

COMITÉ EUROPÉEN : DROIT, ETHIQUE ET PSYCHIATRIE

Cahiers POLLEN n°12

Août 2003

LES 10 ANS DU CEDEP

LE SOCIAL EXCLU :

SANTÉ PUBLIQUE : DÉMISSION ? DÉFAITE ?

DÉVELOPPEMENT HUMAIN ET HABILITATION CITOYENNE

**EXCLUSION SOCIALE ET SANTÉ MENTALE : STATUT DE LA CLINIQUE,
TRAITEMENTS EN IMPASSE**

B. GRAVIER, C. LOUZOUN,

ACTES DU

9^{ÈME} SEMINAIRE DU CEDEP

AIX LES BAINS, 1-4 JUIN 2000

POLLEN est une publication du

Comité Européen : Droit Ethique et psychiatrie

Président : C. Louzoun, Paris

Secrétaire : B. Gravier , Lausanne

Trésorier : P. Arteel, Gent

Siège social : 59bis, RUE DE LA ROQUETTE - 75011 PARIS
(FRANCE) - ☎ +33 1.49.29.67.77 FAX +33 1.49.29.67.78

Secrétariat : 18, AV. SEVELIN - 1004 LAUSANNE(SUISSE) -
☎ +4121 621 14 72 FAX +4121 626 13 30 ✉ :
[Bruno.Gravier@inst.hospvd.ch](mailto: Bruno.Gravier@inst.hospvd.ch)

Trésorerie : VVGG - TENDERSTRAAT 14 - 9000 GENT (BELGIQUE)
- ☎ +32 9.221.44.34 FAX +32 9.221.77.25 ✉ : paul@vvgg.be

Contact : cedep.paris@wanadoo.fr

Site internet : www.vvgg.be/CEDEP

9^{ème} Séminaire, 1-4 juin 2000

10 ANS

comme creuset pour des acteurs de la santé mentale et des droits de l'homme
comme fil rouge de réflexions interdisciplinaires et transnationales
comme forum couvrant les champs de la santé mentale, de l'éthique et du droit
comme espace critique du présent des institutions et des politiques
comme support de validation et de légitimation des approches de progrès
comme lieu de rencontres et de publications

Q

**uel bilan ? Quelles reconsidérations ?
uelles orientations et organisation ?**

« Les droits de l'homme ne nous feront pas bénir le capitalisme. Et il faut beaucoup d'innocence, ou de rouerie, à une philosophie de la communication qui prétend restaurer la société des amis ou même des sages en formant une opinion universelle comme « consensus » capable de moraliser les nations, les Etats et le marché. Les droits de l'homme ne disent rien sur les modes d'existence immanents de l'homme pourvu de droits. Et la honte d'être un homme, nous ne l'éprouvons pas seulement dans les situations extrêmes décrites par Primo Levi, mais dans des conditions insignifiantes, devant la bassesse et la vulgarité d'existence qui hantent les démocraties, devant la propagation de ces modes d'existence et de pensée-pour-le-marché, devant les valeurs, les idéaux et les opinions de notre époque. L'ignominie des possibilités de vie qui nous sont offertes apparaît du dedans. Nous ne nous sentons pas hors de notre époque, au contraire nous ne cessons de passer avec elle des compromis honteux. Ce sentiment de honte est un des plus puissants motifs de la philosophie. Nous ne sommes pas responsables des victimes, mais devant les victimes. Et il n'y a pas d'autre moyen que de faire l'animal (grogner, fouir, ricaner, se convulser) pour échapper à l'ignoble : La pensée même est parfois plus proche d'un animal qui meurt que d'un homme vivant, même démocrate. »

Gilles Deleuze, Félix Guattari, *Qu'est-ce que la philosophie ?*

« La liberté n'est pas menacée seulement par les régimes totalitaires ou autoritaires. Elle l'est aussi, de manière plus cachée mais non moins forte, par l'atrophie du conflit et de la critique, l'expansion de l'amnésie et de l'irrélevance, l'incapacité de mettre en question le présent et les institutions existantes, qu'elles soient proprement politiques ou qu'elles portent les conceptions du monde. »

Cornelius Castoriadis *Les carrefours du labyrinthe III, la « fin de la philosophie ? »*

L

e social exclu

S **anté publique : démission ? défaite ?**
→ Réalité présente de la notion de santé publique
→ Sa mise en cause : économisme, logique de marché, hygiénisme, individualisme, désengagement de l'Etat, ...
→ Peut-on parler de démission des professionnels de santé ? Peut-on parler de défaite du droit à la santé égal pour tous ?

D **éveloppement humain et habilitation citoyenne**
→ L'apparition de la notion de développement humain sur la scène internationale : présentation et dynamique.
→ Réflexion sur l'Etat-Providence
→ La question de la désaffiliation sociale

E **xclusion sociale et santé mentale :
statut de la clinique / traitements en impasse**
→ Peut-on parler de clinique de l'exclusion sociale ?
→ Analyse des traitements actuels de la désaffiliation sociale
→ Dispositif de santé mentale et traitement social de l'exclusion

TABLE DES MATIERES

<u>DIX ANS DE REFLEXION DU CEDEP : ESSAI DE SYNTHÈSE, CONTRIBUTION AU DEBAT</u>	7
<u>MISSIONS ET DEMISSIONS, FETES ET DEFAITES DE LA SANTE PUBLIQUE EN FRANCE</u>	11
<u>COMMENTAIRES PAR L'AUTEUR</u>	18
<u>DEBAT : SANTE PUBLIQUE, DEMISSION, DEFAITE ?</u>	26
<u>DEVELOPPEMENT HUMAIN ET HABILITATION CITOYENNE</u>	38
<u>DEBAT : DEVELOPPEMENT HUMAIN ET HABILITATION CITOYENNE</u>	41
<u>EXCLUSION SOCIALE ET SANTE MENTALE</u>	46
<u>DEBAT : EXCLUSION SOCIALE ET SANTE MENTALE, STATUT DE LA CLINIQUE, TRAITEMENTS EN IMPASSE</u>	52
<u>"2001 ANNEE DE LA SANTE MENTALE" EN BELGIQUE</u>	59
<u>LE DROIT FRANÇAIS ET LA PSYCHIATRIE DE SERVICE PUBLIC OU LA LOI ET LA NORME</u>	63

Contributions de

- Bruno Gravier
- Jean-Jacques Lottin
- Claude Louzoun
- Paul Arteel
- Claire-Marie Perrodin
- Jean-Pierre Legendre
- Marie-Hélène Lottin
- Jean-Pierre Martin
- Pascale Beau
- Maria Mitrossili
- Catherine Paulet
- Nanda Arvay
- Martine Baudin
- Philippe Rappard

Bruno Gravier

Dix ans de réflexion du CEDEP : essai de synthèse, contribution au débat

Après dix ans d'existence le CEDEP se doit de situer son action et sa réflexion pour donner une nouvelle impulsion à nos rencontres et dégager des axes de convergences. Pour aller plus loin, le petit bilan qui suit permet de mesurer la richesse et la densité du travail fourni.

L'étude des législations

La réflexion du CEDEP s'est organisée, en premier lieu, autour d'un travail fondateur sur les législations. C'est ce travail, poursuivi depuis dans de nombreux lieux, qu'il apparaît maintenant souhaitable de reprendre.

Ce travail sur les législations a permis de dresser un bilan des lois européennes relatives à l'hospitalisation. Il a, en particulier, abordé la question des traitements sans consentement : que ce soient les traitements contraints à l'hôpital ou dans la pratique ambulatoire jusqu'à la problématique de l'isolement et de la contention, etc.

