

Bonjour

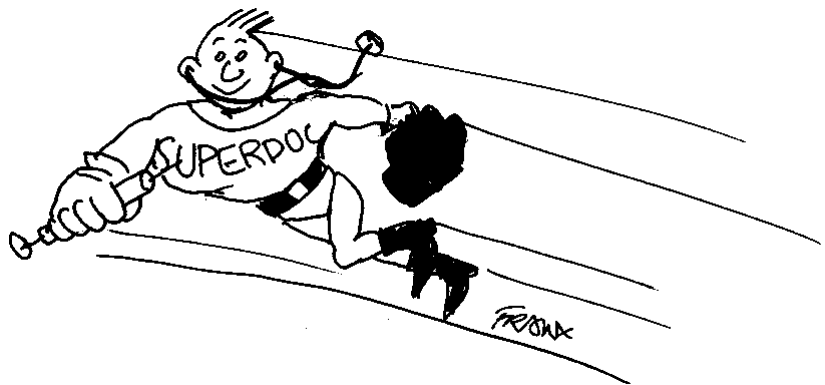
Si vous avez survécu au bogue, il est probable que vous survivrez à la lecture de ce numéro 11 de Santé conjugué. Peut-être même y prendrez-vous plaisir ou intérêt. C'est bien tout le mal que nous vous souhaitons pour commencer cette nouvelle année.

Des soins de beauté, des soins de santé et un guichet de remboursement mutuelliste dans le même bâtiment, le tout promotionné par une campagne de publicité : il y a là de quoi énerver les médecins voisins. Au-delà de l'anecdote - une action en justice intentée par ces médecins pour concurrence déloyale - cette affaire s'inscrit dans la tendance dominante de notre société à tout penser en terme de marché et de marchandise. La santé n'est-elle qu'un produit, et la médecine une entreprise ? Réflexions en page 3.

Partout, les systèmes de santé sont confrontés à une volonté de limitation des budgets, à une explosion des dépenses, à un questionnement quant à la qualité réelle des soins dispensés. Michel Roland nous invite à situer le financement des soins de santé dans la problématique générale du financement du non-marchand, à une échelle locale mais aussi dans le cadre d'une économie globale mondialisée, qui constitue une menace certaine pour la santé publique et pour le bien-être des individus et des populations (article en page 4).

La santé mentale, ce n'est pas

seulement dans la tête ! Elle se joue aussi dans la rue, dans la file de chômage, dans les fins de mois pénibles et les logements déglingués. A Saint-Josse (Bruxelles), le centre de santé mentale Le Méridien a choisi de dépasser les aspects individuels de la santé mentale et développe un projet de « promotion de la santé mentale communautaire ». Retrouver le sens de la solidarité et du lien social, reconnaître les savoirs et les compétences de l'autre, stimuler les ressources locales, telles sont les voies pour s'approprier la santé mentale et améliorer la qualité de vie dans les quartiers difficiles. Un article de Nathalie Thomas, Benoît van Stichelen et Yves Lambrechts en page 9.



TSH4, le quatrième colloque de toxicomanie, hépatite, SIDA, a réuni à Draguignan des usagers de drogues, des médecins, des intervenants sociaux pour discuter des « traitements ». Lise Thiry nous ramène les éléments nouveaux et les faits saillants de ces rencontres en page 13.

En Belgique, le mouvement Alto* s'est offert une charte. Alto est le porte-parole des généralistes offrant un accompagnement aux usagers de drogues. Depuis les années 1993-1994, la possibilité d'obtenir des traitements de substitution a conduit chez les généralistes un très grand nombre de patients. La charte formalise l'expérience ainsi acquise et en tire la philosophie d'une « bonne pratique ». Elle marque aussi la volonté de se démarquer de pratiques dont les visées ne sont pas toujours clairement thérapeutiques. Au début du mois de décembre 1999, près de deux cents médecins généralistes de la partie francophone du pays avaient déjà signé ce texte que vous lirez en page 16.

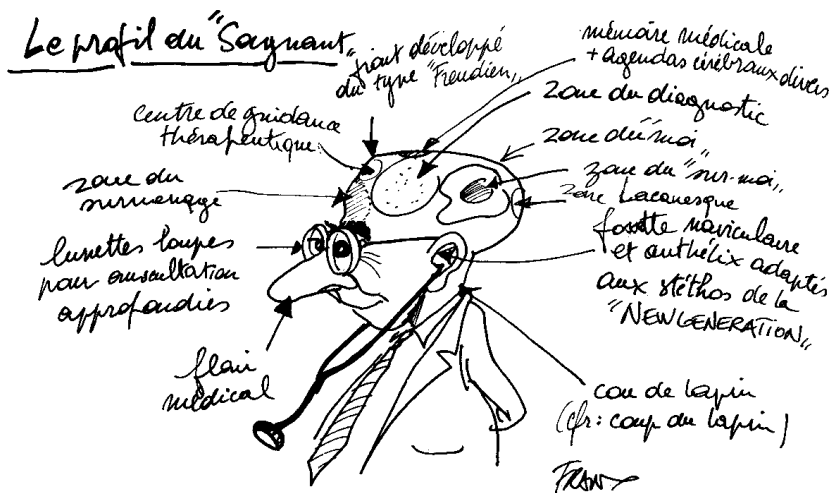
Avec le prêtre et l'instituteur, ils formaient jadis un solide quarteron de notables : le médecin et le juriste auraient-ils gardé la nostalgie de cette époque ? Ils en ont en tous cas conservé une peu démocratique propension à celer leur savoir dans un jargon inaccessible et à dissimuler

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

leurs dossiers. Petite réflexion sur les difficultés d'accès au dossier juridique et médical en page 18.

« Une tête bien faite vaut mieux qu'une tête bien pleine ». Vieux dicton plein de bon sens cherche second souffle à une époque où l'hyper-spécialiste bouffi de savoir est le nouveau modèle. Comment concilier ces impératifs pas très convergents si on ne réforme pas l'école ? Michel Deschamps vous présente « La tête bien faite », livre que Edgard Morin a consacré à ce sujet, en page 20.

Elle possède pourtant une identité spécifique et remplit des tâches que les autres n'assument pas. Le manque de reconnaissance de ce travail spécifique se marque dès la formation de base des soignants de première ligne et tend à se perpétuer lors de leur formation continue. Entre une politique de première ligne en constante évolution et un enseignement fasciné par la spécialisation, le fossé s'élargit. Il importe dès lors que la première ligne de soins se redéfinisse dans l'ensemble du système de soins et par rapport aux



Etre, mais qui ? La première ligne de soins a un problème d'identité. Très concrètement, elle voit ses prérogatives grignotées par les secondes lignes tandis que ses compétences « limitrophes » se diluent dans le psychosocial. A se définir en creux par rapport aux autres intervenants, elle ressemble à un territoire en voie de colonisation totale et dont les habitants fuient vers d'autres cieux (les médecines parallèles par exemple).

besoins et aux attentes des usagers. Identité et formation : un couple indissoluble, dans l'intimité duquel notre cahier vous fait rentrer en page 21.

Bonne lecture

*Alto : Alternative à la toxicomanie.

La santé à vendre

Jacques Morel, médecin généraliste

« Le forfait fausse le marché des soins de santé, il tombe sous l'interdiction (art 2 de la loi du 5.08.91) sur la protection de la concurrence. »

Un groupe de vingt cinq généralistes de la région de Marche a déposé plainte contre la maison médicale ouverte par la mutuelle socialiste à Marche. Leur démarche initiale est motivée par la publicité pour la gratuité, par la proximité du guichet mutuelliste et de certaines activités commerciales au sein de l'espace « soins ».

L'argument des plaignants, en tous les cas dans le chef de l'avocat Misson - dont on se souviendra les hauts faits d'arme qui ont conduit à l'arrêt Bosmans qui fait jurisprudence dans les milieux du football - s'appuie, de façon nouvelle, sur la loi sur la concurrence économique.

Dans le passé, d'autres actions contre le forfait avaient soulevé la question de la publicité, ou de l'entrave au libre choix par le fait de l'inscription. Ces affaires avaient été portées au Conseil de l'Ordre, jamais encore au civil, comme c'est le cas ici.

La question soulevée actuellement est du plus grand intérêt : la santé est-elle une marchandise, la profession médicale est-elle une entreprise, un secteur de l'économie marchande, une profession commerciale obéissant aux règles du marché, et soumise aux normes relatives à la concurrence économique ?

Le tribunal a jugé qu'il n'y avait pas

lieu à « référé » à défaut d'urgence et d'intérêt.

