les milieux défavorisés. Quand les victimes se décident à quitter leur compagnon, celles qui font

appel aux associations sont souvent les plus démunies et la violence y est moins facile à cacher de par l'environnement et la moindre pression des tabous sociaux. A l'inverse, les femmes de milieux plus nantis s'adresseraient plus facilement à des services privés ou médecins de famille qui s'orienteraient vers des solutions plus « feutrées ».

« L'auteur de violences est un alcoolique, un fou, un ancien enfant battu, quelqu'un qui n'a aucun contrôle... »

Tout n'est pas faux, mais tout est loin d'être vrai ! L'alcool, par exemple, d'après les études, serait associé à la violence conjugale dans 20 à 95 % des cas. La réalité est probablement à mi-chemin entre ces deux extrêmes : si la moitié des hommes violents a un problème de consommation d'alcool, cela signifie que l'autre moitié n'en n'a pas. En fait, selon les hypothèses actuelles, un même facteur est responsable et de la violence et de la tendance à abuser de l'alcool. Il en va de même en ce qui concerne la toxicomanie, reconnue comme facteur de risque depuis une dizaine d'années, tant chez l'auteur que chez la victime¹⁸.

La folie : s'il est exact que 15 à 25 % des auteurs sont psychopathes, pervers ou paranoïaques, cela nous laisse un bon nombre d'auteurs sains d'esprit, souvent décrits comme de « bons pères de famille ». Parce que la violence vient par crises, on pense parfois que l'auteur doit avoir une « double personnalité ». En fait même lorsque les coups ne sont pas là, la violence existe toujours de façon continue par le contrôle, le stress, les tensions et la peur¹⁹.



Les antécédents de sévices : il est vrai qu'un certain nombre d'auteurs ont eu un passé d'enfant maltraité, mais là encore il semble que ce soit plutôt un facteur de risque qu'un facteur de causalité. Ce facteur est nettement plus présent chez les victimes.

Quant au manque de contrôle, il semble que ce soit tout le contraire : les auteurs de violence ont le plus souvent un contrôle ou un désir de contrôle absolu sur tout ce qui les

entoure et sur eux-mêmes²⁰.

Les idées reçues concernant la victime sont multiples : « *si elle reste, c'est qu'elle y trouve son compte* », « *elle doit aimer ça puisqu'elle y retourne* ».

Plusieurs éléments nous permettent d'apporter un éclairage à ces stéréotypes qui éludent une part importante des situations vécues et qui font un amalgame entre le choix de la relation et le choix de la violence.

• Les violences conjugales : mythes et réalités • (suite) • • • • • • • • •

1. Le « Cycle de la violence »²¹ :

La violence s'installe rarement d'emblée dans un couple. Le plus souvent, elle est précédée d'une phase calme, qualifiée de « lune de miel », elle-même suivie d'une phase de gestion de la vie quotidienne, avec les conflits et les tensions que cela entraîne et qui peuvent mener à la crise dans certains couples. Après la phase de violence, viennent les regrets, les excuses, les tentatives de réparation et souvent le couple retrouve cet état d'équilibre (stabilité de la phase lune de miel) initial. Et puis, la vie quotidienne reprend, les tensions reviennent avec la frustration chez l'auteur et la peur chez la victime. La violence réapparaît, souvent plus grave et c'est la spirale de la violence. Pour certains couples, ce cycle dure quinze ans, pour d'autres il dure un jour. Mais de nombreuses femmes évoquent ces moments de réconciliation, suivis d'accalmies, accompagnés de regrets

sincères et parfois de cadeaux et ce sont ces moments qui les décident à essayer « encore une fois ». Ne perdons pas de vue que cet homme que nous trouvons peut-être monstrueux, elles l'ont choisi, peut-être même à l'encontre de l'avis de leur entourage proche, l'ont aimé et l'aiment encore parfois.

2. Les conditions de vie

L'état de précarité économique, l'isolement social, les différentes formes de dépendance – économique ou matérielle, sociale, symbolique, affective - dans lesquels vivent les femmes victimes de violences conjugales sont des obstacles majeurs à la prise d'autonomie qui pourrait les aider à sortir du cycle de la violence. Une étude réalisée auprès d'un groupe de femmes ayant fait une demande d'hébergement montre que plus le nombre de terrains de dépendance est important, plus le maintien de la

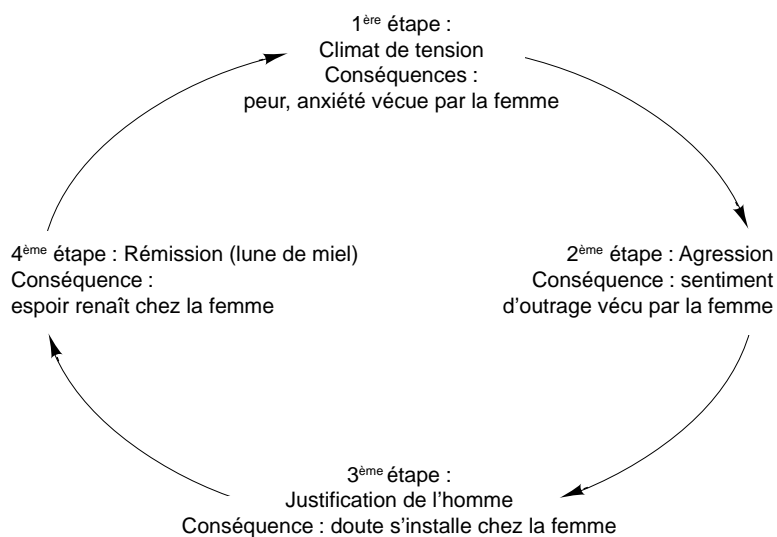
relation est impressionnant : 5 % des femmes les moins dépendantes retournent vers le partenaire contre 75 % des plus dépendantes²².

• • • • Pourquoi ces mythes bénéficient-ils encore d'une telle vigueur ?

Leur fonction première semble être de rassurer et déresponsabiliser. Puisque la violence n'existe que chez les autres et puisque les auteurs ont tellement d'excuses, on peut ainsi s'éviter toute remise en question et faire appel à des experts pour la guérir... Il faut admettre que la problématique de la violence conjugale pose nombre de questions de société, d'inégalités et de pouvoirs... Une des solutions passera probablement par un changement profond des mentalités et de l'éducation. Songeons aux phrases encore souvent entendues lors de nos consultations : « un garçon doit être fort », « un garçon ne pleure pas », « un garçon n'a pas peur »²³... Une autre solution consistera en une meilleure connaissance de ce champ de réalités. Les différentes investigations quantitatives et qualitatives du problème devraient viser à terme une évolution des pratiques des professionnels concernés tant dans le dépistage que dans la prise en charge des victimes et auteurs de violences.

• • • • Et en attendant, que faire ?

Il n'existe pas de solution toute faite. Les études prouvent qu'une fois sensibilisés au problème, les professionnels de santé détectent en



D'après Lénore Walker

moyenne deux fois plus de cas de violence conjugale²⁴.

Il est fondamental de donner à ces femmes souvent déstructurées des points de repères : les comportements violents ne sont pas normaux, ni légitimes, ni acceptables. Il est toutefois tout aussi important de ne pas porter un jugement sur la personne même de l'auteur, mais sur ses actes. Il est également essentiel avec ces patientes de prendre le temps d'écouter, de valoriser leurs ressources et de chercher ensemble une solution en tenant compte des aspects systémiques du problème, et en respectant le rythme propre à chacune d'entre elles. Ce sont précisément ces aspects liés aux modes d'interventions, mais aussi des informations sur la problématique et les ressources existantes dans le domaine que vise ce projet de collaboration entre des médecins généralistes et une association d'intervenants psychosociaux. Tout ceci fera l'objet d'une brochure, fruit de cette collaboration, diffusée dans le courant de l'année prochaine aux professionnels de la santé.

••••• Bibliographie

- (1) Bruynooghe R., Noelanders S., Opdebeeck S., *Geweld ondervinden, gebruiken en voorkomen*, Rapport ten behoeve van de Minister van Tewerkstelling en Arbeid en Gelijke-Kansenbeleid Mevrouw M. Smet, Limburgs Universitair Centrum, 1998.
- (2) Stark E., Flit Craft A.H., Frazier W., « Medicine and patriarchal violence : the social construction of a « private » even », *International Journal of Health services*, 1979, vol. 9, p. 461-493 Op cité, n° 1 ; Goldberg GW., Tomlanovich MC., « Domestic violence victims in the emergency department », *JAMA* 251 (24) : 3259-3264, 1984.
- (3) Op cité n°1.
- (4) *Les femmes victimes de violences conjugales ; le rôle des professionnels de la santé*, Rapport du ministre chargé de la Santé réalisé par un groupe d'experts réuni sous la présidence de Monsieur le Professeur Roger Henrion, Février 2001.
- (5) Lindsey K., Stevens H., « The role of the accident and emergency department » in *the The health professionals* p169-177.
- (6) Op cité n°2.
- (7) Welzer-Lang D., *Arrête, Tu me fais mal ! la violence domestique, 60 questions, 59 réponses*, Québec, vlb éditeur, 1992.
- (8) Chambonnet, Douillard, Urion, Mallet, « La violence conjugale : prise en charge en médecine générale », *La revue du praticien*, 2000, 14(507) :1481-85.
- (9) Hendricks-Matthews M. K., Survivors of Abuse Health Care Issues, *Primary Care*, juin 1993, vol 2, 391-406.
- (10) Hilberman, Munson, *Sixty battered women*, *Victimology : an International Journal*, 1977-1978, 2(3/4) :460-71 ; Rounsaville, Weissman, « Battered women : a medical problem requiring detection », *International Journal of Psychiatry Medicine*, 1977-1978, 8 :192-202.
- (11) Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF), Enquête coordonnée par l'Institut de démographie, Paris I, décembre 2000.
- (12) Garibay-west, fernandez, Hillard, schoof, *Psychiatric disorders of abused women at a shelter, Psychiatric disorders of abused women at a shelter, Psychiatric Quartely*, 1990, 61 (4) : 295-301 ; Astin, Ogland-Hand, Coleman, « Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women : comparisons with maritally distressed women », *Journal of consulting and clinical psychology*, 1995, 63(2) :308-12.
- (13) Lecomte, tucker, Fornes, Institute of Forensic Medicine, Paris, « Homicide in women. A report of 441 cases from Paris and its suburb over a 7-year period », *Journal of clinical Forensic Medicine*, 1998, 5 (1) :15-6.
- (14) *Plan national d'action contre la violence à l'égard des femmes - état d'exécution du programme contenu dans la note de l'état fédéral*, Cabinet

Grande journée organisée par la Société scientifique de médecine générale-Liège sur le thème de la violence familiale

Samedi 30 novembre de 12h à 18h
- Château d'Harzé - Musée de la meunerie et de la boulangerie - 4920 Harzé. Renseignements : SSMG - rue de Suisse, 8 - 1060 Bruxelles - Danielle Pianet : 02.533.09.82 ; e-mail : danielle.pianet@ssmg.be.