Articulation justice-psychiatrie

L'approche des législations a été enrichie par une réflexion incessante sur la responsabilité pénale et la punissabilité, telle qu'elle peut se questionner dans l'articulation entre la justice et la psychiatrie. Le rappel de Michel Foucault par Philippe Rappard dans le texte qu'il nous a adressé¹ est à cet égard bien éclairant dans le contexte de nos interrogations : « *La pénalité n'ose plus dire qu'elle punit des crimes, car elle prétend réadapter des délinquants (...) quant à nous, psychiatres, nous devons fournir des solutions, bien qu'imparfaites, au même ensemble de problèmes (...)* ».

Une des réflexions centrales de ces 10 ans écoulés a tourné autour des oscillations et des interpellations, parfois violentes, dont nous avons été l'objet, quant à notre rôle et notre place au sein de processus comme celui de l'obligation de soin, de l'injonction thérapeutique, jusqu'à la question de la prise en charge des délinquants sexuels. Une réflexion à un niveau européen nous indique, d'ailleurs, à quel point cette question est diversement abordée à travers les législations, les pratiques, voire les engagements militants des uns et des autres.

¹ Rappard P. (1999) , Le droit français et la psychiatrie de service public, ou la loi et la norme (à paraître)

Nouvelles formes d'organisation dans la santé et le champ social

En second lieu, le CEDEP a produit une réflexion très consistante sur les nouvelles formes d'organisation de la psychiatrie, les nouvelles formes d'organisation du social et du sanitaire. Nous avons ainsi interrogé la redistribution des rôles, l'évolution de l'hospitalo-centrisme, l'irruption du quantifiable, l'évolution de la question de l'évaluation.

L'exclusion sociale

Autre axe fort de notre réflexion, les questions de l'exclusion sociale et de la restriction de l'accès au soin, ont tenu une place croissante dans nos échanges. Ceux-ci se sont fait l'écho du malaise des uns et des autres dans cette assignation qui est maintenant faite à la psychiatrie de s'emparer de cette problématique, assignation qui décentre la psychiatrie de la question initiale du sujet psychotique.

La citoyenneté

La question des droits a été aussi particulièrement balisée dans nos rencontres, en particulier autour de la problématique de la citoyenneté. Droits de l'homme, droits du patient, droits de l'utilisateur, droits des enfants, secret professionnel, ce sont autant d'aspects de la même question, centrale par rapport à notre engagement et par rapport à la raison d'être du CEDEP qui ont été débattus et abordés à travers de nombreuses publications.

Le traumatisme

Enfin, parmi tous les thèmes que nous avons abordés, la question du traumatisme et de son actualité dans le siècle, a tenu une place centrale. Il ne s'agit pas d'une question de mode, même si la clinique actuelle s'est emparée de cette problématique du traumatisme pour la décliner de nombreuses manières. Il s'est surtout agi pour le CEDEP de s'interroger sur les extrêmes et de s'engager à travers la participation et le soutien à certaines actions militantes et à certains congrès dans la question de la reconnaissance du traumatisme subi par ceux qui sont victimes des monstruosité dont est capable l'époque. Les livres sur « le Crime contre l'humanité », « le Traumatisme dans le psychisme et la culture », « La stérilisation du handicap » sont autant de témoignages de notre réflexion dans ce champ.

Une réflexion européenne ?

Pour le CEDEP, à travers l'approfondissement de ces différentes thématiques, la question est : comment peut-on décliner les deux axes qui ont légitimé notre rencontre, à savoir l'éthique et l'Europe ?

S'agit-il finalement de la simple juxtaposition de problématiques nationales, face au constat que les lois et les réalités culturelles de chaque pays conduisent inmanquablement à rendre difficilement communicables nos expériences, voire nos théorisations ?

S'agit-il d'une fracture plus complexe, nouvelle mouture de l'opposition nord-sud ? Cette fracture nous pouvons la schématiser très grossièrement dans nos discussions entre, d'un côté, une réponse pragmatique aux demandes et aux injonctions sociales qui semble être la position dominante dans l'Europe du nord et, de l'autre, le refus plus latin, souvent référé au discours psychanalytique, qui prévaut face à ces mêmes problématiques dans l'Europe du sud. Sur un plan plus sémantique on retrouve d'ailleurs cette opposition dans celle soulignée entre la notion de maladie et celle de handicap. L'appropriation ou le rejet de cette dernière notion, dont les uns et les autres se font l'écho, montre bien combien les choix sont souvent très différents même si les valeurs qui les sous-tendent ne sont pas, après une lecture attentive, très éloignées.

Après ces 10 ans de réflexion du CEDEP nous avons pu mesurer à quel point les problématiques centrales, évoquées plus haut, sont constamment présentes dans la pratique clinique ou militante de chacun, quel que soit le pays. Nous nous trouvons dans une interrogation récurrente, mais malaisée, car la réaction viscérale, mobilisatrice va s'exprimer différemment suivant qu'on se situe dans le rejet, la négociation ou le compromis. Il n'y a dans ces propos rien de bien nouveau, si ce n'est le constat que la position de rejet, que nous pouvons parfois soutenir jusqu'à l'outrance, risque de nous conduire parfois à une place qui tient plus de la position contemplative que de l'implication militante.

Le questionnement éthique

Il me semble d'ailleurs que c'est là que réside la plus grande difficulté de notre positionnement éthique. Nous nous trouvons dans une interrogation confuse, inquiétante, difficile.

En effet, la position éthique est tout, sauf la position de celui qui sait le juste. La position éthique est tout sauf la position de celui qui décline en termes manichéens les données actuelles, alors que l'analyse des réalités européennes nous incite à plus de nuance et de subtilité. Notre difficulté à construire une critique valide de ce à quoi nous sommes confrontés nous conduit trop souvent à l'anathème et à l'évacuation de la problématique à travers le slogan. Nous sommes souvent confrontés à notre difficulté à dépasser ces positions de certitude qui étaient les nôtres dans les combats et actes militants dans lesquels nous avons été impliqués et qui permettent difficilement à l'heure actuelle, on peut le concevoir, de faire avancer le débat.

La référence aux grands anciens, au caractère fécond de leur capacité d'indignation, masque parfois le vide face auquel nous nous débattons quand il s'agit de construire une prise de position, un engagement, ou simplement de poser un acte que nous voudrions de progrès.

Notre interrogation sur la manière de pouvoir transmettre notre révolte, notre indignation, notre position, indigne, à mon avis, notre difficulté à aborder la question

du pouvoir. Comment, et à qui, transmettre cette indignation qui a nourri le désaliénisme, mobilisé le secteur, etc. ? Finalement, que transmettre aujourd'hui dans le kaléidoscope des visages de la psychiatrie, de la prise en charge de la folie quand on se trouve dans l'incertitude du politiquement correct ?

La question du lien au pouvoir n'est pas si éloignée de ce double constat qui concerne autant la dénonciation incantatoire et répétitive et la difficulté à penser l'opposition, nos prises de position et les choix que nous souhaitons promouvoir, autant dans les domaines politiques que sociaux du champ psychiatrique.

Il n'est que de voir combien ce rapport douloureux au pouvoir se conjugue dans d'autres lieux où certains d'entre nous se retrouvent. Beaucoup, en effet, s'investissent dans l'humanitaire, le social, l'académique et bien sûr le politique. Voisinage indicible, parfois recherché, souvent côtoyé, toujours voué aux gémonies après la débâcle de la gauche - du moins sur le plan des idées et des projets - et l'amertume qui a suivi les engagements des uns et des autres dans cette gauche (triste constat des années Mitterrand en France, des années Gonzalez en Espagne, etc. ...).

Notre questionnement éthique est submergé par la violence à laquelle nous sommes confrontés et dont on voit bien les effets de sidération.

La question de l'approche psychiatrique des conduites pédophiliques et les débats qu'elle suscite parmi nous est un des témoignages de cette violence qui inonde. Témoignage aussi de la sidération à laquelle elle conduit et de la manière dont notre capacité d'indignation trouve là à s'employer hors de toute prise de distance critique pour nous conduire au déchirement. Par moment, nos débats ne sont-ils pas que la douloureuse reproduction de ce que média et vox populi véhiculent ?