Si les conclusions pourraient paraître formalistes, et elles le sont pour une part, les attendus qui étaient ce jugement sont, malgré tout intéressants sur le fond du débat :

« Le tribunal ne peut que constater l'importance des questions posées, touchant essentiellement à la question de savoir si la profession libérale de médecin constitue une entreprise et relève d'une activité économique devant, dans le cadre de ses pratiques et des ententes conclues, se soumettre aux exigences des dispositions normatives relatives à la concurrence économique ; qu'il apparaît en effet judicieux de savoir si une telle profession, dans l'intérêt du secteur tout entier, gagne à s'exercer dans le respect des lois régissant le marché ou si, au contraire, en vertu de la gravité du secteur dont elle relève, du principe de solidarité sous-tendant le financement de la sécurité sociale ainsi que les exigences d'une juste démocratie, il convient de la faire échapper aux lois de ce marché ».

Le primum movens à l'action des généralistes « marchois » a sans doute été une réaction à l'action mutuelliste dans le champ de la dispensation des soins de première ligne, et ceci est une autre question pertinente : les assureurs ont-ils à entretenir un réseau propre de dispensation des soins ?

A la réflexion, il est probable que peu de médecins (tous bords confondus) soient prêts à souscrire à l'assimilation de leur pratique à une entreprise marchande dont l'objet serait la santé. Il reste que ce combat n'est pas que juridique mais aussi éthique et politique : la santé n'a pas un objet désincarné, ni virtuel ; c'est bien un des éléments de qualité de la vie des individus et collectivités, complètement déterminée par leurs conditions sociales et culturelles.

En faire une marchandise, c'est la réserver à ceux qui pourraient se la payer.



Le financement des soins de santé en question

Michel Roland, médecin généraliste à la maison médicale Santé plurielle

.....

Il est impossible d'aborder la problématique du financement des soins de santé, sans préalablement se pencher, ne fût ce que brièvement, sur celle du système de financement général des secteurs marchand et non marchand, tant à l'échelle locale qu'à l'échelle mondiale. Les moyens financiers accordés aux matières non directement rentables (« non marchand ») des activités humaines individuelles et sociales, et dont le système de santé fait partie, souffrent en effet d'une érosion constante. Il s'agit d'un phénomène touchant tous les pays au niveau mondial et justifié par des arguments économiques : on assisterait à une raréfaction des ressources. Les acteurs de santé, comme de nombreux autres, ont bien intégré ce discours, pourtant témoin d'une idéologie fort particulière : ne dit-on pas que le défi de la médecine d'aujourd'hui est son coût croissant de par ses succès et ses avancées technologiques dans un contexte de limitation des moyens financiers.

.....

Une analyse critique et objective de l'évolution actuelle de l'économie mondiale montre plutôt une tendance radicalement inverse. Plusieurs faits s'observent systématiquement, dont la somme induit une structure spécifique particulière à notre système économique, la mondialisation globale en constituant le point final. La voie vers cette globalisation est déjà largement tracée, peut-être inéluctable mais peut-être pas. Car certains outils structurels et/ou institutionnels sont encore manquants, montrant à la fois l'empressement de leurs partisans à les mettre en place, et le souci de leurs opposants à les combattre. Le moment et l'époque sont probablement cruciaux pour l'avenir économique de la planète, c'est-à-dire pour son avenir tout court ; la place respective des citoyens et des populations du monde les uns par rapport aux autres en dépendra ; elle mérite qu'on s'arrête pour y réfléchir et peut-être même pour essayer d'infléchir son évolution.

démocratiquement élues, donc représentatives, au profit de corporations économiques transnationales (TNCs, TransNational Corporations) sous caution d'institutions telles le Fonds monétaire international (FMI), l'Organisation mondiale du commerce (OMC), la Banque mondiale etc. Ces corporations, de fait, « jouent » l'un(e) contre l'autre communauté, cités, régions, pays, nations et même continents, dans une véritable course au sommet (« race to the bottom ») c'est-à-dire au profit maximum. Son principe moteur est la compétition s'exprimant sous forme ou sous couvert de la compétitivité la plus grande et de la libre concurrence. Celle-ci s'organise structurellement selon les lois du marché (l'offre et la demande) dans le cadre du libéralisme politique.

Idéologie aujourd'hui dominante, elle se présente sous sa forme extrême de néolibéralisme dans laquelle elle bénéficie de la caution, de l'organisation et du soutien des instances publiques démocratiques, et même de leur régulation en cas de nécessité née de contradictions intrinsèques trop fortes. Il n'est d'ailleurs pas inutile de rappeler l'interventionnisme sans cesse croissant de l'Etat dans le contrôle social et le maintien de l'ordre, conséquences de l'idéologie sécuritaire du type « tolérance zéro », allant de pair avec son désinvestissement dans l'assurance du bien-être de ses citoyens : de l'« Etat providence » à l'« Etat répression », de l'« Etat social » à l'« Etat libéral ».

.....

Les nouveaux maîtres

Si la mise en place des structures nécessaires adaptées à la progression de la mondialisation tarde parfois, c'est qu'agissant au niveau international, celles-ci sont potentiellement ou déjà concrètement en opposition avec certains principes démocratiques universels, comme celui de l'autodétermination des peuples. Le pouvoir décisionnel risque de se déplacer ou même d'être confisqué des instances politiques

Chaque jour, mille huit cents milliards de dollars vont et viennent sur les marchés des changes, dont seulement quelques pour cent circulent dans les circuits de la production, des échanges et du non marchand (social, culture, enseignement, santé), créateurs de biens, de services et d'emplois. La toute grosse partie, plus de 95 %, reste bloquée dans les circuits de la spéculation. Quelques six cent cinquante mille milliards de dollars alimentent chaque année ses rouages frénétiques, cette « quatrième dimension » de l'ordre économique hypertrophiée grâce au tout libéralisé et au tout déréglementé.

Toujours plus riches, les maîtres de l'argent continuent de plonger les peuples de tous les continents, ces derniers temps en Asie, en Russie et au Brésil, dans des crises financières qui menacent désormais les digues de l'économie mondiale, de la démocratie et de la santé publique. L'intérêt de la spéculation n'a pas de rapport avec l'intérêt général. Combien de pays n'ont-ils pas été plongés dans le marasme économique et social par les « ajustements structurels » imposés par la Banque mondiale ou le Fonds monétaire international en vue de réaliser des politiques économiques « libres » de promotion de la compétitivité¹⁻² ? Il suffit de voir aussi l'action Renault bondir en bourse après la fermeture de Vilvorde, le Dow Jones baisser lorsqu'on annonce une hausse de l'emploi aux Etats-Unis, ou les réactions positives des milieux financiers allemands après la démission d'Oskar Lafontaine³.

••••

Vous avez dit AMI ?

Mais ce n'est pas encore assez : la permissivité totale par rapport à l'« investissement étranger direct » (FDI, Foreign Direct Investment) est un de ces principes indispensable au développement de la compétitivité et du libre marché. L'Accord multilatéral sur l'investissement (AMI, Multilateral Agreement on Investment) veut concrétiser un ensemble de nouvelles règles pour faciliter les mouvements de capital (argent et marchandises) en limitant l'impact des lois nationales. Le modèle de l'Accord multilatéral sur l'investissement est le NAFTA (North American Free Trade Agreement) appliqué entre les Etats-Unis, le Mexique et le Canada, et étendu aux vingt neuf pays les plus riches du monde qui constituent l'Organisation pour la coopération et le développement économique (OCDE). L'Accord multilatéral sur l'investissement a été négocié ces trois dernières années par des représentants des gouvernements des pays de l'Organisation pour la coopération et le développement économique, pratiquement sans aucun débat public malgré son retentissement potentiel majeur sur l'économie mondiale globale. Les investisseurs étrangers intéressés par l'Accord multilatéral sur l'investissement sont évidemment les actionnaires des TNCs situées principalement dans les pays de l'Organisation pour la coopération et le développement économique.