Si vous souhaitez dès maintenant des informations supplémentaires, vous pouvez consulter le site <www.sivic.be>.

Cybernétique et thérapie brève de Palo Alto

Une certaine conception de la santé mentale

Grégory Lambrette, psychologue à la maison médicale Portes Sud d'Arlon et psychologue détaché au centre Emmanuel pour le projet Equal-Luxembourg

.....

Si l'homme était machine, il nous faudrait désespérer. Non pas de tout, mais de prendre cette métaphore mécanique pour seule vérité. La critique qu'ainsi l'on formule à l'égard de la cybernétique nous apparaît erronée sinon déplacée. Et cet homme dont Foucault annonçait froidement la disparition n'était jamais que l'image tronquée d'un être devenu pour certains un simple et désolant système fermé².

L'objet de cet article consiste en une présentation succincte de la cybernétique, ainsi que de son application pratique en le champ de la thérapie brève telle qu'elle fut formalisée par l'école de Palo Alto. L'héritage qu'elle légua, ou plutôt l'influence qu'elle exerça sur celle-ci fut considérable et donna une orientation particulière à cette thérapeutique. Nous tacherons autant que faire se peut d'en rendre compte.

.....

*Communs sont dans le cercle commencement et fin.
Héraclite, Fragments¹.*

Mais avant toute chose, il nous faut informer le lecteur de ce que nous entendons par *cybernétique*.

..... Cybernétique

S'il fallait expliciter en préambule ce que recouvre le concept de « cybernétique », nous reprendrions la définition qu'en a donné l'auteur même de ce néologisme, à savoir Norbert Wiener. Selon ce dernier, la cybernétique incarne une théorie du contrôle et de la communication des machines et des êtres vivants³. Elle ne traite pas des objets mais des comportements⁴, c'est-à-dire des interactions entre un système et son environnement. Elle adopte une position systémique des choses et par-là même une explication de type circulaire des situations et événements envisagés.

Sachant cela, les concepts de base de la cybernétique sont la rétroaction (ou *feed-back*) et l'information⁵. Notions également importantes s'il en est pour la thérapie brève. Nous aurons l'opportunité d'y revenir ultérieurement.

L'information, pourrions-nous dire, est une suite continue ou discontinue d'événements mesurables distribués dans le temps⁶. Et selon Wiener, être vivant consiste justement à participer à ce type de courant continu d'influences venant du monde extérieur et d'actes agissants sur celui-ci⁷. Certains constructivistes des plus radicaux n'hésitent toutefois pas à prétendre que l'environnement ne contient pas d'information, mais que l'environnement est tel qu'il est⁸. Cette assertion n'est cependant pas de celle sur laquelle la cybernétique s'est fondée

pour se construire, elle dont l'étude fondamentale consiste précisément à se pencher sur la différence⁹ (qu'il s'agisse de deux objets distincts ou de l'évolution dans le temps d'un objet unique) source de changement. Et cette différence, pour Von Neumann, procède chez l'être humain d'une transmission d'information se réalisant en fonction de deux procédures que sont la transmission digitale et analogique¹⁰.

Considérant que l'on ne peut pas ne pas communiquer, la quantité d'information d'un message est inversement proportionnelle à sa probabilité d'apparition. Cette information n'est cependant pas une valeur intrinsèque du message mais bien une propriété émergente du contexte en lequel celui-ci est émis. Et par contexte, nous pouvons entendre dans le champ d'étude et de résolution de problèmes relationnels et humains, l'épistémologie de l'individu, son système de référence¹¹, etc.

Notons que la notion d'entropie consiste en une mesure négative de l'information. L'entropie est maximale, pouvons-nous considérer, lorsqu'un système a atteint son état définitif, c'est-à-dire un état où toutes les possibilités de changement sont épuisées¹². Une autre manière de décrire l'entropie consiste à reprendre l'assertion de Wiener pour qui un système isolé tend vers un état de désordre maximum¹³.

Tout système étant un ensemble d'éléments en interaction, la rétroaction (ou *feed-back*) est une action ou communication visant à répondre à une autre en fonction d'une finalité déterminée (le retour du système à son état d'équilibre appelé aussi

• Cybernétique et thérapie brève de Palo Alto • (suite) • • • • • • • • • •

homéostasie ou le maintien d'un certain écart par rapport à ce même état d'équilibre). Les éléments d'un système étant interdépendants, la modification d'une relation entre deux de ses éléments entraîne conséquemment une modification des autres relations et de l'ensemble du système. User de la notion de rétroaction suggère donc l'adoption d'une causalité circulaire et non plus linéaire des choses. La logique explicative peut y être renversée même si l'effet ne précède jamais la cause¹⁴. Et comme dit Héraclite, *communs sont dans le cercle commencement et fin*. Car l'on est souvent bien en peine de déterminer quelle est l'origine d'une boucle interactionnelle.

C'est donc la relation entre éléments et non pas la nature de ceux-ci qui intéresse le modèle cybernétique. Une des lois se dégageant des prémisses sur lesquels celui-ci s'appuie est l'équifinalité. Cette loi démontre qu'un même état final peut être atteint à partir de conditions initiales différentes ou par des chemins différents. Ce postulat, appliqué en le champ des relations humaines, dépathologise toute considération attribuant à l'un ou l'autre la cause du mal, et considère à rebours qu'une même « cause » ou condition initiale peut produire des états finaux forts différents.

Cela précisé, il nous faut admettre que nombre d'entre nous confondent encore *Théorie générale des systèmes* et *cybernétique*. Pour éviter toute confusion, nous devons considérer la cybernétique comme n'étant au fond qu'une partie de la théorie générale des systèmes au titre d'une théorie des systèmes contrôlés fondée sur la communication système-environnement et sur la communication

interne au système¹⁵. Les systèmes cybernétiques ne sont qu'un cas particulier des systèmes auto-régulés que la *Théorie générale des systèmes* étudie de manière plus exhaustive.

événements qui auraient eu le plus de chances de se produire, pour nous demander ensuite pourquoi un grand nombre d'entre eux ne se sont pas réalisés ; montrant ainsi que l'évène-



•••• Héritage

C'est à Bateson qu'est revenu le mérite d'avoir introduit et appliqué l'explication de type cybernétique au champ des sciences humaines, et plus particulièrement à l'étude de la communication. Ainsi considère-t-il, si l'explication de type causal est, en général, positive (nous disons, par exemple, que la boule de billard B s'est déplacée dans telle ou telle direction, parce que la boule de billard A l'a heurtée sous tel ou tel angle), l'explication de type cybernétique est toujours négative. C'est-à-dire qu'elle examine d'abord quels sont les

ment particulier étudiée était l'un des rares à pouvoir se produire effectivement¹⁶.

Mais si la cybernétique s'occupe du général et non du particulier, c'est pour se poser la question de savoir pourquoi les réalités se réduisent à une si petite portion des possibilités totales¹⁷.

Bateson a ainsi étudié sur base des postulats précités la communication animale et humaine, c'est-à-dire des systèmes qui sont liés par l'information et évoluent au gré de leur interaction avec l'environnement (ce changement naturel est dénommé « coécolution »). La diversité potentielle des conduites individuelles

est alors perçue comme restreinte par les apprentissages relationnels et par les conduites imposées par le jeu des interactions au sein des systèmes dont l'individu fait partie¹⁸. Le cours des événements est donc soumis à des restrictions, à des contraintes.

Appuyant sa réflexion sur la métaphore de l'information et non plus de l'énergie¹⁹, Bateson appréhende les symptômes non plus sous l'angle d'une pathologie d'ordre individuel mais bien plutôt comme un trouble relationnel, une adaptation particulière à un contexte déterminé. La psychopathologie, pour autant que cette expression ait du sens, peut alors se définir en termes de perturbations de la communication²⁰.

C'est des travaux de Grégory Bateson et de l'approche stratégique de Milton H. Erickson que l'école de Palo Alto va s'inspirer à travers l'association d'un collègue invisible (Jackson, Weakland, Fisch, Watzlawick, etc.) pour reprendre l'expression de Winkin.

Sous l'impulsion donc de multiples individus réunis au Mental research institute (MRI*) de Palo Alto, l'on verra fleurir nombre d'études desquels émergeront un modèle de résolution de problèmes relationnels.

•••••

La thérapie brève de Palo Alto

Selon Jay Haley, l'on peut dire qu'une thérapie est stratégique lorsque le praticien provoque ce qui se passe au cours de la thérapie et prévoit une approche singulière pour chaque

problème²¹. La différence entre l'influence, que ce type de psychothérapie reconnaît sinon revendique, et la manipulation étant que dans le premier cas c'est le patient qui fixe lui-même les objectifs de l'intervention. Dans le second cas, il en est exclu puisque c'est le thérapeute qui s'en charge.

La notion de brièveté est, elle, plus particulièrement liée à l'école de Palo Alto qui structure son travail sur un nombre maximum de dix séances. Cela lui évite de prolonger inutilement une thérapie arrivée à son terme ou jugée inefficace. Mais il s'agit aussi de s'essayer par cela à ce que la boucle « thérapeute - individu » ne devienne pas permanente afin que le patient retrouve rapidement son autonomie. C'est bien ce pourquoi le thérapeute ne règle pas lui-même le problème mais intervient de façon telle que le patient découvre ses propres moyens de le dépasser et donc ses possibles ressources.

La thérapie brève dont la modélisation et la pragmatique exige de répondre à quatre questions fondamentales par souci d'efficacité et afin de mieux cerner ce que pourrait revêtir la notion d'information pour les personnes concernées.

Ces questions sont :

- Quel est le problème ?
- Qui est le client ?
- Quelles sont les tentatives de solutions du client et/ou de l'entourage pour résoudre le problème ?
- Quel est l'objectif minimal (doit être formulé en termes comportementaux et relationnels) ?