Peut-être avons-nous là une dimension à promouvoir qui dessinerait et validerait à nouveau l'espace du CEDEP, à savoir le maintien d'un espace d'éthique de la parole qui rend possible un engagement commun, malgré la complexité des enjeux et leur enchevêtrement ? Il y a, en effet, un vrai débat à mener au sein des groupes européens qui se revendiquent d'une histoire proche, si ce n'est commune (on a vu à quel point le souvenir de Basaglia peut-être encore mobilisateur !), sur des questions tournant, par exemple autour de l'implication du psychiatre dans les processus de vérité du sujet, de dévoilement des actes, de construction du soin dans des lieux de contrainte.

Nous avons pu mesurer, à travers nos différents travaux, combien nos engagements étaient différents, variables, mais tout autant passionnés et soucieux de l'éthique du sujet, quels que soient les pays où nous exerçons, les lieux ou les modes de pratique dans lesquels nous façonnons notre exercice professionnel. Il serait dommage que le CEDEP ne puisse continuer à être ce lieu d'échanges, de rassemblement et de confrontations que nous avons souhaité qu'il soit et qui apparaît plus que nécessaire face aux défis actuels.

Jean-Jacques Lottin*

Missions et démissions, fêtes et défaites de la santé publique en France

Avant-propos

Peut-être que la santé publique est une aporie. Un objet humain fuyant dont on parle beau-coup mais qu'on voit peu. Une *praxis* qui se fait donc en se disant, dans un permanent souci d'auto-définition. Qui n'existe pas pour elle, mais pour et par ses acteurs : elle n'a pas d'autonomie.

Un euphémisme : le dernier des langages du social aujourd'hui (avant quoi ?). Un cache-sexe ou un cache-misère : la santé pour les pauvres. Un "signifiant flottant" ou flou, aux multiples définitions, qui ne fonctionne que dans le moment où ses acteurs PRODUISENT de la santé, au sens large du terme.

Cette plasticité conceptuelle est-elle la raison de l'obsession évaluatrice qu'elle provoque, un peu comme pour se justifier ou se légitimer ?

C'est une *discipline* double (au sens de Foucault) : par l'éducation pour la santé, qui (re)formate -ou punit- l'individu (je sais ce qui est bon pour toi), et par le contrôle sur la population.

C'est une "compétence" de l'Etat à gouverner le destin des corps : un **biopouvoir** qui s'exerce plus ou moins **masqué** dans le champ social. En est-elle le dernier avatar : sur un territoire de population et de décision, médicaliser l'exclusion, sanitiser la pauvreté, la souffrance, la drogue pour prévenir la pénalisation-répression, marquant l'échec du politique à les "gérer", les INSERER-INTEGRER?

Historiquement, la santé publique, c'était la guerre : aux épidémies, aux poux; la lutte contre les "fléaux" (de Dieu?) : tuberculose, alcoolisme, prostitution, SIDA, pauvreté. LE DÉPISTAGE. Son "souci" actuel du suicide, de l'homosexualité, des toxicomanies, de la "prévention" de la délinquance, questions philosophiques, morales ou sociétales, est-il sans ambiguïté ?

(Ne jamais oublier l'usage MILITAIRE de la santé publique par les systèmes autoritaires).

En même temps, la santé publique -éponge à absorber toutes les pratiques sociales- char-rie beaucoup de symbolique, et permet à l'Etat-providence en difficulté, de mobiliser les acteurs sur des valeurs militantes : solidarité, égalité, proximité, décentralisation, démocratie, urgence, réseaux, humanitaire. Et tenter ainsi d'échapper (encore) à l'Etatpénitence (L.Wacquart).

Sommes-nous proches d'une certaine vérité en définissant la "bonne" santé publique :

*directeur d'études de santé publique à Lille, vice-président de la Société française de santé publique, président du Comité scientifique de la Société européenne de santé publique

--une dynamique partenariale d'acteurs engagés sur un objectif social, cherchant à produire ensemble, dans un temps et un territoire donnés, de la santé , du sens et de la qualité de vie pour la population, hors de tout référent moral ou normalisateur, mais très vigilants au respect de l'autre et de son désir ?

Introduction.

DEFAITE DE LA SANTÉ PUBLIQUE est le titre d'un ouvrage paru en 1996 sous la signature du Dr Aquilino MORELLE. Cet énarque socialiste dénonçait avec brutalité la faillite totale du système de santé publique français, telle que l'affaire du sang contaminé l'a révélée à partir de 1991.

Faillite administrative, juridique, scientifique, morale et humaine. La France était la lanterne rouge ou la honte européenne en santé publique.

Les défaillances pointées : l'absence de contre-pouvoirs et de dispositifs d'alerte; l'insigne faiblesse intellectuelle et qualitative des services de la Direction générale de la Santé; l'absence de culture de gestion du risque et de la précaution; la place énorme laissée aux lobbies industriels; l'archaïsme du fonctionnement mandarin hospitalo-universitaire; le grand retard règlementaire et législatif. Cette faillite d'un "système pervers" sans modèle décisionnel était "génétiquement programmée": l'Etat n'était donc pas coupable...

Les scandales s'accumulaient : les hémophiles, Pasteur, l'amiante, l'hormone de croissance, Crozumarie, bientôt la vache folle, les OGM, la dioxine, le vaccin anti-hépatite B.

Ce livre électrochoc a propulsé A.MORELLE au cabinet de L.JOSPIN. Il plaidait pour que la santé (re)-devienne pleinement une affaire et une compétence d'Etat, accompagnée d'une éthique de l'égalité et d'une vision politique.

A.MORELLE a-t-il contribué à provoquer un profond revirement ?

APPAREMMENT NON, SI L'ON CONSIDERE QUE

le 9 mars 2000, les 400 médecins-inspecteurs de Santé publique qui assurent pénurieusement la marche du système étaient -une fois encore- en grève, sous le bandeau : "Avant le naufrage final... ils lancent un signal de détresse au Premier Ministre".

Les urgences hospitalières explosent.

La médecine du travail reste en crise d'identité, en quête d'une impossible indépendance, et vient de publier un Livre blanc. La Commission Européenne a enjoint la France d'avoir à "réformer" son système en 2000.

La médecine scolaire -entre temps devenue "promotion de la santé des élèves"-n'a toujours pas les effectifs lui permettant de remplir sa fonction préventive médico-sociale : 8000 élèves en moyenne par médecin.

Les "réformes" Juppé sont en place pour le plus grand bonheur des experts-comptables du néolibéralisme et des obsessionnels du PMSI. Le ministère -de manière schizophrénique-a désigné président de la CNAM un grand prédateur dont une étude de l'OFCE révélait le 5 avril que, si ses "réformes" avaient été appliquées, elles auraient détruit au moins 100 000 emplois. Donc produit beaucoup de malades...

Victoire à venir de la santé publique que de neutraliser JOHANET ?

Défaite de la santé publique de ne la considérer **que** comme un facteur de déficit. Cette vision puritaine et culpabilisante nie la réalité : la santé est productrice d'emplois, de richesses, contribue au produit intérieur brut, fait progresser la connaissance, et améliore la qualité de la vie.

Pas d'économies, mais de l'économie ! La santé **est rentable**. Elle est jouissance.

Si la santé, c'est la vie, et que la vie est constant gaspillage, alors investissons notre bourse là où

elle peut procurer du "retour éthique" (euphémisme anglo-saxon pour "profit") non virtuel :

en santé ! L'approche constipée et malthusienne de l'injonction rétrograde et non argumentée :

"il faut réduire les dépenses" est un contre-sens économique (et humain) absolu. Il s'accompagne du fantasme du TROU, dont chacun fera ici ce qu'il voudra, car IL N'EXISTE PAS.