Les résultats des négociations auxquels tous les pays de

l'Organisation pour la coopération et le développement économique ont souscrit à un moment donné sont édifiants et n'ont vu leur application suspendue en dernière minute qu'à la suite d'un ultime sursaut de la France sur ses valeurs universelles ; ils vont être cependant bientôt rediscutés, cette fois sous l'égide de l'Organisation mondiale du commerce. Les pays signataires de l'Accord multilatéral sur l'investissement auraient dû s'engager à :

- ouvrir tous les secteurs économiques à la propriété privée, en ce inclus la propriété de la terre, des moyens d'information et des ressources naturelles ;
- ne défavoriser en aucune manière les investisseurs étrangers par rapport aux entreprises locales ;
- abolir les impératifs de performance ou de qualité exigés des investisseurs pour avoir accès au marché ;
- abolir les restrictions légales aux mouvements des capitaux ;
- compenser entièrement les investisseurs au cas où leurs biens seraient confisqués ou expropriés, soit en raison d'une crise, soit en raison d'une régulation « déraisonnable » ;
- accepter une procédure de résolution des conflits qui permette aux investisseurs de poursuivre les gouvernements en justice devant une structure internationale au cas où ils estiment que les lois nationales sont en contradiction avec les règles de l'accord multilatéral sur l'investissement ;
- s'assurer que les villes et les états

• Le financement des soins de santé en question (suite)

respectent bien le cadre de l'accord multilatéral sur l'investissement.

• • • • La santé, malade du marché

Cette matière est évidemment politique, mais elle ne doit pas laisser les professionnels de santé indifférents et sans réaction, dans la mesure où le libéralisme effréné de la libre concurrence porte intrinsèquement en lui la dégradation de la santé publique et du bien être des individus et des populations. Un éditorial récent de l'European Journal of Public Health⁴ tente de prendre le contre point en appelant ouvertement les médecins à examiner systématiquement et scientifiquement les conséquences sanitaires des mesures économiques actuelles et à s'engager au nom de leur responsabilité professionnelle et de leur expertise dans la résistance sociale à ces processus économiques internationaux. L'Accord multilatéral sur l'investissement y est renommé « Treaty for Massively Accelerated Inequity and Ill health » et l'ESAP (Enhanced Structural Adjustment Programme) du Zimbabwe « Enhanced Suffering of African People ».

Les voies par lesquelles des mesures telles que celles préconisées par l'accord multilatéral sur l'investissement peuvent retentir sur la santé des populations sont multiples⁵ :

- Elles permettent d'abolir des législations publiques parfois difficilement négociées dans l'objectif de respecter certaines règles de qualité du travail ou la protection de l'environnement.

L'Accord multilatéral sur l'investissement autorise les grandes compagnies à attaquer en justice les gouvernements qui tentent par exemple d'interdire certains pesticides dangereux ou certains polluants, de protéger leur environnement ou de restreindre la vente du tabac. Sous l'impulsion du NAFTA, une restriction canadienne à l'importation du MMT, un additif à l'essence qui contient du manganèse, un probable neurotoxique, a dû être retirée après que l'Ethyl Corporation, une firme américaine manufacturière d'additifs, ait attaqué l'Etat fédéral du Canada pour une perte estimée à cent soixante millions de dollars canadiens et que celui-ci ait été condamné à une amende légale de huit millions de dollars⁶ ;

- Le droit à un environnement de travail sûr et sain peut être largement érodé si les investisseurs peuvent démontrer qu'il constitue un frein pour des performances économiques optimales ;
- En forçant l'ouverture de tous les secteurs économiques, en ce incluses les ressources naturelles, à la propriété privée étrangère sans aucune responsabilité intrinsèque y afférente, l'Accord multilatéral sur l'investissement peut encore aggraver de manière substantielle et durable les conséquences néfastes de l'exploitation des ressources naturelles, particulièrement dans les pays en voie de développement. Plusieurs études internationales bien conduites démontrent que de tels investissements peuvent retentir péjorativement dans le court et le long terme sur la santé des populations et mettre en péril le

développement durable de régions entières⁷ ;

- A une plus large échelle, l'Accord multilatéral sur l'investissement peut, par l'abolition de toutes les restrictions aux mouvements des capitaux, soumettre des pays en devenir aux caprices d'investisseurs inconstants. Les effets délétères de telles politiques ont été amplement démontrés par les récents événements boursiers en Asie du Sud Est⁸ ;
- Finalement, à un niveau procédural, les juristes du droit international estiment que les arrêts résultant de l'Accord multilatéral sur l'investissement ont une plus grande force de loi que les législations nationales ou que les conventions globales de l'Organisation des nations unies pour protéger la santé et l'environnement. Il suffit de voir comment le GATT (Global Agreement on Tariffs and Trades) a été utilisé par les grandes compagnies cigarettières contre les états qui cherchaient à limiter leurs importations de tabac⁹ ;
- Même l'Organisation mondiale de la santé est soumise aux influences des lobbies économiques. Alors qu'en 1998, son assemblée votait (à l'unanimité) une résolution invitant les états membres à « faire en sorte que les considérations de santé publique l'emportent sur les intérêts commerciaux dans les politiques pharmaceutiques et sanitaires », et conditionnait l'application des accords de l'Organisation mondiale du commerce à la garantie d'accessibilité aux médicaments essentiels, l'industrie pharmaceutique, surtout nord-américaine, réagissait immédiatement pour

exiger le respect intégral des accords de l'Organisation mondiale du commerce et parvenait à obtenir de l'Assemblée mondiale de la santé le refus d'entériner la résolution. Ce même lobby associé au gouvernement américain (bailleur de fonds de 25 % du budget de l'Organisation mondiale de la santé) essaie encore d'obtenir le retrait d'une des publications de l'Organisation mondiale de la santé décrivant les conséquences néfastes des accords de l'Organisation mondiale du commerce sur l'accessibilité aux médicaments¹⁰⁻¹¹.

Donc l'argent existe, et, plutôt que d'alimenter les circuits fous de la spéculation, il pourrait contribuer au bien-être et à la santé de l'humanité. Une taxe de 0.1 % sur toutes les transactions financières (la taxe Tobin) générerait entre cent cinquante et deux cents milliards de dollars chaque année alors que quarante milliards sont suffisants pour satisfaire les besoins essentiels de l'ensemble des pays en développement (nourriture, eau potable, éducation, santé, ...).

•••••
Le financement de la santé en question

Les soins (primaires, secondaires et tertiaires) peuvent théoriquement être financés, en ce qui concerne les prestations des dispensateurs, de trois manières totalement différentes, impliquant des systèmes de santé de conception totalement différente :

- La **rétribution à la vacation** (à l'acte) : dans laquelle chaque prestation est honorée pour chaque prestataire selon une nomenclature

- fixée et/ou négociée ;
- La **rétribution forfaitaire à la fonction** : dans laquelle les prestataires sont honorés par l'allocation d'un montant salarial fixe ;
- La **rétribution forfaitaire à la capitation** : dans laquelle les dispensateurs sont honorés en fonction du nombre de personnes (abonnées ou inscrites) prises en charge.

Dans chacun des systèmes, le montant des prestations peut être entièrement financé par les cotisations sociales des

ou sur une base forfaitaire, à l'épisode ou via une assurance complémentaire. Les différents systèmes peuvent enfin se construire sur une base publique (étatique) et/ou privée.

Quelle que soit leur nature, les systèmes de soins traversent actuellement partout dans le monde une crise majeure, qui interpelle leurs fondements les plus profonds et qui oblige à des questionnements fondamentaux :

- Les progrès de la médecine, en particulier les innovations technologiques, amènent-ils toujours un



citoyens, fiscalisées c'est-à-dire incluses dans l'impôt (type Beveridge) ou reliées au travail (type Bismarck). Le citoyen devenu malade peut également financer une partie des prestations que génère sa maladie ; ce reliquat constitue le ticket modérateur et peut s'imaginer également à l'acte

- bénéfice pour la santé des individus et de quels individus ? Et pour celle des populations ?
- Comment et au travers de quels critères de résultats est-il possible de mesurer l'efficacité des systèmes de soins ? En matière de maladie ou en matière de santé ?

• Le financement des soins de santé en question (suite)

- Comment définir les choix prioritaires nécessaires de type diagnostic, thérapeutique, préventif ? Surtout si les moyens financiers limités imposent des choix exclusifs ?
- Les soins de santé peuvent/doivent-ils être considérés comme un simple produit dans un marché régi par l'offre et la demande ?
- La planification des soins n'aboutit-elle pas toujours par essence à la négation des droits des citoyens (malades ou non) et de ceux des dispensateurs, par des décideurs politiques et/ou des assureurs conduits par la recherche maximale du profit ?
- Les systèmes d'assurance et de solidarité sont-ils compatibles ? Les intérêts du citoyen malade et bien-portant peuvent-ils être pris en compte simultanément ? Les organisations publique et privée peuvent-elles coexister ?