Arrivé à cet endroit, il nous semble

opportun d'éclaircir quelques concepts clés de la thérapie brève et stratégique. Ainsi, un problème est-il appréhendé comme une difficulté persistante dont les tentatives de solution destinées à rétablir des conditions acceptables se sont montrées inefficaces. Lapidairement, un problème est par définition une difficulté qui se répète²². L'école de Palo Alto a également montré avec brio que ce sont les tentatives de solution qui entretiennent le problème (la différence entre une solution et une tentative de solution réside en l'efficacité de la première à résoudre le problème rencontré et éprouvé). Ainsi, la thérapie stratégique propose une rupture dans le système de réactions circulaires qui entretient le problème²³, en amenant, en autres, une redéfinition de la situation (c'est-à-dire à travers des feed-backs différents). Et ce parce que le problème... C'est la solution.

Ainsi une fois que la demande du patient a été suffisamment circonscrite et investiguée (la plainte de la personne doit être traduit en termes concrets sur ce qui la fait souffrir actuellement) et les objectifs fixés de façon tout aussi rigoureuse, le thérapeute possède à sa disposition deux grandes catégories d'intervention thérapeutiques : les injonctions comportementales et les techniques de recadrage.

Recadrer signifie modifier le contexte conceptuel et/ou émotionnel d'une situation ou le point de vue selon laquelle elle est vécue. C'est un peu changer la réalité, ou les éléments de celle-ci, du sujet. De manière un peu abrupte, disons que l'injonction comportementale a pour dessein de placer le patient dans un contexte où on lui demande de produire volontairement son symptôme, dont l'émission ne peut être que spontanée, mais

• Cybernétique et thérapie brève de Palo Alto (suite)

entraîne la perte de la qualité symptomatique de ce dernier. Et ce afin de stopper la tentative de solution inadéquate mais usuellement utilisée à travers le paradoxe du « sois spontané ».

Une résolution rapide, parce qu'efficace, d'un problème n'entraîne pas à sa suite l'émergence d'un symptôme substitutif à celui qui a disparu ou diminué. Le déplacement que certains présagent sinon annoncent gaillardement pour la thérapie brève n'est en rien constaté par la majorité des sujets qui s'y sont frottés. Ceux-ci ne nient cependant pas l'existence de difficultés appréciées comme inhérentes à la vie de chacun. Celle qui comporte son lot de peine et de joie.

Un problème n'existe que si quelqu'un le constate²⁴. Cette lapalissade que nous empruntons à Wittezaele recadre à sa manière la perception que l'on peut avoir d'un même comportement selon que l'on se montre soucieux d'une certaine cohérence. Ainsi l'échec scolaire d'un enfant de dix ans peut être vécu de façon préoccupante et dramatique pour les parents. Le jeune garçon peut lui n'en faire que peu de cas. La position qu'adopte l'école de Palo Alto consiste à travailler, dans ce genre de cas de figure, avec celui ou celle qui a un problème, au sens où il s'agit de celui qui ne parvient pas à bien vivre et/ou gérer la situation pour qu'elle devienne acceptable, et non pas inévitablement celui qui est pointé et identifié comme l'incarnant. Prosaïquement, a un problème en thérapie brève celui qui en souffre le plus. Il est ainsi parfois périlleux de faire accepter à des personnes venues consulter pour un problème avec leur fils ou fille le fait

que l'on ne rencontrera pas nécessairement leur enfant. Cela se révèle être un choc culturel plus facilement acceptable lorsque, en déculpabilisant les parents, on les associe à la thérapie pour les considérer comme faisant davantage partie de la solution que du problème.

Il n'en apparaît pas moins qu'il est fort peu aisé d'évaluer un changement quand la vie elle-même se transforme. Qui y prête attention pourra éventuellement s'en convaincre et aimer cela. L'activité thérapeutique qu'adopte l'école de Palo Alto consiste alors à modifier certaines boucles interactionnelles afin que le patient puisse retrouver ou créer un rapport à son environnement plus satisfaisant.

•••• Notes

(1) Héraclite, *Fragments*, Fata Morgana, 1992, p. 65.

(2) Lire la critique de Atlan H., « L'homme : système ouvert » in *L'unité de l'homme – Tome 3. Pour une anthropologie fondamentale*, Sous la dir. de Morin E., Piatelli-Palmarini M., Paris, Seuil, 1974, p. 21-24.

(3) Le terme « cybernétique » est tiré d'un mot grec synonyme de *pilote* nous déclare Wiener. Lire « Sur l'origine du mot « cybernétique » » in *Cybernétique et Société*, de Wiener N., Paris, Ed. des Deux-Rives, 1952, 287-288.

(4) Ashby W.R., *Introduction à la cybernétique*, Paris, Dunod, 1958, p. 1.

(5) Von Bertalanffy L., *Des robots, des esprits et des hommes*, Paris, ESF, 1982, p. 75.

(6) Voir Lugan J.-C., *La systémique sociale*, Paris, P.U.F., 1993, p.26.

(7) Wiener N., *Cybernétique et société*, Paris, Ed. des Deux-Rives, 1952, p. 173.

(8) Von Foerster H., « Notes pour une épistémologie des objets vivants » in *L'unité de l'homme – Tome 2. Le cerveau humain*, sous la dir. de Morin E., Piatteli-Palmarini M., Paris, Seuil, 1974, 139-155.

(9) Une information, pour reprendre Bateson, consiste en des différences qui font une différence. Lire à ce sujet Bateson G., *La nature et la pensée*, Paris, Seuil, 1984.

(10) « Quand on examine le système nerveux central, on discerne des éléments qui appartiennent aux deux procédures : analogique et digitale... Le neurone transmet une impulsion... Il semble que cette impulsion nerveuse soit, globalement, du type tout-ou-rien, un peu comme un chiffre binaire. Il est donc évident qu'il y a un élément digital, mais il est évident qu'il existe dans l'organisme diverses séquences fonctionnelles composites qui doivent passer par diverses étapes depuis le stimulus original jusqu'à l'effet ultime, et que certaines de ces étapes sont neurales, c'est-à-dire digitales, quand d'autres sont humorales, c'est-à-dire analogiques. » (Von Neumann J., *Théorie générale et logique des automates*, Seyssel, Ed. Champ Vallon, 1996, p. 73).

(11) De l'examen des contextes, nous pouvons dégager une sorte de *weltanschauung*, de vision du monde de l'individu.

(12) Lire en ce sujet Spire A., *La pensée Prigogine*, Paris, Desclée de Brouwer, 1999, p.15.

(13) Wiener N., *Cybernétique et société*, Paris, Ed. des Deux-Rives, 1952, p. 37.

(14) Bateson G., *La nature et la pensée*, Paris, Seuil, 1984, p. 67.

(15) Von Bertalanffy L., *Théorie générale des systèmes*, Paris, Dunod, 1973, p. 20.

(16) Bateson G., *Vers une écologie de l'esprit – Tome 2*, Paris, Seuil, 1980, p.155.

(17) Ashby W.R., *Introduction à la cybernétique*, Paris, Dunod, 1958, p.157.

(18) Wittezaele J.-J., *Cybernétique et psychothérapie*, Cybernetica, Vol. 37, 1994, 393-406.

(19) A ce titre de Rosnay déclare que « Dans les organismes vivants, l'utilisation de l'énergie est contrôlée par l'information » (de Rosnay J., *L'homme symbiotique*, Paris, Seuil, 1995, p. 209.).

(20) Ruesch J., « Communication et maladie mentale » in *Communication et société*, Bateson G., Ruesch J., Paris, Seuil, 1988, 67-111.

(21) Haley J., *Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson*, Desclé de Brouwer, Paris, 1995, p. 21.

(22) Fisch R., Weakland J.H., Segal L., *Tactiques du changement*, Seuil, Paris, 1986, p.33.

(23) Nardone G., Watzlawick P., *L'art du changement*, L'Esprit du Temps, Bordeaux, 1993, p. 79.

(24) Wittezaele J.-J., *Communication et résolution de problèmes à l'école. L'approche de Palo Alto*, Bulletin de Psychologie Scolaire et d'Orientation, n°2, 1997, 53-90.

••••

Bibliographie

Ashby W.R., *An introduction to cybernetics*, London, Chapman & Hall, 1956 ; trad. fr. : *Introduction à la cybernétique*, Paris, Dunod, 1958.

Bateson G., *Steps to an Ecology of Mind*, New-York, Chandler Publishing Company, 1972 ; trad. fr. : *Vers une écologie de l'esprit – Tome 2*, Paris, Seuil, 1980.

Bateson G., *Mind and Nature. A Necessary Unity*, New-York, Dutton, 1979 ; trad.fr. : *La nature et la pensée*, Paris, Seuil, 1984.

Fisch R., Weakland J.H., Segal L., *The Tactics of Change. Doing Therapy Briefly*, San Francisco, Jossey-Bass Inc., 1982 ; trad.fr. : *Tactiques du changement*, Seuil, Paris, 1986.

Haley J., *Uncommun Therapy*, New-York, Norton & Comp. Inc., 1973 ; trad.fr. : *Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson*, Desclé de Brouwer, Paris, 1995.

Héraclite, *Fragments*, Fata Morgana, 1992.

Lugan J.-C., *La systémique sociale*, Paris, PUF, 1993.

Morin E., Piatelli-Palmarini M., *L'unité de l'homme – Tome 3. Pour une anthropologie fondamentale*, Paris, Seuil, 1974.

Nardone G., Watzlawick P., *L'Arte del cambiamento*, Florence, Ponte alle Grazie, 1990 ; trad.fr. : *L'art du changement*, L'Esprit du Temps, Bordeaux, 1993.

Spire A., *La pensée Prigogine*, Paris, Desclée de Brouwer, 1999.

Rosnay de J., *L'homme symbiotique*, Paris, Seuil, 1995.

Ruesch J., « Communication et maladie mentale » in *Communication. The Social Matrix of Psychiatry*, New-York, Norton & Comp., 1951 ; trad. fr. : *Communication et société*, Bateson G., Ruesch J., Paris, Seuil, 1988, 67-111.

Von Bertalanffy L., *General system theory*, New-York, George Braziller, 1968 ; trad. fr. : *Théorie générale des systèmes*, Paris, Dunod, 1973.

Von Bertalanffy L., *Robots, men and minds*, New-York, George Braziller, 1967 ; trad. fr. : *Des robots, des esprits et des hommes*, Paris, ESF, 1982.

Von Foerster H., « Notes pour une épistémologie des objets vivants » in *L'unité de l'homme – Tome 2. Le cerveau humain*, sous la dir. de Morin E., Piatelli-Palmarini M., Paris, Seuil, 1974.

Von Neumann J., *The General and Logical Theory of Automata*, New York, Lloyd A. Jeffries ed., 1951 ; trad. fr. : *Théorie générale et logique des automates*, Seyssel, Ed. Champ Vallon, 1996.

Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D., *Une logique de la communication*, Seuil, Paris, 1972.

Wiener N., *Cybernetics*, New-York, John Wiley & Sons, 1948.

Wiener N., *The Human Use of Human beings : Cybernetics and Society*, Avon, New-York, 1967 ; trad. fr. : *Cybernétique et Société*, Paris, Ed. des Deux-Rives, 1952.

Winkin Y., *La nouvelle communication*, Paris, Seuil, 1981.

Wittezaele J.-J., *Cybernétique et psychothérapie*, Cybernetica, Vol. 37, 1994, 393-406.

*MRI : centre de consultation, de recherche et de formation en psychothérapie situé à Palo Alto - Californie.

Les métaux lourds en dentisterie

Alexandre Libert, dentiste à la maison médicale Kattebroek

Les caries dentaires constituent un gros problème de santé publique. Inciter la population à les soigner et à faire vérifier régulièrement l'état de sa dentition est un objectif reconnu par tous.

Mais les métaux lourds employés dans les amalgames destinés à soigner les caries soulèvent certains points quant à leur toxicité. Que faut-il en penser ?

La carie dentaire est un phénomène chimique de dissolution en milieu acide des cristaux d'émail et de dentine qui constituent les couches superficielles des dents. La diminution locale du taux d'acidité vient principalement de la dégradation du sucre par des bactéries « cariogènes » en anaérobiose, ce qui transforme la molécule de sucre en acide lactique. La carie découle donc de trois phénomènes importants :

- La présence de bactéries à la surface dentaire en nombre suffisamment élevé pour pouvoir diminuer localement le taux d'acidité (attaque acide locale) ;
- La possibilité pour ces bactéries de « manger » dans un milieu anaérobie (sous une couche importante de débris alimentaires divers par exemple) ;
- La présence de sucre.

La prévention par le brossage avec dentifrice fluoré, le passage de fil dentaire et/ou de brossettes interdentaires reste encore actuellement le meilleur moyen de prévenir la carie. Malgré cela, la carie dentaire reste un problème récurrent de santé publique. A travers les siècles, nous sommes passés de l'extraction des dents trop cariées à un système de plus en plus complexe d'entretien et de réparation des dégâts causés par la carie dentaire.

Les amalgames d'argent ont été introduits en dentisterie au 19^{ème} siècle pour reconstruire la dent afin de permettre la remise en fonction correcte de l'appareil masticateur. En gros, il s'agit d'un procédé d'alliage à froid entre deux poudres de métaux (le cuivre et l'argent) catalysé par le mercure : $Ag + Cu + 2Hg = AgHg + CuHg = AgCu + 2Hg$

Depuis, certains durcisseurs ont été rajoutés et les quantités de mercure ont été fortement réduites dans l'alliage.

Pourquoi utiliser des amalgames d'argent ?

Les amalgames d'argent sont utilisés comme matériaux de reconstruction de prédilection par les dentistes pour les raisons suivantes :

- Leur facilité d'emploi, leur sculpture, leur entretien et leur remplacement. Ils ne craignent pas la salive, leur mise en place demande peu de précautions particulières, et ils offrent une grande rapidité d'exécution tout en laissant un temps de travail raisonnable au praticien pour peaufiner son travail ;

- Leur très bonne résistance mécanique à l'abrasion et à la compression ;
- Leur bonne étanchéité primaire : dans la cavité dentaire, après l'enlèvement mécanique de la carie (par les fraises), les amalgames d'argent sont condensés, avant leur durcissement complet, à l'aide de fouloirs ce qui rendra virtuel l'espace entre la dent et l'amalgame d'argent. Nous obtiendrons une étanchéité par compression de l'amalgame d'argent contre les parois dentaires ;
- La longévité de ce type de reconstruction même après une perte d'étanchéité : l'argent sous forme de sel ionique a un pouvoir bactériostatique (c'est-à-dire inhibant le développement des bactéries), or la carie a besoin d'un certain pool de bactéries pour pouvoir se développer (diminuer localement l'acidité). Cette propriété bactériostatique des amalgames d'argent (sels d'argent) ralentit donc l'apparition de carie secondaire à l'interface dent-reconstruction ;
- Le dernier point important est le coût de ce type de reconstruction. Il a une durée de vie de cinq à dix ans, ne coûte presque rien en matière première et est rapide à mettre en place pour de très bons résultats.

Mais les amalgame d'argent ont quelques inconvénients :

- Le mercure rentre dans leur composition à des concentrations plus ou moins élevées en fonction de la qualité et de la marque utilisée. Lors du placement, la condensation de l'amalgame d'argent fera remonter le mercure (qui est liquide à température ambiante) à la surface de la reconstruction. Une grosse part de

ce mercure sera alors éliminée dans les cotons, le crachoir et dans la pompe à salive. Cependant, une partie de ce mercure se retrouvera « prisonnier » de l'amalgame d'argent solidifié dont une infime partie sera libérée lors de la mastication ou du brossage sous forme de vapeurs de mercure ;

- L'aspect inesthétique du métal et les colorations dentaires par les sels d'argent les rendent actuellement difficile à utiliser pour les reconstructions des dents de devant ;
- Le cuivre et l'argent sont de bons conducteurs, ce qui peut augmenter les sensibilités au froid après traitement ;
- Avec le temps, les amalgames d'argent s'oxydent ce qui leur donne un aspect noirâtre. Ces oxydes d'amalgame d'argent marqueront la gencive comme des tatouages et la toxicité du mercure peut entraîner de légères récessions gingivales ;
- La rétention de la cavité, taillée par le dentiste, maintiendra l'amalgame d'argent en place. L'étanchéité de celui-ci vient de la pression exercée par l'amalgame d'argent contre la paroi dentaire lors de la condensation (l'espace dent-amalgame d'argent devient virtuel). Mais, avec le temps, les joints de la reconstruction perdent leur étanchéité. En effet, le coefficient de dilatation des amalgames d'argent est différent de celui de la dent. Donc, chaque fois que nous mangeons chaud ou froid, cet espace virtuel se dilate. De plus, le coefficient d'usure à la friction de la dent est différent de celui de l'amalgame d'argent. Ces deux phénomènes induiront l'apparition de petits escaliers (rétentions), à la surface du joint dent-amalgame d'argent, qui permettront aux bacté-

ries de s'y accrocher et de l'attaquer. Le joint finira par percoler (carie secondaire). Ces joints demandent donc un entretien régulier chez le dentiste qui en vérifiera la bonne étanchéité et qui repolira l'amalgame d'argent pour éliminer toute rétention éventuelle.



La toxicité des métaux lourds

Les plus toxiques sont le cadmium (présent dans les prothèses dentaires), le mercure (présent dans les amalgames d'argent) et le plomb.

Le mercure est présent sous forme élémentaire liquide dans l'amalgame d'argent (catalyseur de l'alliage) mais il a tendance à se vaporiser. Il change aussi facilement de solubilité (lipophile ou hydrophile) en fonction des éléments auxquels il se lie. Le mercure s'assimile donc assez facilement dans le corps et il franchit aisément les barrières naturelles.

La forme liquide élémentaire est néanmoins peu toxique pour le corps humain (elle était encore utilisée, il y a peu comme vermifuge), mais la forme gazeuse, elle, est plus dangereuse (meilleure assimilation). En effet, sous forme de vapeur, elle va descendre au fond des alvéoles pulmonaires, où elle se lie à des composés organiques (affinité pour les dérivés soufré et hydrocarboné). Ce mercure lié va s'accumuler dans différents tissus. Au-delà d'une certaine quantité, ce mercure, qui est très mal éliminé, deviendra toxique pour ces tissus. Le gros problème de ces métaux réside donc dans l'effet cumulatif des différentes expositions durant la vie (phénomène d'accumulation cumulative).

Les principaux tissus cibles pour le mercure sont :

- Le système nerveux central et périphérique qui montre des dégénérescences liées principalement au diméthylmercure ;
- Le système immunitaire qui est attaqué au niveau des molécules soufrées de ses immunoglobulines (anticorps). Le mercure est donc immuno-toxique localement par contact mais aussi par voie générale ;
- Les reins qui verront leur tubuline dégradée, diminuant la fonction rénale ;
- Les intestins où il induirait certains cancers (gros mangeurs de poissons dont la chair contient beaucoup de méthylmercure).

Précisons quand même qu'il faut être porteur de quantité importante de mercure pour développer ce genre de symptômes, ce qui implique une exposition répétée ou très importante.



Le développement de nouvelles techniques d'obturations alternatives et esthétiques

L'un des principaux défaut de l'amalgame d'argent réside dans le côté inesthétique de ce type d'obturation. Aussi, début 1970, les firmes pharmaceutiques ont mis au point de nouveaux matériaux de reconstruction esthétiques : les ionomères de verres et les résines composites, dont les larges palettes de couleurs permettent une belle finition esthétique.

Ces nouvelles obturations présentent néanmoins plusieurs inconvénients :

• Les métaux lourds en dentisterie • (suite) • • • • • • • • •

difficiles à mettre en œuvre, elles demandent la mise en place d'un système de collage qui se place sur une surface séchée (difficulté dans une bouche pleine de salive). Le composite ne supporte pas d'être exposé à la salive (il y perd une partie de son pouvoir liant et il risque une contamination bactérienne). Il n'est pas foudable ce qui peut engendrer des bulles entre les différentes couches, des pertes d'étanchéité, des microfissures et des douleurs à la compression. Ces derniers problèmes sont accentués par une rétraction de prise lors de la polymérisation du composite, ce qui oblige le praticien à placer cette reconstruction en strates successives. Il en découle un nombre accru de manipulations et un temps de placement fortement augmenté (il faut quarante secondes de polymérisation par couche !), ce qui augmente fortement le risque de contamination de la reconstruction et le risque d'erreur de manipulation. Le composite n'a pas de pouvoir bactériostatique connu ; une contamination salivaire, et donc bactérienne, se traduit donc par une récurrence rapide de la carie (carie secondaire).