EN SANTE, IL FAUT AU CONTRAIRE CONTINUUELLEMENT AUGMENTER LES INVESTISSEMENTS : ils sont très productifs de plus-values industrielles, financières, scientifiques, mais surtout symboliques et informelles, comme le bien et le mieux-être. Il est vrai que nos zévaluateurs philistins n'ont pas encore découvert l'échelle normalisée du bonheur...

L'ÉLECTROCHOC A POURTANT PRODUIT D'INDISCUTABLES PROGRES.

En quelques années (paradoxalement, le plan Juppé en a donné le démarrage) un immense effort -souvent désordonné et contradictoire (aporétique)- a permis à l'Etat de se doter d'outils lui assurant une meilleure gouvernance de sa responsabilité en santé.

Un Haut-Comité de Santé publique a vu le jour en 1994, constitué d'experts relativement indépendants, doté de Cahiers trimestriels de grande qualité intellectuelle (Actualités & Dossiers de santé publique), chargé d'observer l'évolution de la santé des Français, et de proposer au pou-voir des réponses programmatiques. La même année, les SROS (schéma régional d'organisation sanitaire) accentuent le processus de décentralisation de l'analyse des besoins. Leur révision en 1999 associera **mieux** les représentants de la population et des acteurs.

Une Conférence de Santé publique a lieu chaque année depuis 1996, qui fixe les priorités au gouvernement.

L'ONDAM (objectif national de dépenses d'assurance maladie) est désormais soumis au Parlement pour approbation. C'est un effort de transparence et d'implication nouvelle des élus.

Dans les Régions ont lieu chaque année des Conférences régionales, relativement ouvertes et participatives, où s'élaborent les priorités locales de santé, et qui renforcent la **pertinence** de ce territoire comme siège de la priorisation des demandes et de l'adaptation des moyens.

En 2000, première année du XIIème Plan, tous les contrats de ville et d'agglomération comportent désormais une ligne d'actions de santé.

Une batterie d'Agences techniques d'experts a vu le jour, chargée de veiller, surveiller, contrôler, alerter, émettre des avis en matière de risque et de sécurité sanitaire des aliments, des médicaments, du sang, de l'environnement, et des produits

agricoles et vétérinaires. Mais toutes ces structures “externalisées” SONT L’ÉTAT sans l’être, ce qui maintient la confusion ambiante.

Elles correspondent aux “task forces” américaines (détachement spécial très militaire...).

La CMU (Couverture maladie universelle) constitue une réelle avancée du droit des pauvres à être moins “inégales” devant les soins. Cet effort de rattrapage s’accompagne d’une modification sensible de l’idéologie de santé publique de l’Etat, que le grand traumatisme collectif du SIDA a réorienté obsessionnellement vers une culture préventive et rédemptrice de la réduction des risques pour la santé, et une culture de la SECURITÉ (police sanitaire ?) au détriment de “la santé pour tous”. Le politique devra corriger ce déséquilibre venant de Bruxelles.

En 1998 est née l’Association nationale des médecins des collectivités territoriales. C’est une bonne nouvelle lorsque le nombre des partenaires s’accroît.

Il aura fallu une catastrophe morale pour que s’affirme en France la validité (inévaluable)

d’une approche plus communautaire par la promotion de la santé pour *réhabiliter* la santé publique : c’est donc bien **l’intrusion de la population, de ses représentants, dans ce qui les regarde, qui aura permis ce sursaut**. La formule astucieuse de Bernard KOUCHNER sur la “démocratie sanitaire” ne peut que rendre hommage aux citoyens réaménageurs.

Le principe de précaution a enfin largement trouvé droit de cité, non pas comme une mesure frileuse et conservatrice (dans le doute abstiens-toi), mais dynamique et mobilisatrice : quand Pierre MAUROY, Maire de Lille ordonne la fermeture d’une usine d’incinération d’ordures avérée produire de la dioxine, son geste apparaît politique (maternel) et hippocratique (primum non nocere), puisqu’il s’accompagne d’une pédagogie, et se soucie de la population.

MAIS LA VALSE HÉSITATION CONTINUE...

Car la France n’a toujours pas de Ministère de la santé publique, son petit Secrétariat d’Etat étant un satellite des Affaires sociales, lui-même très dépendant de la “générosité” du Budget. Il continue de déléguer largement ses **missions** médico-sociales à une myriade d’associations Loi de 1901 (par exemple dans le champ de l’alcoolisme ou de l’aide à la recherche contre le cancer), “agrées de service public”. Et pourtant, il s’agit rien moins que de gérer 10% du PIB.

Et que penser des téléthons et autres sidathons ?

Autre nouveauté, l’Assemblée Nationale a mis en place un remarquable outil de vérité et de transparence : l’Office parlementaire d’évaluation des choix scientifiques et technologiques. Fonctionnant sans langue de bois, et s’associant les compétences des experts en tant que de besoin, elle publie régulièrement des rapports décapants pouvant mobiliser le législatif : sur l’amiante, le sang, la bioéthique, le nucléaire ou les défaillances des systèmes d’alerte.

Dans le champ des pollutions, quelques mesurètes encore timorées apparaissent, comme l’obligation faite par la Loi sur l’air (qui affirme que respirer un air de bonne qualité est un Droit) de réaliser des PRQA (plans régionaux de la qualité de l’air) pour mettre en évidence la géographie des émissions, mais sans donner aux Préfets d’autre pouvoir que de RECOMMANDER aux personnes fragiles (asthmatiques) de ne pas circuler lorsque les seuils d’alerte sont dépassés. Cette demi-mesure a pour principal effet pervers de tolérer qu’un important bruit de fond toxique persiste “naturellement” tout au long de l’année, hors période de pics...

Le récent “putsch” de la MILDT a permis d’accélérer l’histoire dans le champ des dépendances, Madame MAESTRACCI ayant réussi en quelques mois à imposer une approche plus globale que celle par les produits, et permis au Premier Ministre d’impliquer 17 ministères... Au détriment de la DGS, qui a toujours aussi peu d’initiative et de moyens.

La santé publique académique et universitaire meurt doucement : chaque chaire classique libérée est réattribuée aux DIM ou à d’autres champs cliniques, cela au moment où beaucoup d’internes choisissent la santé publique, qui risque de se réduire pour eux à l’épidémiologie et à la gestion hospitalière.

L’Ecole de Rennes de Santé publique commence enfin à se préoccuper de fabriquer autre chose que des directeurs-comptables d’hôpitaux. Elle s’est mise en réseau dans l’ASPHER (Association européenne des écoles de santé publique), titre son journal interne N°46 “La promotion de la santé : la nouvelle santé publique ?” et ouvre des stages de formation aux Droits humains comme déterminant de la santé, selon la philosophie de Jonathan MANN, tragiquement disparu en juillet 1998, au retour du Congrès de Grenoble de la Société française de santé publique (dont j’assume la vice-présidence) où il avait prononcé une conférence fondatrice sur “Santé publique, éthique & Droits de la personne”.

Dans son préambule, il rappelait que l’échec de la santé publique aux USA est du à la focalisation sur son statut économique et sur sa dimension biomédicale, au détriment de sa portée sociale et humaine.

Sa révolution copernicienne consiste à réintroduire les droits de l’homme comme principe radical de toute action destinée à la population. Utopie, ou paradigme?

Pour quitter l’aporie, la santé publique ne peut être qu’un mouvement social issu d’une construction historique, consciente de ses enjeux politiques.

Dans cette foulée des Droits revendiqués, se pointent les associations d’usagers ou de malades (cancer), un peu sur le modèle du SIDA . Ils exigent le droit du patient à devenir usager, co-acteur plutôt que client qu’on éduque ou informe.