Ces questions fondamentales transcendent peut-être celles sur les types de financement possibles :

- D'une part, l'évolution semble temporairement inéluctable vers la réduction de la notion de soins à celle de marchandises, correspondant, comme décrit plus haut, à la mondialisation d'un capitalisme spéculatif remplaçant progressivement soit le socialisme centraliste, soit le capitalisme productif¹² ;
- D'autre part, si le système de soins est fondamental pour prendre en charge les patients malades en demande et diminuer leurs souffrances, il n'est pas évident du tout qu'il constitue le paramètre prépondérant qui influence l'état de

santé global de la population. Il semble plutôt que celui-ci dépende principalement, en dehors des facteurs génétiques, d'environnement et individuels (mode de vie), de la structure socio-économique de la société au travers de paramètres tels que le stress individuel, le niveau de revenus, la position dans la hiérarchie sociale, etc¹³.

Même s'il ne faut donc accorder aux recherches sur la rémunération des soignants qu'une place limitée dans la problématique globale de l'état de santé des populations, elles méritent l'attention soutenue de tous les acteurs du secteur (dispensateurs, patients, décideurs, assureurs-payeurs) parce que c'est notamment le financement qui conditionne la structure générale du système de soins ainsi que la définition et la réalisation de ses objectifs.

1. Ekwempu CC., Maine D., Olorukoba MB., Essien ES., Kisseka MN., *Structural adjustment and health in Africa*, Lancet, 36 : p. 56-7, 1990.
2. Basset MT., Bijlmakers L., Sanders DM., « Professionalism, patient satisfaction and quality of health care : experience during Zimbabwe's structural adjustment programme », *Soc Sci Med*, 45 (12) : p. 1845-52, 1997.
3. Imagine, *Attac : Agir contre la spéculation financière*, n° 11 : p. 8, 1999.
4. Stephen C., Leonardi G., Lewin S., San Sebastian Chasco M., « The multilateral agreement on investment : public health threat for the twenty-first century ? », *European Journal of Public Health*, n° 9 : p. 3-5, 1999.
5. Idem que 4.
6. O'Neill R., « 1998 Canada, sometimes bully, sometimes walkover, paves the way for a global toxic economy », *Hazards Magazine*, Workers Health International Newsletter, august 1998.
7. Rich, *Mortgaging the earth : the World Bank, environmental impoverishment and the crisis of development*, London, Earthscan Publications, 1994.
8. Friedman D., « How Wall Street's moral hubris condones social inequality », *Los Angeles Times*, n° 31, May 1998.
9. Appleton B., *Legal opinions on national reservations to the MAI*, Appleton & associates international lawyers, 14 November 1997.
10. La Lettre du GRAS, *L'OMS sous pression*, n° 21 : p. 10-1, 1999.
11. Velasquez G., Boulet P., *Mondialisation et accès aux médicaments ; les implications de l'accord ADPIC/OMC*, Série Economie de la Santé et Médicaments, OMS, Genève (7), 1998.
12. Frühling J., « La crise de la sécurité sociale : Un phénomène européen, de l'Atlantique à l'Oural », *Bulletin et mémoires de l'Académie royale de médecine de Belgique*, n°152 (2) : p. 127-32, 1997.
13. Evans RG., Barer ML., Marmor TR., *Etre ou ne pas être en bonne santé*, Presses de l'Université de Montréal, 1993.

Education populaire et santé mentale

Yves Lambrechts, psychiatre, Nathalie Thomas et Benoît van Tichelen, psychologues, au centre de santé mentale Le Méridien

Le projet qui vous est présenté dans cet article, s'est inspiré, dans ses idées fondatrices et sa méthodologie, de diverses expériences en éducation populaire et travail communautaire d'Amérique latine. Pour les coordinateurs du projet, il semblait que les éléments méthodologiques mis en avant par Paolo Freire pouvaient être des moyens pertinents pour aider une personne, un groupe, une population à être acteur de son histoire, de sa santé, de sa vie.

Ce projet se développe dans le cadre d'un service de santé mentale bruxellois, Le Méridien, à Saint-Josse. Le défi consiste à adapter ces méthodologies issues de l'éducation populaire au domaine de la santé mentale d'une part, et au contexte belge, d'autre part.

Le choix de la perspective communautaire en santé mentale se base sur deux constats : tout d'abord, les limites de l'approche clinique individuelle face à des problématiques étroitement liées aux conditions sociales, culturelles, économiques des populations concernées ; et ensuite, une certaine « désappropriation » de leur santé mentale par les personnes qui vivent ces difficultés. La santé mentale est devenue « l'affaire des spécialistes » et les personnes ne se sentent plus compétentes, plus responsables de leur santé mentale et de celle de leurs concitoyens.

Le projet « promotion de la santé mentale communautaire »

Le développement du projet a débuté en 1994 par une recherche-action dont le but était de réaliser un diagnostic communautaire dans deux quartiers bruxellois : le quartier Saint-François, à Saint-Josse et le quartier de Cureghem, à Anderlecht. Dans ces idées fondatrices, le projet devait s'appuyer sur les ressources existant dans un quartier ; il nous a donc semblé important, voire prioritaire, d'identifier ces ressources, qu'elles soient professionnelles ou non. Par un dispositif méthodologique basé sur des interviews d'habitants et de professionnels vivant ou travaillant dans le quartier, nous avons pu mieux connaître les réseaux d'entraide et de soutien informel qui existent ou se créent lorsqu'une personne est confrontée à une difficulté de vie ou un problème de santé mentale.

« Se retrouver plusieurs fois avec un groupe avec lequel on n'a pas forcément d'affinités au départ mais avec lequel on mène des discussions et des activités font qu'on finit par se familiariser et s'apprécier, et ça c'est un plaisir. Ce plaisir peut se retrouver au niveau d'un vécu de quartier et d'un vécu de communauté. Et puis, après, on peut se parler plus facilement, se sentir plus proche et se sentir bien. C'est déjà un bien au point de vue du vécu communautaire. »

A partir des conclusions du diagnostic communautaire, un groupe « de pilotage », composé de quelques

« acteurs du quartier » (habitants et professionnels) intéressés par poursuivre le travail entamé, s'est réuni pour étudier la possibilité et les modalités de réalisation d'une action en santé mentale communautaire destinée à des personnes du quartier, professionnelles, et non-professionnelles. Ces rencontres ont permis de confronter le projet initialement imaginé par les coordinateurs à la réalité du terrain. Le souci était d'arriver à mettre un processus de construction collective en place et d'aboutir à un projet cohérent qui puisse tenir la route.

L'action en santé mentale communautaire définie par le groupe de pilotage s'est développée autour de deux objectifs :

- sensibiliser à l'approche communautaire en santé mentale et développer de nouvelles techniques de travail chez les professionnels du secteur psycho-médico-social ;
- soutenir des personnes-ressources faisant elles-mêmes partie des communautés, soutenir ou développer des dynamiques communautaires au sein des quartiers concernés.

Pour atteindre ces objectifs, le projet s'est articulé autour de deux étapes :

- un travail de formation-sensibilisation à l'approche en santé mentale communautaire avec des intervenants de première ligne (professionnels du secteur psycho-médico-social) ;
- la mise en route d'une dynamique communautaire au sein de groupes d'habitants par les intervenants ayant participé à la formation et par les coordinateurs du projet.

Education populaire et santé mentale (suite)



Définition des principaux concepts du projet

La promotion de la santé est définie, dans le cadre du décret de la Communauté française relatif à la promotion de la santé, comme « le processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnels et responsabilités sociales ». Dans cette définition, l'accent est mis non seulement sur l'individu mais également sur la collectivité. Les personnes sont replacées dans une position d'acteurs sociaux par rapport à leur santé et à leur santé mentale et enfin, on intervient sur les facteurs déterminants de la santé. On quitte donc le sanitaire ou le psychologique stricto-sensu pour viser le bien-être, la qualité de vie.

Dans le champ de la promotion de la santé mentale, l'intervention ne part pas d'un symptôme ou d'une pathologie (comme dans le champ curatif), mais offre aux personnes et aux communautés une possibilité de renforcer leurs compétences et leurs ressources en santé mentale.

Le développement communautaire peut se caractériser par deux objectifs essentiels.

D'une part, il a pour but de restaurer ou recréer du lien social. Il s'agit de valoriser la cohésion du tissu social en tant que support social, de renforcer les solidarités de proximité. L'existence d'un réseau primaire de soutien est un facteur important de promotion de la santé mentale, plus particulièrement dans des situations où les personnes font peu appel aux services d'aide professionnelle.