Il existe actuellement un débat sur la toxicité pulpaire de ces matériaux composites mais il ne fait aucun doute que leurs composants sont irritatifs et allergènes au contact des tissus (gencive, parodonte, risque aussi pour le praticien d'allergie de contact). Le méthacrylate, les monomères et les solvants présents dans la composition des matériaux composites sont connus pour être cancérigènes dans les milieux industriels où ils sont manipulés en grande quantité. Les solvants ont aussi une neurotoxicité bien documentée en médecine du travail, ils

provoquent des dégâts importants et irréversibles dans le système nerveux central. Bien entendu, nous parlons ici d'une exposition importante de type industrielle aux composantes chimiques des composites. Je n'ai trouvé à ce jour aucune étude sérieuse sur les risques en santé publique de l'exposition chronique des patients aux composites dentaires. Les concentrations et le nombre de composites présents en bouche restent faibles et le risque est dès lors probablement négligeable pour le patient. Mais qu'en est-il pour le praticien exposé à longueur d'année à ces produits ?

D'après différentes études in vitro, la polymérisation des composites montre une perte rapide de l'étanchéité des joints et une polymérisation incomplète du matériau dans lequel il peut rester jusqu'à 50 % de monomères ou de polymères non liés à la masse... En trois à cinq ans, cette partie non liée finira par rendre poreuse l'obturation, ce qui aura comme conséquence une certaine fragilité à la compression (mastication), l'apparition de colorations inesthétiques (dans la masse ou sur les joints) et des récurrences rapides de carie (percolation du joint et colonisation bactérienne du matériau devenu poreux).

Les plus gros problèmes des matériaux composites sont donc la mauvaise biocompatibilité, la difficulté de mise en œuvre, la durée de vie moindre de l'obturation en bouche et sa relative fragilité.

Nous manquons aussi d'étude sur les risques de ces matériaux sur la santé publique à long terme (reconnu pour le mercure mais rien n'est démontré pour le composite).

Il existe bien d'autres matériaux utili-

sés en prothèses fixes (bridges, couronne, inlays, etc.) mais ils ne sont pas pris en charge par les mutuelles en Belgique. Ce sont la porcelaine et des alliages d'or, de palladium, d'argent, de nickel-chrome et de chrome-cobalt ; les deux derniers étant connus pour leurs propriétés allergènes chez certaines personnes. Le temps de préparation (taille, empreinte, travail du laboratoire, collage) et le coût de ce type de prothèse restent les principaux obstacles à leur utilisation massive, car ils présentent de nombreux avantages dont la bonne bio-compatibilité, la longévité, l'esthétique, l'étanchéité, une certaine facilité pour la mise en œuvre du travail et de son placement.

•••• **La toxicité relative des amalgames d'argent et de leurs résidus mercuriels**

Les amalgames d'argent ne représentent pas la plus grosse exposition au mercure. Il existe de nombreuses sources d'exposition au mercure, tels les thermomètres ou les désinfectants cutanés utilisant des dérivés mercuriels comme principe actif ; mais la principale source de mercure est à chercher dans les diverses pollutions industrielles tels les incinérateurs ou les déchets industriels. Ces polluants peuvent se retrouver par la suite dans l'air que nous respirons ou dans nos assiettes (il faut savoir que la chair de poisson renferme une grosse quantité de méthylmercure néphrotoxique et inducteur de cancer du colon). Les déchets mercuriels sont donc une grosse cause de pollution de l'environnement par les industries ; mais les déchets dentaires sont



recupérés par des récupérateurs d'amalgame d'argent qui sont fournis avec le système d'aspirations des « unit » dentaires. Ces déchets, seront traités et triés par des firmes spécialisées agréées par l'état.

Il faut reconnaître l'existence d'une corrélation entre le nombre d'amalgames d'argent présents en bouche et l'absorption de vapeurs mercurielles par le corps. Les différentes études ont montré une diminution de la charge de mercure présent dans les cheveux et les urines quelques mois après avoir retiré les amalgames d'argent de la bouche ! Mais les taux présents de mercure d'origine dentaire sont en dessous du seuil minimum pour induire les symptômes décrits plus haut, sauf de rares cas d'hypersensibilité. Différentes études ont montré, pendant la mastication, des taux de vapeurs mercurielles largement inférieures aux normes journalières préconisées par les pays européens et les Etats-Unis (la *Food and drug administration* en autorise l'utilisation).

Il faut rappeler que le dentiste sera la personne la plus exposée à ces vapeurs de mercure vu la quantité d'amalgame d'argent placé et enlevé chaque jour au cabinet. Or, les dentistes ne présentent pas plus de pathologie d'intoxication au mercure que la population générale. Près de 80 % de la population européenne porte de l'amalgame d'argent en bouche.

La Commission européenne a mis en place une commission d'évaluation des risques en santé publique des amalgames d'argent. Les conclusions du groupe furent les suivantes :

- Les quantités de mercure présentes dans les amalgames d'argent ne sont en général pas suffisantes pour induire un processus pathologique chez le porteur.
- Le coût économique du remplacement des amalgames d'argent est impossible à payer pour les institutions de remboursement des soins de santé.
- Il n'existe actuellement aucun matériau de substitution aussi performant en terme de facilité de mise en place et de longévité ayant une meilleure bio-compatibilité (hormis les prothèses fixes qui font appel à un prothésiste pour leur réalisation).
- Après évaluation des risques par rapport aux avantages observés, sans mettre en danger la vie du porteur, l'amalgame d'argent reste un des matériaux de choix dans les reconstructions dentaires.

Actuellement, sauf quelques pays nordiques qui ont interdit leur utilisation sous le principe de précaution (sans demander le remplacement des amalgames d'argent déjà placé en bouche), aucun pays n'en a interdit l'usage.

Les derniers éléments plaidant en leur faveur sont la facilité de mise en place par le praticien, le temps réduit de placement, le moindre coût du matériel et l'effet bactériostatique.

Il faut néanmoins éviter de les placer dans certains cas particuliers :

- Les femmes enceintes. Le mercure

passé la barrière placentaire et se retrouve en petite quantité dans le lait maternel. Le bébé étant plus fragile, il est dès lors déconseillé de déposer ou de placer des amalgames d'argent durant cette période ;

- Les cas d'insuffisance rénale où le mercure largué par les amalgames d'argent risque d'aggraver la pathologie ;
- Les cas avérés de sensibilité aux métaux lourds ;
- Les personnes déjà fort exposées professionnellement au mercure.

•••• Conclusion

Le mercure et ses dérivés sont indéniablement toxiques et polluants. Les amalgames d'argent représentent une infime partie de cette pollution environnementale et « corporelle ». Il ne faut donc pas la négliger, mais les avantages tant pour le praticien que pour le patient sont importants. Les autres matériaux mis à notre disposition ne révèlent pas de meilleure bio-compatibilité, si ce n'est les alliages précieux et semi-précieux utilisés en prothèse fixées (couronnes, bridges) mais qui présentent des coûts de fabrication élevés (qui payera ?). Faut-il dès lors se passer de l'amalgame d'argent ?

Chaque praticien de l'art dentaire doit estimer les risques encourus pour lui et son patient lors du choix du matériel de reconstruction, mais la meilleure attitude reste la prévention de la carie.

Je remercie les membres de la maison médicale Kattebroeck pour leurs conseils lors de la relecture du texte, le parodontologue Debeule F., pour sa documentation, et le D^r Namour S. pour son aide précieuse.

L'industrie du tabac et la prévention, ou l'art de montrer patte blanche

Marianne Prévost, sociologue, chargée de mission à la Fédération des maisons médicales

L'industrie du tabac a-t-elle une âme ? Pas beaucoup à première vue, penseraient d'aucuns ; mais elle compense ses méfaits en finançant généreusement des campagnes de prévention du... tabagisme chez les jeunes ! Ainsi, en 2001, Philip Morris pouvait se targuer de soutenir plus de cent trente programmes disséminés à travers septante pays... Ce qui est particulièrement admirable puisque les jeunes constituent un solide marché potentiel... Oui mais, rétorquent des professionnels de santé suspicieux, tout cela n'est que façade, couverture et faux semblant ; quelques-uns de ces méfiants, particulièrement fouineurs, ont examiné des centaines d'archives rendues publiques suite aux procès intentés à l'industrie du tabac dans les années '90. Il en ressort un remarquable article publié dans l'American Journal of Public Health, dont les auteurs étudient de manière approfondie ce qui se cache derrière les bonnes intentions - et cette analyse laisse, hélas, peu de doute quant à la vertu des fabricants de cigarette.

Nous présentons ici quelques points saillants de cet article, en conseillant au lecteur de s'y reporter : il contient cent septante-trois références qu'il est impossible de reproduire ici, et fait partie de tout un dossier consacré par l'American Journal of Public Health à la problématique du tabac (Anne Landman, BA, Pamela M. Ling, MD, MPH and Stanton A. Glantz, PhD, « Tobacco Industry Youth Smoking Prevention Programs : Protecting the Industry and Hurting Tobacco Control », American Journal of Public Health, June 2002, Vol 92, N° 6).

••••• Nous aussi, on aime les jeunes

C'est dans les années 80 que l'industrie du tabac commence à émerger sur le terrain de la prévention, avec différentes stratégies bien articulées. Les premières campagnes s'adressent directement aux jeunes ou à leurs parents ; dès le début des années 90, des actions spécifiques s'adressent aux détaillants ; vers la fin des années 90, l'industrie forge des alliances avec des organisations reconnues, menant des activités destinées à la jeunesse. Une fois bien mises au point aux Etats-Unis, ces stratégies seront progressivement répandues à travers le monde entier.

Pourquoi un tel zèle ? A l'époque, deux grands dangers menacent sérieusement l'industrie du tabac aux Etats-Unis : d'une part, le public devient de plus en plus critique vis-à-vis des pratiques publicitaires, et le mouvement des droits des non-fumeurs commence à émerger ; d'autre part, les autorités envisagent de prendre des mesures légales pour limiter la promotion de la cigarette, qui est en passe de franchir certaines limites. Ainsi par exemple, en 1978, le secrétaire de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être accuse l'industrie du tabac de faire du marketing vers les enfants (notamment en utilisant des bandes dessinées, des « cartoons ») ; la Commission fédérale du commerce examine la possibilité de réguler la publicité ; de nombreux états envisagent d'interdire les distributeurs automatiques, la distribution d'échantillons gratuits, les comptoirs self service, la publicité près des écoles...

Il faut réagir, en force et de toute

urgence ! Le président de l'Institut du tabac observe dans le meeting annuel de 1982, que « l'image de lobby imbattable qu'avait l'industrie a été fissurée ». Le même Institut suggère très vite des pistes intéressantes, dans une présentation confidentielle (écrite sans doute vers 1982-83) relative au « développement de la stratégie de l'industrie du tabac » : « Adopter des programmes socialement responsables pourrait avoir l'impact positif suivant : une compréhension plus fine, chez les décideurs, des besoins et des comportements de l'industrie. Par exemple, proposer un programme qui découragerait les adolescents de fumer permettrait de prévenir ou de retarder des mesures de régulation prises à l'encontre de l'industrie du tabac ».