Par ailleurs, dans nos provinces retirées, l’Etat a mis en place des Préfets sanitaires dotés d’énormes pouvoirs, gestionnaires des budgets, grands arbitres entre les besoins et l’offre de “panier de biens et de services”. Ces directeurs régionaux de l’hospitalisation recentralisent la déconcentration des moyens de l’Etat, à l’heure où l’exigence de vraie décentralisation se développe, et demande (comme nous le verrons dans le Nord-Pas-de-Calais) d’expérimenter des Agences régionales de santé, les hôpitaux étant dévolus (comme les lycées) aux Conseils régionaux, dotés de moyens financiers adaptés, voire encore positivement discriminants.

DECENTRALISER, DEMOCRATISER, DEVELOPPER LES DEPENSES, METTRE LES DROITS HUMAINS AU COEUR DU DISPOSITIF DE SANTE PUBLIQUE: nous sommes dans la “simplicité” des réponses.

ET L’EUROPE ?

La Commission européenne s’intéresse peu à la santé publique, dont il a fallu attendre le Traité d’Amsterdam du 1mai 1999 pour que l’Article 129 de celui de Maastricht de 1995 ait enfin force de loi, et intègre cette préoccupation à ses politiques.

Le budget communautaire a réussi, en 1998, à dégager presque UN % pour la santé... selon une vision très restrictive : les cancers, les "drogues", le Sida, la sécurité et la veille sanitaires.

La PAC (politique agricole commune) représente toujours 40% de ce budget, dont une part importante va en subventions directes aux planteurs de tabac italiens et grecs, et à la recherche transgènique... Il est vrai qu'à Bruxelles, il n'y a pas de lobby pro-santé, et règne l'ultralibéralisme.

Grâce à Schengen, les drogues circulent librement, mais la Suède n'a plus le droit de taxer ses alcools au titre de la prévention par la fiscalité.

Parmi les lobbies les mieux installés à Bruxelles (4, rue de la Science-sic), Merck, Glaxo Wellcome, Astra-Zeneca, Pharmiweb, Upjohn, et la Société nationale (sic) de l'industrie pharmaceutique de France (SNIP) qui interfèrent avec naturel dans les lieux décisionnels, selon les arcanes révélés par le livre de Topuz et Lenglet : "Des lobbies contre la santé" (Syros 1998).

La France présidera le Conseil des ministres de l'Union européenne de juillet à décembre 2000. Notre ambition, à la Société française de santé publique, est de pousser quelques dossiers, particulièrement dans le champ de la sécurité alimentaire, mais en protégeant nos fromages fermiers fermentés qui ne sont plus aussi hygiéniquement corrects que les pâtes cuites de type "babymacdobel".

L'OMS (Organisation mondiale de la santé) sort progressivement de son coma bureaucratique avancé. Il aura fallu une féroce campagne de presse, et la publication des dépenses folkloriques (une espèce d'"ARC" à l'échelle mondiale, ou peut-être de mouvement olympique : les paroles sont vertueuses, mais les actes puent le fric et la corruption). Il est vrai que l'OMS ne disposait que d'un maigre budget de moins de trois milliards de francs par an (celui d'un CHU français moyen), dont 65% partaient en somptuaire...

Et l'arrivée en 1998, in-extremis, d'une "docteur Justice" épatante : madame Gro HARLEM- BRUNDTLAND, ex-premier Ministre travailliste norvégien, militante du principe de précaution, instigatrice de la Conférence mondiale de Rio sur l'environnement, qui a vaillamment commencé à nettoyer les écuries de ses trop nombreux parasites. La reconquête de la confiance est à ce prix. Car, entre temps, cette gabegie aura fait la fortune des ONG parées de la vertu de l'honnêteté et d'impeccables alibis humanitaires.

Sur le front associatif, la pureté des intentions ne suffit plus : la EUPHA (Association européenne des sociétés de santé publique) vient de signer un pacte de mécénat avec le monopole américain Merck Sharp & Dohme qui "contrôlait" déjà la EHMA (Association européenne de management des soins de santé), et la *Revue des Buts et Priorités en santé*, paraissant dans 18 états européens. La EUPHA a gagné des moyens de fonctionnement, et irrémédiablement perdu son âme. Qui s'étonnera ensuite que la pensée du modèle dominant s'infilte jusque dans les hôpitaux de l'AP de Paris, dont la direction, pour la première fois a "recommandé" à ses chercheurs de dorénavant publier leurs résultats DIRECTEMENT en anglais.

Certains font mine de s'étonner des progrès d'un anti-américanisme. Est-il si difficile de conserver une autonomie de pensée s'appuyant sur une autre culture que celle de l'entreprise US ?

D'essence germanique et d'inspiration protestante, la santé publique est aujourd'hui totalement pensée et agie "en anglo-saxon".

Tout modèle d'organisation ou système scientifiquement fondé (le fameux "evidence based", souvent traduit en français par "évidence", alors qu'il s'agit de **preuve**) véhicule dans son sillage une vision idéologique tout sauf neutre. Il est ahurissant de feuilleter le sommaire de la revue *Evidence based medicine journal* (co-éditée par les British Medical Association, American College of Physicians et American Society of Internal Medicine) dont le sous-titre proclame -à la manière d'un slogan- "de la nécessité d'une médecine basée sur des faits prouvés par la clinique"... (démonstration, SVP ! comment dit-on inconscient en anglais ?)

Le modèle scientifique épidémiologique-comptable est paradigmatiquement américain, et tout chercheur un peu "branché" rêve de faire au moins un pèlerinage au CDC d'Atlanta, ou à John's Hopkins de Baltimore. Alors que BOBIGNY, c'est tellement mieux.

Lorsque la dernière Conférence nationale de santé évoque ce qu'il faut "mettre dans le panier de biens et de services de santé", elle ne fait que traduire à la lettre les formules de l'école de Chicago, et refonde le modèle français de santé publique sur l'hospitalocentrisme dont les dégâts sont pourtant largement connus : 15% des "guérisons" seulement sont dues au curatif (ce qui est marginal), alors que 90% des budgets vont aux hôpitaux qui renvoient chez eux chaque année 800 000 personnes atteintes d'une infection nosocomiale qu'ils y ont attrapée, et dont près de 10 000 mourra. Qui évaluera cette gabegie : le "trou" de la sécu est bien là; pas chez les médecins de ville.

Qui veut encore de cette santé publique-là ?

Le modèle américain fascine par sa "perfection" mathématique. Peu de chercheurs s'étonnent pourtant que les effets de ces systèmes théoriques empiriocriticistes ou paranoïaques soient peu visibles dans la rue où triomphent les inégalités. Mais vont-ils voir dans la rue ?

* * * * *

Défaites, victoires ? Missions, démissions ? Il semblerait que nous soyons restés tout de même plus concrets en France, sensibles aux décalages de la raison théorique avec le réel...

UNE REPOSE LOCALE, CELLE DU NORD-PAS-DE-CALAIS, productrice à sa manière de santé collective peut servir à ouvrir le débat sur "quelle issue à la crise permanente de la santé publique comme effort collectif jamais abouti de production de santé pour la population", sans lui faire la guerre, mais en l'associant à toutes les phases de la recherche des besoins, et de la répartition "équitable" des moyens.

Jean-Jacques Lottin

Commentaires par l'auteur

La santé scolaire demeure misérable. La pénurie des médecins inspecteurs de santé publique continue d'avoir des conséquences sur leur travail de sensibilisation, mais aussi de gestion des problèmes de santé en province.

Je parle aussi des réformes de Juppé, de ces choses complexes qui sont à la fois positives et posent des problèmes d'intrusion d'acteurs nouveaux dans le champ de la santé. Je parle surtout - c'est un point qui me tient à cœur - comme quelqu'un qui travaille dans des structures qui répartissent des subsides, et qui écoutent des demandes.

Je hurle continuellement contre l'obsession du coût : le coût des soins, le coût de la santé, contre l'argent gaspillé, contre l'économisme, contre le contrôle, contre l'évaluation, ça me rend colérique, parce que je pense qu'il y a un non-sens à tous les titres, une erreur absolue.

La rentabilité ?