D'autre part, le développement communautaire vise à renforcer les capacités d'expression, d'analyse et d'action de groupes dominés au sein des rapports de force qui traversent les sociétés. Cet objectif rejoint très précisément celui développé par Paolo Freire dans le courant appelé « éducation populaire ». Il s'agissait de comprendre

le processus par lequel des individus peuvent, dans une situation d'apprentissage spécifique, devenir des « sujets » de leur histoire et être capables d'agir pour transformer la réalité. Le qualificatif « populaire »

n'exprime pas seulement la situation de pauvreté des populations, mais aussi leur condition de dominés et leur faible participation aux structures du pouvoir. Dans ce sens, l'éducation vise la transformation des populations en « sujets sociaux et politiques ».

Lié au concept de « développement communautaire », celui de « communauté » n'est certainement pas le plus simple à définir. On retrouve en effet dans la littérature une multitude de définitions, parfois très différentes.

Dans notre contexte d'intervention, nous pourrions définir la communauté comme un niveau intermédiaire de regroupement social (entre familial et sociétal), proche et significativement important pour les individus, une certaine identité sociale partagée (qui peut être facilitée par une localisation partagée) et un ensemble de liens, d'interrelations, d'échanges de ressources.

R. Sevigny (université de Montréal) parle de l'approche communautaire en santé mentale en ces termes : « *le mot ou le fait important dans cette approche, c'est vraiment la communauté. C'est dans cette communauté que la personne recevra de l'aide (care) et pas seulement des soins visant à guérir (cure), que cette aide ne lui viendra pas (ou pas exclusivement) des aidants « professionnels », mais des aidants « naturels » et même des personnes de son entourage quotidien qui ne se définissent en rien comme des « aidants ». C'est dans cette communauté aussi que l'aide ou le soutien se fera dans un contexte social plus informel, plus spontané, moins organisé et moins bureaucraté. (...) L'idée centrale est claire : il faut utiliser d'autres ressources que celles des institutions hospitalières et des ressources organisées sous le mode de corporations professionnelles* »¹.

(1) in R. Sevigny, « Communauté et santé mentale à Singapour : une autre vision du « communautaire » », Revue canadienne de santé mentale communautaire, vol.10, n°1, p. 30, 1991.

••••

Une formation-sensibilisation à l'approche en santé mentale communautaire avec des intervenants professionnels

De septembre 1997 à juin 98, un groupe d'une quinzaine d'intervenants du secteur psycho-médico-social a participé à un premier cycle de formation-sensibilisation en santé mentale communautaire (sept ateliers d'un jour et demi chacun), avec l'engagement de mettre progressivement en place une dynamique communautaire au sein d'un groupe d'habitants ou de personnes fréquentant leur association. Un nouveau cycle a été organisé en 98-99 avec un autre groupe de professionnels.

Le travail de formation en santé mentale, destiné tant aux professionnels qu'aux habitants, s'articule autour de quatre moments clefs :

- Le diagnostic groupal ;
- L'élaboration en groupe des expériences individuelles, familiales et communautaires ;
- La réflexivité sur ces expériences par une analyse du contexte social ;
- La « mise en acte » de l'atelier au niveau des relations interpersonnelles et au niveau d'actions collectives.

• Le diagnostic groupal

Les thèmes abordés lors de la formation sont choisis par les participants, en fonction des principales difficultés rencontrées dans leur vie quotidienne ou leur

travail avec les populations du quartier.

A titre d'exemple, les thèmes qui ont été abordés lors des deux premiers cycles de formation sont les suivants : la santé mentale et la communauté (définition des concepts), individus - communautés : quelles complémentarités ?, les relations professionnels-habitants, les conflits de loyautés, les inquiétudes parents-enfants, etc.

• L'élaboration en groupe restreint des expériences individuelles, familiales et communautaires

L'élaboration des expériences personnelles permet aux participants d'utiliser leurs expériences de vie comme ressource, comme source de connaissance.

Dans cette étape du travail, on demande aux participants de se remémorer une expérience de vie liée au thème abordé, de mettre en forme, en mots cette expérience afin de la communiquer aux autres membres d'un groupe de quatre ou cinq personnes, chacun ayant évidemment la liberté de choisir ce qu'il souhaite raconter au groupe. Le récit se centre sur les émotions ressenties pendant et après l'expérience, sur les difficultés et les ressources mobilisées dans la situation. L'animateur aide le groupe à découvrir les similitudes et les différences entre les diverses expériences racontées. Ces similitudes et différences font « résonance » chez les participants et un travail peut se faire à travers la communication de ces résonances (« tu parles de ceci qui t'a aidé, cela me touche parce que pour moi, dans ma situation, cela aurait plutôt été un obstacle... »).

• La réflexivité sur ces expériences par une analyse du contexte social : pouvoir se penser comme acteurs sociaux

Ce travail se fait à partir des éléments rapportés par les différents sous-groupes : il s'agit de resituer ces éléments dans une perspective plus globale en vue d'une analyse du contexte social. Dans un premier temps, on opère un passage des situations individuelles vers une analyse plus collective de ces situations (« quels sont les facteurs sociaux de nos souffrances ? »). Et, dans un deuxième temps, il s'agit d'un retour de cette analyse sociale vers le vécu du sujet (« comment puis-je intégrer cette analyse sociale dans la lecture de ma propre histoire de vie ? »). Il s'agit de repositionner le sujet dans son espace social, de lui permettre de se penser comme « acteur social », de prendre conscience de sa place dans les rapports sociaux. Parallèlement à ce processus individuel, le groupe peut progressivement être amené à se penser comme acteur social.

Le rôle de l'animateur consiste à organiser les observations et suggestions de telle sorte qu'elles puissent constituer une analyse accessible à chacun. En aucun cas, il ne s'agit d'imposer des éléments théoriques non découverts par le groupe.

« On a intégré ce que vous nous avez transmis. Ce n'est pas seulement de la connaissance et du savoir, mais c'est aussi un modèle, un fonctionnement de groupe, une philosophie. »

• Education populaire et santé mentale (suite)

• La « mise en acte » de l'atelier au niveau des relations interpersonnelles et au niveau d'actions collectives : pouvoir agir comme acteurs sociaux

Il s'agit dans cette dernière étape d'aider les participants à imaginer et à concrétiser des formes de « prolongement » de l'atelier au sein de leurs communautés d'appartenance. Ces prolongements peuvent prendre différentes formes : des projets développés à titre personnel par chaque participant (« comment vais-je pouvoir être une personne-ressource pour les membres de mes différentes communautés d'appartenance ? ») ou des projets développés collectivement (« qu'est-ce que le groupe peut mettre en place pour jouer activement son rôle d'acteur social ? »). Les jeux de rôles et les mises en situation d'expériences permettent aux participants de « s'essayer » concrètement dans les interventions qu'ils pourraient développer au bénéfice de leurs communautés d'appartenance.

• • • • Développer une démarche communautaire avec des groupes d'habitants

La première étape du projet (formation-sensibilisation des intervenants) vise à permettre aux participants d'acquérir des compétences afin de mettre en place la deuxième étape du projet : développer une démarche communautaire avec des groupes d'habitants. Chacune des personnes impliquées dans le

processus de formation a donc élaboré un projet communautaire qu'elle développe à partir de son association d'appartenance. La diversité des associations a donné lieu à une grande diversité au niveau des projets élaborés. A titre d'exemple, citons quelques projets qui démarrent actuellement : trois associations de Saint-Josse ont développé un partenariat au travers duquel elles réunissent un groupe de femmes autour de questions liées au bien-être dans le quartier, une maison médicale réunit un groupe autour du thème de la solidarité, un groupe de travail a démarré avec des réfugiés et des personnes extérieures au Petit Château, sur le thème général de « l'exil au quotidien », etc.

• • • • Quelques commentaires sur le processus mis en place

Tout au long du projet, depuis le diagnostic communautaire jusqu'à aujourd'hui, les coordinateurs ont été soucieux de maintenir un questionnement permanent du processus, entre eux bien entendu, mais également avec les participants. Ils sont les garants du cadre de travail à l'intérieur duquel la démarche, la méthodologie, le contenu de la formation sont continuellement retravaillés et remis en question avec les participants. Il s'agit davantage d'un processus de construction collective que d'une formation établie une fois pour toute. Le projet a d'ailleurs fortement évolué par rapport au projet-martyr défini par le groupe de pilotage.

Le projet se situe très clairement dans

un processus d'« appropriation » par les participants d'une démarche, d'un type de travail basé sur certaines valeurs (importance de la solidarité et du lien social comme support social, reconnaissance des savoirs et des compétences de tous, stimulation des ressources, etc.) et d'adaptation en fonction de leurs terrains de travail particuliers.

Cette appropriation est facilitée par la méthodologie mise en place dans la formation : l'élaboration de savoirs collectifs à partir des expériences de vie de chacun des participants. Cette méthodologie se révèle intéressante et bien adaptée au projet.