••••• La faute aux parents incompétents et aux mauvaises fréquentations

Un document de travail provenant aussi de l'Institut du tabac (1991) clarifie les enjeux et les stratégies de manière encore plus précise :

« Le programme jeune soutient l'objectif de l'Institut : décourager les mesures contre-productives de restriction vis-à-vis de la publicité, qui pourraient être prises à tous les niveaux (local, étatique, fédéral) :

- en montrant de manière évidente, continue et persuasive, que l'industrie décourage activement le tabagisme des jeunes et en fournissant une vérification indépendante de la validité de ces efforts ;
- en renforçant la croyance selon laquelle la pression des pairs – et non pas la publicité – est la cause

- du tabagisme des jeunes ;
- en s'annexant les tendances politiques centristes et en acculant les anti-fumeurs à des positions extrêmes.

La stratégie est parfaitement simple :

- promouvoir avec insistance l'opposition de l'industrie au tabagisme des jeunes ;
- aligner l'industrie sur des conceptions plus larges, plus complexes du problème, par exemple l'incapacité des parents à contrebalancer la pression des pairs ;
- travailler, pour attaquer le « problème », avec des éducateurs et des professionnels du bien-être des jeunes qui sont crédibles ;
- amener les mouvements anti-tabac à critiquer les efforts de l'industrie. Focaliser les media sur l'extrémisme des « antis ». Anticiper et éteindre leurs arguments les plus forts... afin de se positionner. Une médiatisation très large... permet, et c'est important, d'informer le public que l'industrie *dit* qu'elle essaie de faire une bonne action (« *the right thing* »).

(les italiques et guillemets se trouvent dans le document original !)

C'est assez limpide... mais comment les fabricants de cigarettes peuvent-ils donc bien élaborer des campagnes de prévention sans scier la branche sur laquelle ils sont assis ? C'est, encore une fois, parfaitement simple : toute la finesse consiste à élaborer, en s'entourant des compétences nécessaires, des messages qui ne contredisent pas ou n'interfèrent pas avec la publicité - dont l'impact se voit par ailleurs minimisé, puisque la responsabilité du tabagisme des jeunes



repose sur « l'incapacité » des parents...

••••

Soyons positifs et ambigus

Le principe de base, c'est de voiler pudiquement les effets négatifs du tabac : ceux-ci ne sont jamais abordés dans ces campagnes, pas plus que l'effet addictif de la nicotine, et ce n'est évidemment pas un hasard : « J'aimerais construire notre propre scénario sur la cigarette - n'abordant aucune implication sur la santé, mais positivisant le fait que les adolescents n'ont pas besoin de fumer pour avoir l'air grands, ne doivent pas suivre aveuglément l'exemple des autres, etc. Je pense à consulter un psychologue qui a été un leader dans la recherche du Gouvernement fédéral sur le tabagisme jusqu'à sa retraite en 1978 ; s'il pouvait être persuadé de nos bonnes intentions et nous donner la vision du psychologue sur la manière d'aborder cela sans parler de la santé » (extrait d'une lettre écrite en 1984 par la vice-présidente de l'Institut du tabac).

Une démarche positive, basée sur l'étude des facteurs expliquant les comportements, et qui n'« assomme » pas les jeunes en brandissant la crainte d'effets négatifs à long terme : beaucoup de professionnels de l'éducation

à la santé peuvent se retrouver dans cette approche... Mais tout l'art consiste à construire des messages pervers ou ambigus : le tabagisme des jeunes est présenté de manière récurrente comme un acte de rébellion, « un

choix d'adulte », la cigarette devenant un « fruit défendu ». C'est l'enfance de l'art du message contre-productif (ou très productif, en l'occurrence) : quel jeune n'a pas le désir de goûter au fruit défendu, de se rebeller, d'affirmer qu'il a l'âge de faire un choix adulte - surtout si on lui dit qu'il est trop jeune pour ça ? Une recherche de marketing faite pour Imperial Tobacco en 1977 explique fort bien l'attrait du « fruit défendu » : « Bien évidemment, un des éléments très attractifs de la cigarette est d'être un fruit défendu. Où qu'ils se tournent, les adolescents sont face à des conseils de ne pas fumer. Les lectures scolaires, les professeurs, les parents (même ceux qui fument) leur disent de ne pas fumer. Dès lors, quand un adolescent cherche quelque chose qui, en même temps, le fait se sentir différent, et lui fait sentir qu'il est assez grand pour ignorer le poids de l'autorité, de manière à ce qu'il puisse faire son propre choix, que pourrait-il trouver de mieux qu'une cigarette ? ». En 1999, Philip Morris publie dans différents magazines une série de messages en pleine page, destinés aux parents : ils représentent une coupe de fruits, ou un verre de lait avec des gâteaux, assortis de petites questions sybillines qui pourraient bien titiller l'intérêt des jeunes : « quelles autres choses mettez-vous hors de portée de vos enfants ? », « que laissez-vous à portée de vos enfants ? ».

• L'industrie du tabac et la prévention, ou l'art de montrer patte blanche • (suite)

Un effet secondaire très intéressant des campagnes de prévention, c'est qu'elles légitiment la recherche sur les jeunes (il faut bien connaître le public cible), à un moment où les études publicitaires devenaient de plus en plus inavouables. Menée au nom de la prévention, la recherche permet de collecter tranquillement des données qui - comme la science fait parfois bien les choses !- peuvent très bien être exploitées pour promouvoir le tabac auprès des jeunes. Prévenir ou promouvoir le tabagisme... les thèmes étudiés sont sensiblement les mêmes : style de vie, activités de loisirs, aspirations, attitudes vis-à-vis du tabac...

L'analyse d'une étude faite en 1992 pour Philip Morris (par son agence de publicité) illustre bien les processus à l'œuvre. L'objectif est ici de « comprendre les dynamiques à l'œuvre lorsque les jeunes de 12-17 ans résistent ou succombent à la pression sociale, particulièrement quand il s'agit de décider de ne pas fumer ».

La recherche indique que cette tranche d'âge comporte en fait deux sous-groupes qui ont des sensibilités différentes : les plus jeunes ne réagissent pas à la publicité comme les plus âgés, ces derniers s'identifient aux jeunes adultes, et chacun est plus sensible aux messages mettant en scène des jeunes du sous-groupe auquel il s'identifie. En conclusion, Philip Morris créera des messages de prévention mettant en scène des jeunes de 10-14 ans : ces messages n'attireront pas l'attention des 15-17 ans - chez qui justement, le risque de devenir fumeur est le plus élevé ; ils resteront dès lors vulnérables à la publicité ciblant les jeunes adultes...

•••• **Comment faire un tabac avec une loi anti-tabac ?**

Un argument assez peu efficace (voire même contre-productif) pour lutter contre le tabagisme chez les jeunes, c'est l'interdiction légale (en vigueur aux Etats-Unis pour les moins de dix-huit ans). Eh bien, justement, c'est l'argument central d'un programme ciblant les détaillants. La campagne « *It's the Law* » (C'est la loi), lancée en 1990 par l'Institut du tabac et que Philip Morris reprendra dans son programme « *Action Against Access* » encourage les détaillants à disposer des autocollants, des avertissements stipulant qu'ils ne vendent pas de cigarettes aux moins de dix-huit ans. Une série d'e-mails échangés entre de hauts responsables de Philip Morris montrent que cette action a été largement médiatisée dans des lieux où l'on pouvait être sûr de toucher des responsables - mais pas trop de jeunes.

Les programmes *We Card, Ask First*, sont basés sur le même type d'argumentaire. Quel est leur intérêt ? Montrer bien sûr, la bonne volonté des fabricants de cigarettes, qui peuvent ainsi arguer de l'inutilité des réglementations. Mais aussi, créer de nouvelles alliances : un rapport confidentiel écrit en 1992 par un haut responsable de l'Institut du tabac précise ainsi que « à des fins de monitoring, nous avons financé nos alliés dans les commerces de proximité pour qu'ils nous informent régulièrement de l'introduction d'ordonnances légales, et qu'ils nous assistent dans les campagnes, afin de stopper les mesures déraisonnables. La promotion du programme « *Its the law* » et d'autres programmes de l'industrie,

jouent aussi un grand rôle à cet égard ». Et, chez Philip Morris, en 1994 : « Nous avons besoin d'un système efficace pour savoir quand et où des réglementations locales sont proposées, que ce soit lors de « *meetings* » en ville, dans les conseils de cités, ou par les bureaux sanitaires (*Boards of Health*). En travaillant avec l'Association des commerces de proximité de la Nouvelle Angleterre et avec d'autres compagnies de tabac, nous avons développé un réseau grâce auquel les détaillants locaux peuvent nous assister en nous informant sur les activités législatives dans chaque communauté du Massachusetts. Nous avons découvert qu'avoir suffisamment d'avance (sur les décisions), et avoir quelqu'un sur place, cela fait la différence ».

•••• **La prévention, ça clope...**

Dernière stratégie, la création d'alliances avec des institutions reconnues et crédibles - ce qui permet à l'industrie du tabac de redorer son blason grâce à de nouveaux appuis. Les programmes de prévention fournissent à ces organismes la preuve de la bonne volonté des fabricants de cigarettes, et créent l'occasion d'une collaboration bien construite. C'est ainsi qu'en 1984, l'Institut du tabac sollicite l'Association nationale des bureaux d'État pour l'éducation (NASBE, National Association of State Boards of Education), pour la diffusion du programme « *Helping Youth Decide* ». L'analyse de ce public est très fine : « les membres de NASBE ne sont en général pas des éducateurs, mais des membres de la communauté d'affaires et des élus politiques. Ils n'ont pas

vraiment d'idéologie, ils ont généralement un bon sens politique et soutiennent les perspectives du business ; il ne semble pas y avoir de biais anti-tabac parmi eux... Le soutien du NASBE entraînera une certaine prudence dans les établissements scolaires qui pourraient avoir des objections à propos du programme ».

Dès le début, les professionnels de la santé critiquent cette alliance qu'ils estiment douteuse ; celle-ci se termine en 1988, après plusieurs conflits liés à la stratégie de communication, et le NASBE arrête de sponsoriser des programmes pour jeunes. Qu'à cela ne tienne, l'Institut du tabac crée alors sa propre « fondation indépendante », le Family COURSE Consortium, présentée comme une « asbl composée d'éducateurs, de professionnels d'organismes de jeunesse et d'autres parties intéressées », dont le seul objectif est de promouvoir les programmes pour jeunes.