Est-ce qu'on demande à un lycée d'être "rentable". Est-ce qu'on lui demande autre chose que de former de futurs citoyens quel qu'en soit le coût ? Certes le coût existe, il est réel, c'est une donnée économique. Mais que celui-ci prime, est-ce le déterminant pour développer ou non les lycées ? Est-ce qu'on s'occupe du déficit financier des lycées ? Qu'est-ce que cette histoire de s'énervier en permanence, de mettre dans la tête de tous les acteurs de manière méthodique - j'allais dire de manière maniaque et systématique - l'idée qu'il serait dangereux pour l'état de la France d'augmenter les budgets de santé sous prétexte que c'est immédiatement évaluable. On ne peut pas savoir si l'argent investi ici ou là est effectivement, efficace en terme de guérison ou en terme de soins.

Ce qu'on sait en tout cas, c'est que l'argent investi dans la santé est formidablement productif. Il est productif, d'une manière ou d'une autre, de bien-être parce qu'il y a aussi des personnes qui sortent du champ hospitalier ou du champ du soin avec une situation personnelle plus satisfaisante. Ca existe, il y a aussi parfois de la guérison. C'est un engagement, un choix de vie, un choix de vision positive de la possibilité de

l'humain. Je crois que c'est très progressiste d'augmenter le budget de la santé. Pas l'augmenter pour l'augmenter, la question du PIB n'entre pas en ligne de compte.

Décentralisation

La question est : quelle est la démarche démocratique en France actuellement pour définir l'enveloppe attribuée à la prise en charge les problèmes de santé de la population ? Cette enveloppe, jusqu'à présent, a été déterminée au sommet, par des choix politiques, par des choix centralisés, par des choix concentrés à partir d'éléments qui n'étaient pas mis en question ou en débats dans la population. Je crois que parmi les effets de la défaite de la santé publique en France, il y a une accélération de la mise en place de structures plus décentralisées qui ont tendance à déplacer le lieu de décision pour les engagements de santé, plus près de la population. Il y a une très relative ré-accélération de la décentralisation. Je dis très relative, parce que décentraliser veut dire à la fois déplacer le lieu où s'établit le besoin et le lieu où se décide la réponse à apporter au besoin. Ce n'est pas exactement ce qui se fait actuellement avec la mise en place des ARH (Agences Régionales de l'Hospitalisation) avec les préfets sanitaires tout puissants, très riches, et des petites équipes stratégiques prêtes à monter à l'assaut des problèmes et des besoins. En même temps, cette déconcentration partielle des décisions en matière de santé dans les régions a donné des idées.

Mais, après tout, pourquoi ne déciderait-on pas au pays ? comme on disait autrefois ! Pourquoi ne tenterait-on pas de retourner cette espèce de dialectique, d'attribution par le haut d'une enveloppe en instaurant des clés de répartition et des péréquations et des discriminants positifs en fonction des régions plus défavorisées, par exemple le Nord Pas-de-Calais ? Pourquoi n'y aurait-il pas mise en place de procédures, de définitions locales prenant au mot l'envie de décentralisation et y associant au maximum les citoyens, les habitants, les usagers et tous ceux qui, jusqu'à présent, n'ont pas voix au chapitre.

Dans cet esprit, les conférences régionales de santé sont des instances qui se réunissent chaque année avec un jury, avec des experts ayant une certaine indépendance par rapport au monde institutionnel. Ce sont des grand-messes qui peu à peu s'ouvrent aux usagers, du moins à leurs représentants, aux associations, aux syndicats, y compris médicaux. Ce sont des lieux où peu à peu s'affine la perception des " vrais " besoins - si l'on peut dire. Entre temps, il y a du travail sur le terrain : des observatoires régionaux de la santé qui observent, jaugent, estiment, analysent, supputent, font des statistiques et essayent de donner du sens à ces statistiques. C'est à dire que la connaissance s'accélère de ce qui se passe au plus près, ou le plus loin de Paris, par des outils nouveaux qui sont mis en place et ont tendance à fonctionner.

Quelque chose est symboliquement assez intéressant : depuis cette année l'enveloppe nationale mise à disposition de l'appareil de soins par la sécurité sociale doit recevoir l'agrément du Parlement. Cela veut dire qu'il doit être officialisé. Il y a une espèce de récupération par le politique ou une volonté que le politique s'engage à nouveau sur le contenu et l'évolution de la dotation, sur les priorités désignées par cette dotation et sur la manière dont elle sera répartie.

N'idéalisons pas, ce n'est pas encore la décentralisation. Il n'y a pas encore vraiment d'outils pour décider à l'échelon des régions, mais il y a eu tout de même une accélération de ce projet.

Les habitants, les usagers ont été complètement exclus de tout ce qui s'est passé pendant 10 ans, de toutes les décisions prises au sommet en matière de santé publique. Il y a peut-être quelque chose qui bouge, c'est certainement le côté le plus vital, c'était ça ou le désastre (de la défaite au désastre). Il y a un mouvement à partir de cette décentralisation des moyens, à partir de que Kouchner a appelé très joliment la démocratie sanitaire. Encore faut-il y donner un contenu. Il nous appartient de faire en sorte que ce processus de décentralisation soit vraiment un processus de démocratisation.

Le retour du politique

10 ans après l'affaire du sang contaminé, les années actuelles sont peut-être marquées par l'intrusion d'un acteur nouveau. Il y a peut-être un avenir, un espoir que la santé publique puisse connaître un certain essor en se repolitisant, en et en écoutant ce qui peut se passer ailleurs. Moyennant quoi, il n'y a toujours pas de ministre de la santé publique, moyennant quoi, il y a toujours ce que j'appelle la valse hésitation.

J'évoquais la Commission européenne et le fait que celle-ci consacre 45 fois le budget de la santé à l'aide à la politique agricole commune. Ce sont des choix politiques, ce ne sont pas des choix liés à la santé publique. Ce sont des choix de développement du sud de l'Europe, de la Grèce, du sud de l'Italie. La moitié des aides de la politique agricole commune est consacrée à la plantation de tabac. On ne peut pas, à la fois, faire une politique de santé publique en disant attention, c'est épouvantable, c'est 200'000 morts en Europe chaque année, et en même temps consacrer 40 % du budget européen à une politique d'aides à la plantation de tabac (Par ailleurs, de très mauvaise qualité et dont on fait des cigarettes qu'on exporte en Ukraine ou au Montenegro, d'où elles reviennent par des circuits clandestins entre l'Albanie et l'Italie sous des marques américaines)...

C'est aussi cela, l'Europe. A Bruxelles, les industries pharmaceutiques ont un pouvoir tout à fait considérable en matière d'orientation, de choix, de politiques et, en même temps, une certaine inefficacité si on regarde les contenus concrets. Les politiques qui ont bénéficié de subsides en 2000 par la Commission européenne tournent autour de visions classiques : lutte contre le cancer, le sida, les drogues.

Sécurité et qualité

Quelque chose arrive maintenant avec une certaine violence et qui s'appelle " sécurité - qualité. "

Avec la vache folle, la dioxine, le sang contaminé, une terreur des scandales de santé publique se développe à l'échelle européenne avec pour conséquence la mise en place de gardes-fou et de toute une série de moyens finalement très militaires.

Dans la santé publique on est tout le temps dans des images militaires : le contrôle, la surveillance, l'observation, la stratégie, la mise en place de programmes d'actions etc.

et puis tout un coup, il se passe quelque chose et on envoie des commandos (task forces) sur le terrain. Ils ne sont pas tous parachutés, mais certains sont dans un état d'esprit particulier. La santé publique ne fait pas encore partie des priorités de l'Europe d'Amsterdam.

L'Organisation Mondiale de la Santé a failli y laisser sa peau, c'est une rescapée. C'est une structure qui a été longtemps sympathique mais qui a été aussi d'une inefficacité absolue ces 10 dernières années, et n'a pas beaucoup utilisé d'argent. Finalement, la morale est sauvée. L'OMS a tenté de faire des programmes de soins primaires dans les pays les plus démunis parce que la logique de l'OMS, n'est pas vraiment une logique d'intervention dans les pays riches.