Cette appropriation est également en lien avec l'objectif principal du projet : l'amélioration de la santé mentale et de la qualité de vie des populations car elle permet une ouverture vers des changements, à la fois individuels et collectifs. En effet, l'acte de construire un récit, la narration, permet à la personne d'être sujet de son expérience, de renforcer sa position d'acteur. Etre acteur du récit est déjà une manière d'être acteur de sa vie. Travailler la capacité d'être acteur, situer le problème en termes de société et pas uniquement en termes individuels, travailler la reconnaissance (par soi-même, par l'entourage), ce peut être le départ vers des changements individuels et collectifs.

Une version de cet article paraîtra dans la revue Lire et Ecrire en avril 2000.

La toxicomanie vue de Draguignan

Lise Thiry, virologue à l'Université libre de Bruxelles

.....

Jean-Marie Guffens est un médecin généraliste originaire de Liège, mais fixé maintenant à Saint Tropez. Il y soigne seulement par raccroc Johnny Halliday ou Elton Jones, et se voue plutôt aux problèmes des marginalisés, dans une région où abondent les toxicomanes et sidéens, face aux préjugés des Fronts Nationaux. Guffens publie une revue trimestrielle, THS : toxicomanies, hépatites, SIDA, et réunit des colloques où ceux touchés par ces problèmes parlent en citoyens comme les autres, dialoguant avec les médecins du coin et le personnel social. En juin 1999, le THS4, quatrième colloque de la série, eut lieu à Draguignan puis à Ramatuelle. Cette fois-ci, la prévention fut moins à l'ordre du jour, cédant le pas aux traitements. Dans les auditoriums, derrière les beaux visages bronzés et l'accent ensoleillé de la gent médicale locale, se révéla une anxiété devant la complexité des dosages de méthadone ou des médicaments contre les hépatites et le SIDA. De ce colloque très riche, dont les actes seront publiés, nous retiendrons ici des données sur les drogues, en demandant au lecteur de garder à l'esprit que les données épidémiologiques et sociales concernent des situations françaises ou suisses.

.....

.....

La méthadone

Le foie lie les molécules de méthadone puis les redéverse non modifiées, progressivement. Ceci explique l'effet prolongé en plateau, contrairement au pic bref et élevé qui suit une prise d'héroïne. Le besoin d'héroïne est coupé par la compétition avec la méthadone, et dès lors, l'héroïne « glisse comme sur une toile cirée ». L'alcool modifie le métabolisme du foie, qui dès lors déverse plus brutalement la méthadone, soumettant le sujet à des pics de surconcentration, alternés de manques.

L'exemple de la Suisse est au devant de la scène. A Genève, les quatre grands centres de méthadone ont évalué l'évolution de leur activité portant sur cinq cent patients et constaté que le dosage moyen journalier de méthadone a augmenté de 57 mgr à 80 mgr, de 1992 à 1998. Il a fallu se rendre à l'évidence que les doses faibles ne font pas assez concurrence à l'héroïne. Mais la dose moyenne oscille grandement d'un individu à l'autre. La variabilité concerne l'avidité des récepteurs à la méthadone et surtout le métabolisme de la drogue au niveau du foie : pour une même dose, la concentration sanguine en méthadone peut varier de un à sept. Si l'on n'écoute pas le malade lui-même, il y aura des surdosés et des sous-dosés, selon que l'individu métabolise peu ou fort la drogue.

La disponibilité en méthadone, bien répartie dans la ville de Genève, a fait tomber la prise d'héroïne, mais aussi son trafic et son prix (qui est passé de

500 francs suisses le gramme à 250 francs suisses les cinq grammes). Troquer une drogue par injection contre une drogue orale a aussi diminué l'incidence des hépatites B et C.

.....

La cocaïne

Mais dans la même ville de Genève, la fréquence de prise de cocaïne s'est élevée de 0.2 à 1.1 par jour, chez les usagers d'autres drogues. Ceux-ci visent maintenant à jouir de pics d'euphorie cocaïnique sur fonds de méthadone, alcool et cannabis. Le pourcentage de toxicomanes genevois recourant à la cocaïne est passé de 13 à 20 %, tandis qu'il atteint maintenant 80 % dans plusieurs villes des Etats-Unis. La cocaïne est prise pour compenser les doses fortes de méthadone, dont l'effet est trop sédatif. La cocaïne bloque l'absorption de dopamine, qui dès lors s'accumule dans les synapses nerveuses. Or l'héroïne et ses substituts empêchent l'action habituelle d'un inhibiteur de dopamine, ce qui provoque un crachement supplémentaire de dopamine dans les synapses. On imagine les difficultés du médecin traitant, essayant de jongler avec les doses de méthadone : au moment des pics de cocaïne, on risque un surdosage de dopamine dans les synapses, mais si l'on abaisse la dose de méthadone, les besoins pour d'autres drogues augmentent. Par ailleurs, la méthadone n'est pas seule responsable de la cocaïnomanie, car le nombre d'usagers de cocaïne a aussi augmenté dans la population générale. La cocaïne se prend d'abord en

• La toxicomanie vue de Draguignan • (suite) • • • • • • • • • •

sniffant, puis en fumant, et enfin par injection, selon une escalade qui dure trois à six mois, après quoi les récepteurs sont saturés, et la drogue se met à « glisser ». L'usager s'arrête de lui-même... pour reprendre lorsque des récepteurs sont à nouveau disponibles. Si l'on pratique un sevrage brutal au milieu d'un de ces épisodes, on déclenche une dépression et de l'anhédonie, c'est-à-dire la perte du goût au plaisir.

Pour traiter les cocaïnomanes, on conjugue les efforts des intervenants, par exemple dans des centres de jour avec thérapie de groupe. Mais lors de l'accueil, on contourne dans un premier temps le problème de dépendance, car il faut aller à l'essentiel : procurer un logement, régler des dettes, se pencher sur la comorbidité psychiatrique. Une fois la prise de drogue stabilisée, on peut essayer la réinsertion sociale, la recherche d'un emploi. Si, dès le premier emploi, les sautes de drogues provoquent des incidents avec renvoi, cela casse la volonté de l'usager.

Perspective (à très long terme) de traitement pour les usagers de cocaïne ? Chez la souris, on a injecté une molécule de cocaïne rendue immuno-gène, et suscité ainsi des anticorps contre la cocaïne, qui empêchent celle-ci de parvenir à ses cibles nerveuses.

• • • • **L'héroïne**

L'expérience genevoise de traitement à l'héroïne est aujourd'hui renommée.

Depuis 1992, elle porte sur quarante héroïnomanes accrochés aux doses fortes, et en dérive dans la société. Ce groupe de personnes traitées n'est pas stable mais connaît un va-et-vient de dix sortants vite remplacés. L'expérience est appréciée. Chaque usager reçoit de l'héroïne à volonté, mais la dose est continuellement négociée à la baisse par le médecin. La mode de la cigarette à l'héroïne a fait long feu : trop coûteux car la plus grande partie de l'héroïne s'en va en fumée. La drogue est donc injectée sur place, trois fois par jour, avec supplément d'opiacés oraux sur demande. On tente de virer vers la méthadone, en diminuant l'héroïne de quatre milligrammes, pour chaque milligramme de méthadone ajoutée. En fait, très peu renoncent complètement à l'héroïne, confirmant que l'on a sélectionné un groupe dont les récepteurs sont très avides de cette drogue. Les patients sont capables de travailler, mais les trois injections quotidiennes sur place limitent les possibilités. Et puis, les héroïnomanes graves choisis au départ avaient déjà de nombreux trous dans leur curriculum vitae. Même si les délinquances et marginalisations sont diminuées, la réinsertion sociale est assez décevante, notamment parce que ces efforts sont rattrapés par un chômage montant dans le canton.

Ce programme héroïne officiel a été reconduit de deux en deux ans, pour autant qu'il soit soumis à évaluation. Les modalités d'une nouvelle reconduite dépendent d'une votation, qui semble passionner les gens du canton.

• • • • **Le cannabis**

Il n'entraîne pas la dépendance, et présente pour principal inconvénient d'attirer les foudres répressives. En France, nonante et un mille personnes ont été interpellées par la police pour usage de cannabis, et sont désormais fichées au parquet. Le juge a le droit de les condamner à un an de prison. Qui cultive du cannabis dans son jardin est passible de vingt ans de prison en France, mais « seulement » de trois ans aux Pays-Bas. Au colloque, des banderoles circulaient pour interpeller la justice : où veut-elle aller ainsi, quels sont ses objectifs ?