Quelques années plus tard, Philip Morris poursuit dans la même veine, mais en allant plus loin : il place ses propres représentants dans les bureaux de diverses organisations auxquelles il offre de substantielles allocations. Une très belle réussite est l'alliance réalisée avec le *4H-National Program*, qui dépend de la branche éducative du *Département of Agriculture's Cooperative Extension Service*, avec des bureaux à travers l'ensemble des Etats-Unis. « 4H » signifie « *Head, Heart, Hands and Health* », le programme a une réputation bien établie en tant qu'organisation de soutien à la jeunesse. Cet organisme, qui n'avait jamais traité avec l'Industrie du tabac, se voit offrir un budget considérable pour participer au design et à l'implan-

tation d'un programme anti-tabac. La nouvelle alliance est rapidement scellée et annoncée – ce qui provoque immédiatement une levée de boucliers du côté des acteurs de santé publique : *l'American Lung Association, l'American Heart Association, l'American Cancer Society, le groupe Americans for Nonsmokers Rights, l'American Medical Association, le National Center for Tobacco Free kids*, s'unissent pour décrire aux responsables du programme 4H la manière dont l'industrie du tabac s'aligne avec des organisations respectables pour polir son image publique et consolider son influence sur le plan légal. Le résultat de cette action est que vingt-sept branches d'état de 4H (sur cinquante) rejettent le partenariat avec Philip Morris ; au niveau national toutefois, ce partenariat est maintenu...

Un bénéfice non négligeable de cette intense activité préventive, c'est qu'elle permet de pénétrer des lieux interdits à la publicité du tabac – depuis certains magasins pour jeunes, jusqu'à des émissions de télévision très populaires, des événements sportifs, des *Comic Books*... A travers son programme « *Tobacco is Whacko* », la *Lorillard Tobacco Company* invite les jeunes à consulter son site web, où ils pourront notamment remplir des questionnaires d'enquêtes... La compagnie se crée ainsi une très intéressante *mailing list*, et recueille de précieuses informations sur le profil des jeunes...

••••• **L'évaluation : un écran de fumée**

Qu'en est-il de l'évaluation ? Nos détectives ont cherché avec acharne-

ment toutes les traces possibles montrant l'efficacité des campagnes pour les jeunes menées par l'industrie. Pas de réponse, et d'ailleurs pas de question : les évaluations ne portent jamais sur l'impact en terme de tabagisme ou d'intention de fumer (alors que ces questions sont régulièrement posées dans les études, parfois très sophistiquées, menées pour tester les messages publicitaires). Ici, les évaluations portent sur la visibilité des campagnes auprès des adultes, la compréhension et l'attrait des brochures distribuées, l'acceptabilité de la campagne par les fumeurs, l'effet du programme sur l'image de la firme concernée, et, très important, son impact en terme de relations publiques et d'avancées (c'est-à-dire de recules) sur le plan législatif et réglementaire. Le succès des initiatives vers les jeunes sera déterminé par le fait qu'elles auront conduit à « une réduction de l'introduction et de l'adoption de mesures législatives qui restreignent ou bannissent nos ventes et nos activités de marketing », ainsi qu'à « l'adoption de mesures légales favorables à l'industrie du tabac » et à « un plus grand soutien de la part des milieux d'affaire, des parents et des enseignants » (Philip Morris, 1991).

••••• **Ne pas oublier le reste du monde, y compris le Tiers-Monde...**

Dès les années '90, il s'agira d'étendre ces stratégies à travers le monde, qui se réveille dangereusement. Comme le dit un mémorandum écrit en 1993 par le responsable de Philip Morris pour l'Amérique Latine, « la pression

• L'industrie du tabac et la prévention, ou l'art de montrer patte blanche • (suite) • • • • • • • • • •

croissante des forces anti-tabac en Amérique Latine a créé le besoin d'explorer différentes options pour contrer la publicité négative. Un thème a récemment fait surface, le fait que les compagnies multinationales ciblent les enfants dans les campagnes publicitaires. Il faut prendre en considération le climat légal négatif qui émerge dans cette région ; et nous avons l'opportunité de créer un climat bienveillant pour l'industrie du tabac en médiatisant une campagne décourageant le tabagisme des jeunes. Notre objectif : communiquer le fait que l'industrie du tabac n'est pas intéressée à ce que les jeunes fument, et positionner l'industrie comme une association de citoyens concernés, afin de parer aux attaques ultérieures des groupes anti-tabac ».

Les messages élaborés aux Etats-Unis seront traduits dans toutes les langues, et en respectant toute l'ambiguïté de rigueur : « fruit défendu » décliné à toutes les sauces, accent mis sur le libre choix plutôt que sur les effets sanitaires ... ; un slogan russe évoque l'idée de « sensation, expérimentation », au Japon le tabagisme est associé à la maturité nécessaire pour conduire un véhicule ; en Pologne une campagne informe les jeunes de dix-quinze ans qu'ils ne sont « pas assez murs ou éduqués pour fumer » ...

•••• **Et c'est pas tout, et c'est pas tout....**

Nous n'avons fait ici qu'un survol de l'article de l'*American Journal of Public Health*. Il eût été intéressant

(mais la place manque !), d'investiguer d'autres liens, ceux qui existent entre les fabricants de cigarettes et l'industrie pharmaceutique, parfois victime de pressions commerciales... C'est ainsi que d'autres investigateurs mal intentionnés (référence : Ray Moynihan, « Tobacco Giant undermined Nicorette campaign », *BMJ*, Volume 325, 17/8/92 ; cet auteur cite une recherche publiée dans *JAMA* 2002 ;288 : 738-44) rapportent des pressions subies par la Dow Chemical Company, gentiment invitée, dans les années 80, à évacuer les messages anti-tabac suggérés dans ses publicités pour les chewing gum à la nicotine et les patchs. Même conseil d'amis délivré à CIBA-Geigy, qui produisait un patch largement vendu début '90. Quelle voie d'influence ? Eh bien, par exemple, CIBA-Geigy était depuis longtemps un gros fournisseur de pesticides pour l'industrie du tabac... Mais rien ne dit que ces pratiques sont encore d'actualité, bien que « beaucoup d'acteurs de santé publique ont observé que les (compagnies pharmaceutiques) hésitent étrangement à mettre leur poids dans les efforts de prévention, et à utiliser des messages forts dans leurs publicités... » (Simon Chapman, cité dans l'article du *British Medical Journal*).

•••• **La seule solution : filtrez vos relations**

Il y a fort heureusement des réactions vigoureuses, citons-en deux : la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* a formulé des recommandations relatives aux partenariats

avec des firmes commerciales - partenariats que proposent de nombreux secteurs marchands, et qui présentent évidemment des avantages non négligeables. La *London School* soutient la nécessité de définir des critères d'acceptabilité pour ces partenariats, et de montrer une extrême vigilance afin de sauvegarder l'indépendance académique. Elle a élaboré des guidelines qui fournissent une excellente base de réflexion pour tous les acteurs de santé. Ils ne sont pas très difficiles à appliquer, particulièrement en ce qui concerne le partenariat avec le secteur du tabac, relégué pour l'occasion en bien mauvaise compagnie : les recommandations excluent d'office « la collaboration directe ou indirecte avec des compagnies dont les activités ou les intérêts menacent la santé publique, tels que l'industrie du tabac et des produits dérivés, le commerce et la manufacture d'armes. »

Plus près de nous, de nombreux professionnels de santé publique se sont récemment élevés contre la jeune Fondation Rodin, qui, dotée d'importants budgets par Philip Morris (1,85 millions d'euros par an pendant cinq ans), semble espérer un apport équivalent de fonds publics. Cet organisme se donne pour mission d'étudier scientifiquement le tabagisme, afin de soutenir particulièrement la prévention vis-à-vis des jeunes. Nous publions ci-contre la carte blanche cosignée par de nombreuses personnalités médicales, académiques et associatives dans la *Libre Belgique* (4 juin 2002) et le *Journal du Médecin* (31 mai 2002)

Tabac : non à la naïveté

En Belgique, une nouvelle fondation, baptisée « Rodin », a vu le jour récemment. Parmi ses objectifs, elle annonce celui de fournir un support scientifique à d'autres organisations et à des initiatives, entre autres de prévention du tabagisme chez les jeunes. Paradoxe : cette fondation, outre un apport annoncé de fonds publics, a conclu un contrat avec Philip Morris et va recevoir de cette firme 1,85 millions d'Euros, chaque année, pendant cinq ans !

On ne peut qu'être abasourdi par une telle « naïveté ». En effet, plus personne n'ignore les stratégies de séduction des cigarettiers.

Ainsi, l'Organisation mondiale de la santé, le Comité anglais d'éducation pour la santé, l'Agence de développement de la santé, l'Union internationale pour la promotion et l'éducation pour la santé, la Fédération des organisations de promotion de la santé de Nouvelle-Zélande, ont inscrit dans leurs statuts ou règlements d'ordre intérieur l'interdiction de recevoir un financement de l'industrie du tabac. Pour sa part, le professeur Richard Smith, éditeur du *British Medical Journal*, a démissionné de son poste académique lorsque son université, l'Université de Nottingham, a accepté 3,8 millions £ de l'industrie du tabac. Autres exemples : l'École de santé publique de Harvard a décidé de ne jamais accepter de financement de l'industrie du tabac, ou de n'importe quelle entreprise liée d'une manière ou d'une autre au tabac ; certaines revues débattent sur l'acceptation ou non d'articles scientifiques relatant des recherches financées par l'industrie du tabac ; et ceux qui sont en faveur de

telles publications reconnaissent qu'il est indispensable que cette relation entre recherche et industrie soit clairement connue des lecteurs...

Pourquoi une telle unanimité ? Parce que des revues de la littérature ont montré que les recherches concernant le tabac ont plus de chance d'être favorables à cette drogue si elles sont financées par l'industrie des cigarettiers. Également parce que ces derniers se construisent un réseau de chercheurs et d'institutions sensibles à leur cause et leur proposent des stratégies susceptibles d'influencer les politiques en leur faveur ou de développer des campagnes de prévention inefficaces, voire contre-productives. Parce que l'industrie peut, au travers d'institutions écrans, entrer dans les écoles et avoir accès aux données qui y sont collectées et qui lui sont généralement soigneusement cachées. Parce que l'industrie détourne en sa faveur les résultats d'études d'une manière perverse, qu'il s'agisse par exemple du tabagisme passif ou des jeunes.