L'OMS comme beaucoup de structures de type mondial, UNESCO, FAO etc., a tendance à se casser la figure, si les moyens financiers ne suivent pas. Il y a eu des guerres internes qui ont fait qu'il y a eu une paralysie. L'arrivée de Mme Brundtland a provoqué une espèce de choc qui a permis de faire un peu le ménage et de relancer une mécanique qui est finalement très pauvre (en 2000, son budget représentait l'équivalent de trois milliards de francs). Ce n'est pas beaucoup, dans l'absolu pour une organisation mondiale compte tenu des besoins de santé à l'échelle mondiale.

Je travaille sur le programme du congrès de la Société Européenne de Santé Publique, dont l'organisation est attribuée à la Société Française. Ce programme a choisi de manière très fédérative "réduire les inégalités de santé en Europe". En raison de la présidence française de l'Union Européenne, à partir de juillet 2000, le thème "nutrition et alimentation" a été privilégié parce qu'on pense à des propositions de recommandations à faire à la Commission Européenne.

Le nivellement par la langue

Ce projet, pour moi est très symptomatique de la manière dont fonctionne la Santé Publique en Europe. C'est un congrès en France, à Paris, et nous n'avons pas eu l'autorisation de nous exprimer en français.

Il existe pourtant une loi Toubon qui stipule qu'un congrès scientifique se tenant en France, avec des protagonistes français, doit se tenir en français avec des traductions. C'est là que très concrètement, j'ai dû réapprendre l'anglais pour être un bon président de comité scientifique organisateur. Parce que les 24 pays membres de la Société Européenne parlent naturellement l'anglais entre eux. Mais cela implique que l'on parle en Europe - entre portugais, allemands, macédoniens qui viennent d'adhérer, slovènes - de santé publique en anglais. On véhicule donc des concepts qui n'ont pas exactement le même sens en traduction littérale qu'en français et qui induisent progressivement ce que R. Debray appelle une espèce d'américanisation lente. Le modèle que véhicule la langue n'est pas neutre. Il y a le véhicule idéologique en anglais, y compris parce que cette langue est une langue qui ne fait pas beaucoup de fantaisies et ne laisse pas beaucoup de place pour philosopher, pour le relativisme ou pour la mise en doute. Nous avons joué le jeu et publié notre programme en anglais et on se rend compte que c'est réducteur, car toujours "pragmatique". Ce n'est pas de l'anti-anglais ou de l'anti-américanisme primaire.

Ces congrès sont de plus en plus financés par des grosses sociétés américaines. Par exemple, la Société Européenne, vient de signer un contrat léonin avec MSD qui est un laboratoire dominant américain qui contrôlait déjà toute une série de publications et qui contrôle à peu près 70 % des congrès de politique de santé à l'échelle Européenne. Cette société diffuse tranquillement une vision "evidence based" de la santé avec un scientisme tranquille qui est bien dans la descendance protestante du modèle anglo-saxon de la première santé publique, du modèle bismarkien, du modèle luthérien puis du modèle calviniste. On est pas loin ici de ce mode de fonctionnement y compris par rapport à l'argent, par rapport à l'économie, par rapport au placement, au retour éthique sur investissement, cette espèce de justice du profit qui n'est pas discutable, mais qui en même temps dans le champ de la santé publique pose quelques questions.

Je vous ai joint une bibliographie, sur le modèle académique. Elle n'est pas très médicale, elle butine. Ca me rappelle Wacquant qui parle d'éponge : la santé publique est une éponge, elle absorbe, elle mange à tous les râteliers, elle pioche dans des champs qui ne sont pas les siens pour faire une espèce de conglomérat de pensée qui sont en prise sur la réalité. On est des pillards d'idées, comme disait J.Ralite..

Je crois que c'est aussi un des statuts de la fonction publique. Elle ne sait pas grand chose et si elle est intelligente et curieuse, elle regarde ce qui se passe dans les autres champs des sciences sociales et des sciences humaines et elle y pioche un certain nombre d'idées qu'elle tente de mettre en accord avec la demande sociale, et les besoins de la population. Il me semble, en tant qu'acteur, absolument indispensable que la santé reste de la compétence de l'Etat parce qu'il n'y a que l'Etat qui puisse garantir l'égalité d'accès et éviter d'entrer dans l'iniquité.

Bibliographie aléatoire

1. (Une) affaire d'Etat : hygiène et contrôle des "sauvages de l'intérieur". La Recherche N° 281. Paris. Juillet 1995.
2. (L') affaire de l'amiante. Roger LENGLET. La Découverte. Paris 1996.
3. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : une conférence internationale vers une nouvelle santé publique. Editions de l'OMS. 1986.
4. (Le) concept de responsabilité. Essai d'analyse sémantique. Esprit novembre 1994. Paris.
5. Contre-feux. Pierre BOURDIEU. Raison d'Agir. Liber. Paris 1998.
6. (La) crise de l'Etat-providence. Pierre ROSANVALLON. Le Seuil. Paris 1992.
7. (La) défaite de la santé publique. Aquilino MORELLE. Flammarion. Paris 1996.
8. (Les) devenirs possibles du système de santé français à l'horizon 2010. Raymond SOUBIE. Rapport au Gouvernement. Documentation française. Paris 1996.
9. Diafoirus et Tartuffe. (pour mémoire).
10. (L') économie de la santé à l'heure des choix. François STASSE. Fondation Saint-Simon. Paris 1993.
11. (L') ère de la médicalisation. Pierre AIACH & Daniel DELANOË. Anthropos. Paris 1998.
12. (L') espace politique de la santé. Didier FASSIN. PUF. Paris 1996.
13. (Les) évangélistes du marché. Keith DIXON. Editions Raison d'Agir. Liber. Paris 1998.
14. (Les) figures urbaines de la santé publique. Didier FASSIN & al. La Découverte. Collection Recherches. Paris 1998.
15. (La) fin de la médecine à visage humain. Peter SKRABANEK. Odile Jacob. Paris 1995.
16. (Les) habitants aménageurs. Pascal PERCQ. Groupe de Salvador. Editions de l'Aube. Paris 1994.
17. (L') horreur économique. Viviane FORRESTER. Fayard. Paris 1997.
18. (L') hygiène dans la République. La santé publique en France, ou l'utopie contrariée 1870-1914. L. MURARD, P. ZYLBERMAN. Fayard. Paris 1996.
19. Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie. Georges CANGUILHEM. Librairie philosophique Vrin. Paris 1977.
20. (Les) inégalités sociales de santé. Bernard PISSARRO. Journées d'économie de la santé. Actes. Clichy 1995.
21. Knock. Jules ROMAINS. Livre de poche. Paris 1996.
22. Libéralisme, une nouvelle pathologie ? Didier MÉNARD. Pratiques N° 8. Paris janvier 2000.
23. (Des) lobbies contre la santé. Bernard TOPUZ & Robert LENGLET. Syros. Paris 1998.
24. (De la) maladie médicale. Jean-Pierre LEBRUN. De Boeck Université. Bruxelles 1993.
25. (Les) médecins face à l'Etat. Patrick HASSENTEUFEL. Les Presses de Sciences Po. Paris 1997.
26. Némésis médicale. L'expropriation de la santé. Ivan ILLITCH. Le Seuil. Paris 1976.