• • • • **L'hyperactivité et la drogue**

Un orateur exposa la thèse que les enfants hyperactifs, incapables de fixer leur attention, de se concentrer, présenteraient une insuffisance métabolique génétique, corrigible par un médicament. Devenus adolescents, ces sujets sont avides de drogue. Quand ils découvrent l'héroïne, c'est un emballement. Des doses élevées de méthadone sont nécessaires chez eux, et constituent un véritable médicament, dont le sevrage est dangereux. Ces cas relèvent des neurologues. D'après des études animales, des stress extérieurs imposés dans le jeune âge induiraient aussi une avidité plus grande pour la cocaïne.

• • • • **En prison**

En France, sur le plan médical et social, le sort des prisonniers varie très

fort d'un établissement pénitentiaire à l'autre.

La maison d'arrêt « La Santé » de Paris héberge mille trois cents détenus pour une durée moyenne de quatre mois, avec un mouvement de dix entrants et dix sortants par jour. La population incarcérée, âgée de 25 à 40 ans, comprend 25 % d'illettrés, 35 % de toxicomanes, 70 % d'Africains noirs ou Maghrébins, et une importante population sous X, sans identité claire.

A l'entrée, les prisonniers sont reçus à toute heure à la garde par médecin, infirmière, psychiatre. Ils reçoivent eau de javel, préservatifs, brochures d'information, et la proposition de passer des tests, sous forme strictement volontaire. On essuie beaucoup de refus, mais est-ce bien le bon moment ? Les entrants, entassés dans une petite cellule d'accueil, parfois après avoir été trimballés d'une prison à l'autre pendant 72 heures dans un panier à salade sont un peu ahuris par cette avalanche de contacts. Plus d'un tiers sont sans couverture d'assurance ; leur entrée en prison représente souvent leur premier contact avec le milieu de la santé. On les affine à la sécurité sociale pour le temps de l'incarcération, et cette couverture est prolongée pour un an après la sortie de prison, mais la prolongation ne vaut que pour les citoyens français...

Pour les toxicomanes à l'entrée, on assure un traitement de substitution dégressif. Ce sevrage de méthadone induit la recherche de drogues injectables à l'intérieur de la prison. Cette quête devient impérative aux

moments où le détenu apprend une sérologie positive pour le SIDA, une hépatite B ou C, ou bien le résultat de son procès, un refus de parler, un décès dans la famille. Pour servir d'interprètes à des étrangers, on recourt à des codétenus, et même, quand nécessaire, à des sourds-muets. On trouve de tout en prison, mais la confidentialité...

Pendant le séjour, un psychologue devrait mettre en place un *projet de libération*, assurant notamment une continuité des soins, mais il n'est pas averti de la date de sortie. La brusque sortie de prison peut induire un stress grave : on sort d'une communauté, d'un nid malgré tout, d'une passivité encouragée. Comme un ballon qui se dégonfle, le « libéré » peut tomber dans une dépression profonde. Les étrangers, privés de sécurité sociale dès leur libération, ont la possibilité de s'adresser à la consultation de précarité de l'hôpital Cochin. Un quart d'entre eux s'accrochent et se font suivre. Ils sont incités à fréquenter le centre de dépistage anonyme, pour tests SIDA, hépatites B et C.

Quant aux prisonniers ex-usagers, ils ne peuvent recevoir, en général, une initiation de traitement à l'approche de la sortie. Or la majorité des cas d'overdoses surviennent après un sevrage (ici, sevrage forcé en prison). Si l'on mesure la quantité d'héroïne dans les cheveux, on en retrouve une dose assez stable chez les sujets qui prennent de l'héroïne quotidiennement, parce que les récepteurs à cette drogue sont saturés. Mais dans le cas de reprise de drogue après interruption, celle-ci va se fixer

entièrement sur des récepteurs libres, avec un maximum d'effet. Alors, pourquoi n'instaure-t-on pas de traitement de substitution en prison ? On avance pour raison, ou pour prétexte, qu'aux yeux des juges le traitement par méthadone attire l'attention sur la toxicomanie, et diminue les chances du détenu d'être libéré...

A la prison de Marseille, on note 4.4 % de séropositifs pour le SIDA à la première incarcération, mais ce taux monte à 20 % chez celui qui a connu des incarcérations répétées. Le diagnostic se fait maintenant par un test volontaire sur la salive, en général bien accepté, malgré une certaine peur que l'échantillon puisse servir à une identification génomique. Pour repérer les risques, un auto-questionnaire anonyme est effectué en l'absence de tout personnel.

C'étaient quelques nouvelles de TSH4.

La charte Alto

Une charte pour l'accompagnement des usagers de drogue par les médecins généralistes

.....

L'accompagnement des usagers de drogues en Belgique francophone par des médecins généralistes est une expérience novatrice et probablement unique à ce jour dans le monde occidental.

Cette expérience a montré et montre combien la première ligne de soins a un rôle essentiel dans la prise en charge des usagers de drogues, parmi les autres patients.

C'est pourquoi le mouvement Alto (Alternative à la toxicomanie) a rassemblé dans un texte les principes fondateurs qui réunissent en son sein ces médecins soucieux d'un accompagnement de qualité.

Ce texte exprime une philosophie générale durable. Il ne préjuge pas des modalités pratiques de l'accompagnement, qui évoluent en fonction des connaissances et de l'expérience, et s'adaptent à la diversité des individus et des situations.

Nourri par les réflexions des praticiens de terrain, cette charte a été élaborée à la demande du comité de coordination du mouvement Alto et en a reçu l'aval.

.....

.....

Le mouvement Alto

Le mouvement Alto est un réseau de médecins généralistes, travaillant en Belgique francophone, qui, au sein de leur pratique courante, accompagnent des patients usagers de drogues dans leur milieu (familial, social, économique, culturel, ...).

Ce réseau, constitué en réponse aux demandes d'aide de plus en plus nombreuses, se veut aussi espace de rencontre et de formation où, par une réflexion critique sur les pratiques, s'élabore un modèle d'accompagnement des usagers de drogues par les médecins généralistes.

.....

La pratique médicale

Plusieurs lignes de force guident l'action médicale.

L'accompagnement d'un usager de drogues relève, pour le médecin, d'une décision personnelle et non d'une obligation. Il s'agit d'un accompagnement global de la personne, au niveau médical et relationnel. Il s'inscrit dans le cadre et aux conditions habituelles de l'exercice de la médecine générale (liberté de choix du médecin, liberté thérapeutique dans les limites des bonnes pratiques, respect de la déontologie, respect du consentement éclairé du patient et du secret médical).

Le médecin acquiert et entretient une connaissance médicale suffisante des drogues, des usages, des traitements, des pathologies associées aux toxicomanies. Il est attentif aux

aspects de prévention (toxicomanies intra veineuse, maladies sexuellement transmissibles, ...) et d'éducation à la santé.

L'établissement d'une relation thérapeutique, espace de dialogue chercheur de sens, marquant l'intérêt du médecin pour un patient reconnu dans sa globalité est une composante essentielle de l'accompagnement. Sans juger ni cautionner, le médecin soutient inlassablement le patient dans son cheminement vers l'autonomie, construction de son propre destin dans le respect de soi et d'autrui.

Cette approche implique que le médecin reste attentif dans la durée, quelle que soit la longueur du traitement, aux diverses dimensions (médicale, psychologique, sociale, culturelle, économique, ...) qui accompagne l'évolution du patient. Elle est incompatible avec une pratique de consultation-minute ou de clientèle gigantesque. De même, le médecin refuse toute prescription non fondée sur un projet thérapeutique, notamment celle des psychotropes largement détournés vers un usage toxicomaniaque (flunitrazepam, barbituriques, ...).

Le médecin participe à la formation continue et aux intervisions afin d'échanger sur les pratiques, de rencontrer d'autres acteurs et aussi de partager d'éventuelles répercussions émotionnelles.

Le médecin veille à être conscient de ses propres limites et à s'assurer les collaborations éventuellement nécessaires. Il participe, si besoin, à



une approche pluridisciplinaire et s'ouvre aux aspects de santé communautaire.

•••••

Le mouvement Alto dans la société

Le médecin généraliste est en contact permanent avec l'ensemble de la population. Il est souvent le premier et parfois le seul intervenant psychomédico-social à se rendre dans les familles. De par ce contact étroit avec la population, il est confronté à la détresse de nombre de ses membres, témoin d'une crise de société dont les toxicomanies ne constituent qu'un des symptômes.