Alors, pourquoi certains de nos ministres envisagent-ils, contre les recommandations du D^r Gro Bruntland, directeur général de l'Organisation mondiale de la santé, le financement de campagnes préventives par l'industrie du tabac et

pourquoi pensent-ils même les cofinancer avec des deniers publics ? Pourquoi certains de nos scientifiques acceptent-ils les offres de l'industrie du tabac ?

Si l'industrie du tabac veut vraiment soutenir la prévention et la recherche, elle dispose d'autres alternatives : par exemple, elle pourrait proposer d'alimenter le Fonds national de la recherche scientifique médicale et les Départements ministériels qui ont la promotion de la santé dans leurs attributions... Ce financement serait alors évidemment dénué de tout droit de regards et de toute différenciation des autres sources de financement. Ainsi, les institutions et équipes qui ont accumulé des compétences depuis de nombreuses années dans le domaine de la prévention auraient peut-être des moyens leur permettant de mieux répondre aux demandes de plus en plus nombreuses que leur apportent leur efficacité et leur crédibilité sur le terrain.

En conclusions, nous disons non aux campagnes préventives subtilement télécommandées par l'industrie du tabac, non à toute recherche apportant à cette industrie des informations qui, en définitive, lui seront utiles dans sa conquête de nouveaux marchés, oui à la vigilance permanente vis-à-vis de ses initiatives.



• **L'industrie du tabac et la prévention, ou l'art de montrer patte blanche**
• **(suite)**
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•

Les signataires

Michel Andrien, directeur du CERES, Université de Liège
Pierre Bartsch, professeur, président de la FARES
Luc Berghmans
Pierre Bizel
Michel Boutsen, médecin
Charles Burquel, médecin psychiatre à l'UCL
Le Centre de diffusion de la culture sanitaire asbl
Le Centre local de promotion santé de Mons Soignies (Mme Valfer, présidente et Mme V. Bouttin, directrice)
Le Centre local de promotion de la santé du Hainaut Occidental
Les Centres de planning familial des femmes prévoyantes socialistes
La Coalition nationale contre le tabac
Le Conseil de la jeunesse catholique (CJC)
Benoit Dadoumont, Centre local de promotion de la santé de Huy-Waremme
Martine Dal, Prospective jeunesse asbl
Nathalie Davreux
Christian Debock, président du Conseil supérieur de promotion de la santé de la Communauté Wallonie-Bruxelles
Christophe de Brouwer, professeur à l'École de santé publique de l'ULB
Alain Deccache, professeur à l'UCL
Christine Deliens, Coordination éducation/santé asbl
Jeanne-Marie Delvaux, ESPACE Santé, Liège
Muriel Dimblon, Centre local de promotion de la santé de Huy-Waremme
Bruno Dujardin, professeur à l'École de santé publique de ULB
André Dufour, médecin, responsable de l'Institut de médecine préventive de la Société scientifique de médecine générale
Éduqua santé Asbl
M. Einhorn, médecin, rédacteur en chef du *Journal du Médecin*
L'Equipe as
La Fédération belge contre le cancer
La Fédération des Initiatives locales pour l'enfance, Bruxelles
Les 17 associations membres de la FEDITO Bruxelles (Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes)
Les 17 associations membres de la FEDITO wallonne (Fédération wallonne des institutions pour toxicomanes)
Les Femmes prévoyantes socialistes
Anne Fenaux
Norbert Gensterblum, directeur de l'ASL (Arbeitsgemeinschaft für Suchtvor- beugung und Lebensbewältigung)
Marie-Paul Giot, Service toxicomanie du centre de santé mentale du CPAS de Charleroi
Christiane.Gosset
Alda Greoli, directrice du département socio-éducatif des Mutualités chrétiennes
André Grivegnée, professeur, Cancer Prevention and Screening Clinic, Institut Jules Bordet
Fabienne Hariga, médecin, Modus Vivendi
Perrine Hunblet, professeur à l'École de santé publique de l'ULB
Infor-Drogues
Jean-Pierre Jacques, médecin, projet Lama
Véronique Janzyk
Pascale Jonckheer, médecin à l'Institut de médecine préventive de la Société scientifique de médecine générale
France Kittel, professeur à l'École de santé publique de ULB
M. Kleykens, Secrétaire générale, Femmes prévoyantes socialistes de Liège
Laurence Kohn, aspirante FNRS à l'École de santé publique ULB
Marcel Kornitzer, professeur à l'ULB
Sophie Köttgen coordinatrice du SUB focal point (Arbeitsgemeinschaft für

Suchtvor- beugung und Lebensbewältigung)

Raphaël Lagasse, professeur à l'École de santé publique de ULB

Jean Laperche, médecin CUMG-UCL et Fédération des maisons médicales

Chantal LEVA, Centre liégeois de promotion de la santé

ALain Levêque, médecin, chercheur à l'École de santé publique de l'ULB

Karin Levie, médecin directeur, Centre de santé UCL

Vincent Litt, médecin à l'Institut de médecine préventive de la Société scientifique de médecine générale

Philippe Mairiaux, professeur à l'ULG

Christian Massot

Michel Méganck, médecin, Société scientifique de médecine générale

Philippe Meremans, chargé de recherche à l'École de santé publique UCL

Madeleine Moulin, professeur à l'ULB

Valérie Notelaers, secrétaire générale Jeunesse & Santé ASBL

Danielle Piette, professeur à l'École de santé publique de ULB

Thierry Poucet, journaliste de santé publique

Axel Roucloux, conseiller en promotion de la santé

Pierre T. Soumenkoff, Director, International Business Development, Biomedical Systems, Pharmaceutical Division

Béatrice Swennen, médecin

Véronique Tellier

Patrick Trefois, responsable du Service communautaire de promotion de la santé - asbl Question Santé

Muriel van der Heyden, coordinatrice de projets de promotion de la santé Jeunesse & Santé ASBL

Chantal Vandoorne, directrice du SCPS APES-ULG

Bernard Vercruyse, médecin, vice-président de la FAG

Axelle Vermeeren, médecin coordonnateur, Centre de santé de l'enseignement supérieur

Pas de fumée sans Freud

Psychanalyse du fumeur

Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman bethune

Pas de fumée sans Freud - Psychanalyse du fumeur

Philippe Grimbert, psychanalyste
Paru chez Hachette Littératures,
2002.

Depuis l'effondrement du mur de Berlin, l'anticommunisme s'est affadi dans le discours des bien-pensants. Mais, jamais à court de ressources, l'indignation s'est trouvée d'autres modes : le tabac. Nourri d'évidences scientifiques et de platitudes moralisatrices, l'antitabagisme primaire dominant est redoutable d'inefficacité : ses plus éclatantes réussites se matérialisent par la ségrégation des fumeurs et l'autosatisfaction confortable des évangélistes de l'abstinence.

Philippe Grimbert nous offre l'occasion de dépasser les anathèmes stériles en nous conviant à une réflexion sur l'énigme du tabagisme de Freud. Le père de la psychanalyse était médecin et parfaitement conscient du mal que lui faisaient ses cigares adorés, mais jamais il ne parvint, malgré de nombreux essais, à basculer dans le camp des non-fumeurs. Atteint d'un cancer de la bouche, opérés de nombreuses fois, appareillé d'une prothèse du palais qu'il appelait « le Monstre », jusqu'à la fin de sa vie Freud buta sur cet obstacle à jamais infranchi : sans tabac, pour lui pas de travail, pas de conquête de la connaissance... Ce qui conduit Grimbert à se demander si ce n'est pas de son « inanalysé » que Freud est mort.

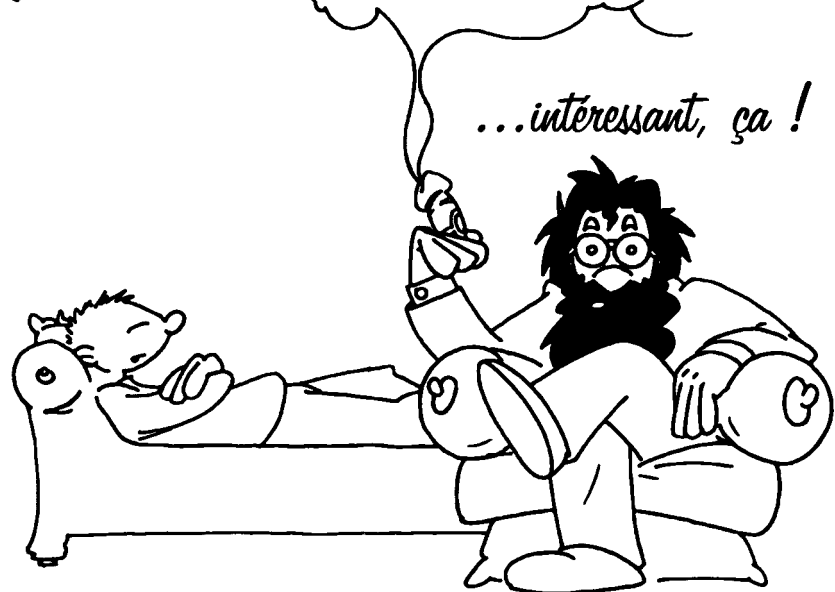
Au fil de sa réflexion, l'auteur nous entraîne dans la vie privée de Freud, au cœur du clivage du moi qui

s'exprimait dans son ambivalence vis-à-vis du tabac, mais aussi dans ses découvertes, dans la part que prit le tabac à l'élaboration de la psychanalyse. De la durée de la séance d'analyse (environ deux cigares, en attention flottante) aux théories « tabagiques » de la sexualité (équivalent masturbatoire, passe-partout du désir, pulsion de mort, angoisse de castration...), il dessine le portrait d'un Freud prométhéen qui offrit la connaissance aux hommes et mourut du feu qu'il déroba aux dieux.

parisienne où les fauteuils étaient équipés de cendriers.

D'une lecture aisée et agréable, *Pas de fumée sans Freud* stimule la réflexion sur la problématique du tabac. Tant les professionnels appelés à répondre à une demande de sevrage ou à élaborer des campagnes, que les usagers désireux d'explorer ce qui se joue sous la robe blanche de leur cigarette y puiseront de quoi dépasser les discours primaires. Fumeurs comme non-fumeurs, ne pas s'abstenir.

Y'A PAS DE FUMÉE SANS FREUD



A intervalles réguliers, l'auteur entrecoupe son développement de considérations historiques sur le tabac, de saynètes mettant en scène les protagonistes du conflit fumeurs-antifumeurs, du récit de ses déambulations dans la maison de Freud ou au cimetière où il repose, ou encore d'une attendrissante élogie pour le cinéma Rex, belle salle