Le mouvement Alto permet aux

témoignages individuels de se rassembler et de constater, dans les problématiques individuelles soumise, l'émergence de nouvelles pathologies.

Ces problématiques de la désinsertion (absence de repères, absence d'intériorisation de valeurs, troubles somatiques, psychiques, sociaux, non accès au travail, au logement, ...) sont des problématiques globales dont la dimension pathologique n'est qu'une pointe qui nous est offerte. Au nom de ce constat, le mouvement Alto souhaite renvoyer à la collectivité les problématiques individuelles qui lui sont amenées et interpeller le monde politique et l'ensemble de la société civile. Le mouvement Alto souhaite offrir son savoir-faire de terrain et être inclus dans cette recherche.

Elaborée par un groupe de travail composé de médecins généralistes, et amendée par les médecins du mouvement Alto, cette charte a déjà récolté près de deux cent signatures en Communauté française. Pour tout renseignement ou adhésion : Alto-SSMG, rue de Suisse 8 à 1060 Bruxelles ; fax (02) 533 09 90 (*Christian Jacques, Sophie Lacroix, Axel Hoffman, Dominique Lemy, Claude Vrielinck*).

Dossier médical, dossier judiciaire : même combat ?

Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune

Il y a trois ans, la difficulté à être informé de l'avancement de l'enquête éprouvée par les parents de Julie et Melissa fut un des moteurs de la « marche blanche ». Parlant de la réforme du judiciaire dans les suites (ou les non-suites) de cette marche*, Guy Rommel, juge de paix à Saint-Gilles, dénonce un mode de fonctionnement du droit qui donne la préséance à la procédure plutôt qu'à l'usager, fut-il la victime. Il établit un parallèle piquant entre médecine et justice, dont « *l'association a déjà produit de puissants monuments, tel l'univers carcéral panoptique* » : l'une comme l'autre manifestent un penchant naturel à mettre l'usager au service de l'institution. Ainsi, les problèmes d'accès au dossier judiciaire ne manquent pas d'évoquer les réticences à l'accès au dossier médical.

(...) Cette confrontation du judiciaire à la notion élémentaire d'humanité qu'est le respect est aisément transposable à la médecine. La première humanité, que j'appelle respect élémentaire du patient, commande que le médecin lui donne accès à son dossier médical, propriété me semble-t-il du patient qui clame avec raison que son corps lui appartient. Ce cri du cœur surprend le médecin. La médecine, que des groupes internes de pression ont, pour des motifs qui pourraient être plus politiques et intéressés que thérapeutiques, assise sur le secret médical, n'a ni atteint ce stade ni même celui du débat concernant ce respect élémentaire du patient de savoir ce qui se constitue à son sujet.

Les barrières à l'accès au dossier sont certes moins institutionnalisées en

médecine que dans la sphère du droit. Elles n'en sont pas moins efficaces. Non seulement le jargon décourage l'usager de prendre connaissance de ce qui se dit à son « sujet », mais en outre les soignants, se déclarant « du côté du patient », vident de sens l'idée d'une mise en question de leur activité. Qu'en est-il alors de la « place centrale du patient » ? L'expression est ambiguë : elle tend à signifier que le patient est au centre des préoccupations des soignants, mais dessine en même temps l'image d'un patient « entouré », pourquoi pas « encerclé », prisonnier d'un système qui lui veut du bien.

Il ne s'agit pas seulement d'un effet de perspective, d'un jeu des mots. Le monde médical détient de son savoir un pouvoir qu'il justifie par sa bienveillance. Paradoxe : le patient, raison d'être des soins de santé, s'évanouit sans bruit, devient l'objet virtuel des soins qui se déploient à son intention. La place centrale : un centre géométrique sans volume ni existence propre ? Le mécanisme du paradoxe est limpide : c'est en réduisant la personne à ses paramètres physiologiques et pathologiques que sa réalité s'estompe. Revenons à Guy Rommel :

(...) L'éthique dans la pratique juridique ou médicale, c'est, pour ma part, avant tout une autre relation aux concepts du droit ou à la nosologie médicale, une manière de se situer par rapport à eux plutôt que de s'identifier à eux. En clair, les justiciables et les patients ont trop souvent le sentiment de n'être que des exemples, des illustrations, une incarnation de tels concepts ou de telles catégories de maladies. Ils se demandent si, en fin

de compte, la pratique juridique ou médicale n'a pas pour objet de préserver les concepts juridiques ou la nosologie médicale de l'oubli, plutôt que de servir les hommes.

La problématique de l'accès au dossier médical apparaît ainsi dans sa complexité. Elle ne se réduit pas à la mise à disposition de quelques documents mais porte en germe une modification radicale de l'ordre médical et des rapports entre soignants et usagers.

C'est pourquoi l'accès au dossier n'a de sens que s'il s'intègre dans un véritable partage de la parole sur la santé. Ce partage implique un transfert de compétence, transfert très particulier, car il se doit d'être bilatéral : il ne s'agit pas seulement d'enseigner l'usager, de lui donner un accès intellectuel, mais aussi d'être enseigné par lui, de prendre conscience au cas par cas de la distance entre sa réalité et celle de ce dossier. Alors seulement le patient occupera un « volume » central, et disposera d'une réelle autonomie.

Lorsqu'on interroge les soignants sur la qualité de leur communication avec les usagers, la plupart sont persuadés de bien les comprendre et de bien se faire comprendre. Qu'en pensent les patients ? D'où vient que l'accès au dossier médical semble si malaisé ? Qu'en pense Gino Russo ?

* Guy Rommel, « Marche blanche et octopus, réponse au fait social ou revanche du droit », *La Revue Nouvelle* 5-6, tome 109, mai-juin 1999, p. 106 et 107. C'est de cet article que sont extraites les citations en italique.

La tête bien faite

Edgar Morin, Seuil, 1999.

« Comment réformer l'école si on ne réforme pas la société, mais comment réformer la société si on ne réforme pas l'école ? ». Voilà une des questions auxquelles se confronte Edgar Morin dans sa réflexion sur la formation et l'enseignement.

Depuis quelques années, on a lancé le slogan de la tête bien faite en mettant l'accent sur l'aptitude à poser et à traiter des problèmes et sur la capacité de mettre en relation les savoirs pour leur donner du sens.

Parallèlement au slogan, on se rend compte qu'il y a une tendance à l'hyperspécialisation tant dans les parcours d'apprentissage que dans la pratique de nombreuses professions. Cette spécialisation à outrance mène parfois à rendre incompréhensible la transmission des connaissances aux non-spécialistes et entraîne d'autre part l'impossibilité pour les spécialistes d'aborder les problèmes dans une vision globale de société. La dérive technocratique est une bonne illustration de ce phénomène.

Le rôle de l'enseignement serait donc de permettre le développement d'une intelligence générale, d'aiguillonner l'aptitude à interroger, d'orienter la réflexion vers les problèmes fondamentaux de notre condition humaine. L'aptitude à contextualiser, à globaliser les savoirs devient un impératif éducatif.

Il devient nécessaire de développer une pensée qui saisisse les liens entre la connaissance du tout et des parties,

qui analyse les interactions entre les multiples dimensions du savoir.

Edgar Morin invite à la réflexion sur le comment apprendre à vivre dans une école de vie et de compréhension humaine, à affronter l'incertitude des limites de la connaissance. Il insiste également sur l'apprentissage citoyen qui génère une génération capable d'affronter activement les défis de la société de son temps.

travaillant sur des approches poly- ou transdisciplinaires.

La dernière partie de l'ouvrage est consacrée à la mission des enseignants. Cette fonction, parfois réduite à celle d'enseignant expert dans sa branche ou d'enseignant fonctionnaire, doit redevenir une mission.

La mission de transmission nécessite la compétence et la technique mais aussi le désir et le plaisir de trans-



Des propositions de réformes sont avancées concernant les trois degrés d'enseignement (primaire, secondaire, supérieur). A titre d'exemple, il imagine une dîme épistémologique ou transdisciplinaire qui prélèverait 10 % des cours pour les consacrer à l'établissement de liens entre les connaissances de chacune des spécialités suivies. Pour ce faire, il préconise la création d'une faculté des connaissances ou de l'humain

mettre, l'amour pour la connaissance et l'amour pour les enseignés.

Dans le prolongement de ce livre, on pourra lire avec intérêt Edgar Morin, *Relier les connaissances - Le défi du XXI^{ème} siècle*, Paris, Seuil, 1999 ; compte rendu des journées thématiques (mars 1998) conçues et animées par Edgar Morin dans le cadre d'une consultation sur la question : « Quels savoirs enseigner dans nos lycées ? ».