27. (Les) nouveaux enjeux des politiques de santé. ENA. Promotion René Char. La Documentation française. Paris 1995.
28. (La) nouvelle question sociale. Repenser l'Etat-providence. Pierre ROSANVALLON. Le Seuil. Paris 1995.
29. OMS, le bateau ivre de la santé publique. Les dérives et les échecs de l'Agence des Nations-Unies. DEVEAUD & LEMENNICIER. L'Harmattan. Paris 1997.
30. (L') ordre cannibale. (Vie et mort de la médecine). "Economie sociale du mal". Jacques ATTALI. Grasset. Paris 1979.
31. (De l') ordre médical (à propos d'une "peur moderne"). Dominique LECOURT. Agora N° 16. Paris 1990/91.
32. (De la) pauvreté traitée comme une maladie. Michel PARAZELLI. Le Monde diplomatique, déc. Paris 1995.
33. (Le) panier de biens et services de santé, première approche. Rapport du Haut comité de Santé publique à la Conférence de santé 2000. Paris CNS.
34. Politique du risque et expertise plurielle : la technoscience au péril de la démocratie. Christophe BONNEUIL & Jean-Paul GAUDILLIERE. Mouvements N°7. Paris 2000.
35. Pour une anthropologie réflexive. Réponses. Pierre BOURDIEU (Et Louis WACQUANT). Le Seuil. Paris 1992.
36. (Les) prisons de la misère. Loïc WACQUANT. Raisons d'agir Editions. Paris 1999.
37. (Le) procès. Franz KAFKA. Le Livre de poche. Paris 1982.
38. Promouvoir la santé. Michel BASS. L'Harmattan. Paris 1994.
39. Propositions pour une politique de prévention. Rapport au Ministre de la santé. Sous la direction de Bernard PISSARRO & François GREMY. La Documentation française. Paris 1982.
40. Psychiatrie populaire. Lucien BONNAFE. Le Scarabée-CEMEA. Paris 1981.
41. Qui décide de notre santé ? Le citoyen face aux experts. Bernard CASSOU & Michel SCHIFF. Syros. Paris 1998.
42. (La) refondation du monde. Jean-Claude GUILLEBAUD. Le Seuil. Paris 1999.
43. (Quand la) santé devient publique. Jean-François GIRARD. Hachette-Littératures. Paris 1998.
44. Santé publique, du biopouvoir à la démocratie. Philippe LECORPS & Jean-Bernard PATURET. Editions ENSP. Rennes 2000.
45. Santé, mon cher souci. Béatrice MAJNONI d'INTIGNANO. Editions Economica. Paris 1987.
46. Santé publique. Sous la direction de Gilles BRUCKER & Didier FASSIN. Ellipses. Paris 1989.
47. Santé-Critique-Pratique-Autogestion. Revue Pratiques N°1. Savelli. Paris 1997.
48. Santé publique et Droits de l'homme. Jonathan MANN. Espace Ethique. Paris 1997.
49. Santé publique et territoires. 10 ans de décentralisation. SFSP. ENSP. PIR-Villes. Nancy 1995.
50. (La) santé à bras le corps. De l'assistance à l'autonomie. Autrement. Le Seuil. Paris 1980.
51. (La) santé passe par la dignité. L'engagement d'un médecin. François-Paul DEBIONNE. Les éditions de l'Atelier. Paris 2000.
52. (La) santé parfaite. Critique d'une nouvelle utopie. Lucien SFEZ. Le Seuil. Paris 1995.

53. (La) santé n'est pas à vendre. Pratiques N°8. Les Cahiers de la médecine Utopique janvier 2000. SMG. Paris.
54. (La) santé intouchable. Enquête sur une crise et ses remèdes. J. de KERVASDOUE. J.C. Lattès. Paris 1996.
55. Santé publique et libertés individuelles. Emile MALLET. "Tirer profit". Passages. Paris 1993.
56. (La) santé. Claude GOT. Flammarion. Paris 1992.
57. Santé et société. "Le façonnement sociétal de la santé". Marcel DRULHE. PUF-Sociologie. Paris 1996.
58. (Les) sombres précurseurs. Une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque. Francis CHATEAURAYNAUD & Didier TORNY. Editions EHESS. Paris 1999.
59. Souci de prévention et souci démocratique. La santé au coeur des expérimentations urbaines. Michel JOUBERT. Prévenir n°31. Paris 1996.
60. (Le) système de santé américain. Poids du passé et perspectives. Elisabeth CHAMORAND. La Documentation française. Paris 1996.
61. (Les) systèmes de santé. Analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels. Denis-Clair LAMBERT. Le Seuil, collection "Economie humaine". Paris 2000.
62. (La) tentation de l'innocence. Pascal BRUCKNER. Grasset . Paris 1995.
63. (A) tort et à raison : intercritique de la science et du mythe. Henri ATLAN. Le Seuil. Paris 1985.
64. (La) vérité médicale. Mirko GRMEK. Laffont. Paris 1993.
65. (La) volonté de savoir. Histoire de la sexualité (1). Michel FOUCAULT. Gallimard. Paris 1976.

Discussion de l'exposé de J.-J. Lottin

Débat : Santé publique, démission, défaite ?

Est-ce qu'une santé publique peut-être une santé démocratique ?

Claude Louzoun

Cet exposé pose l'ensemble des déterminants en jeu, y compris la question de l'équité et de l'égalité, puisqu'au nom d'une société de justice, (notamment en référence à la philosophie de J. Rawls), on s'est saisi de la notion d'équité pour mettre à mal la notion d'égalité, voire pour rejeter l'égalité au nom de l'équité.

J'ai bien aimé la formule la *justice du profit* que nous proposent les laboratoires pharmaceutiques.

Il y a la question: la santé publique doit-elle rester une affaire d'Etat ? Oui ! Dans les autres pays européens, elle n'est qu'une affaire de l'appareil d'Etat, mais pas de l'Etat, c'est à dire que les choses sont déjà décentralisées, les régions et les provinces s'occupent de la santé publique, ce n'est pas l'Etat.

Le droit à la santé est inscrit dans les constitutions de tous les Etats européens, y compris dans les nouvelles constitutions des nouveaux états démocratiques en Europe. Il est important aussi de souligner ce balancement entre droit à la santé et justice du profit dans lequel la santé est complètement impliquée, puisque la santé est devenue une marchandise et produit beaucoup de profit. On ne demande peut-être pas à la santé publique d'avoir des effets prévisibles ou d'agir sur du prévisible, on lui demande quand même d'agir sur du prédictible, et on est toujours dans la prédiction et dans l'expertise de la prédiction.

Il faut ajouter que, quand un Etat veut justifier une nouvelle mesure de santé, même si ce n'est que pour que ça rapporte plus de sous à l'Etat, on fait parler un scientifique, expert, professeur. Ce qui rappelle ce que P. Arteel disait de l'importance de l'expertise - et pas seulement psychiatrique - qui l'emporte sur tout autre chose, même sur la raison ou la résonance des choses.

La notion de défaite de la santé publique, ne vient pas seulement du livre de A. Morelles. Dans les années 70, un certain Archibald Cochran, responsable de la santé publique en Angleterre, a publié un livre, tonitruant à l'époque, sur la défaite de la santé publique et la santé publique comme impossible parce qu'objet de marchandisation.

On peut évoquer aussi un courant de pensée autour d'un penseur oublié, Ivan Illich, critiquant la mise en place d'un système technologique qui ne répond pas à la question de la santé, mais promeut la santé pour tous, ce qui peut aller au détriment de la santé de chacun. Par exemple, la loi française sur la toxicomanie de 1970 va jusqu'au bout de cette logique et de cette idéologie. Cette loi dit en préambule " que l'Etat peut limiter le droit d'un individu à disposer de son corps".

C'est aussi poser la question : est-ce qu'une santé publique peut être une santé démocratique ou est-ce qu'elle n'est qu'une politique d'Etat, donc à priori non démocratique puisqu'elle est liée à l'arbitraire du pouvoir d'Etat.

Les risques d'une santé soumise aux assureurs

Paul Arteel:

L'Europe présente l'inconvénient d'avoir dans les 15 pays des systèmes totalement différents. C'est extrêmement difficile de parler de santé publique avec les Anglais avec le "national health system", avec les Hollandais et leur système d'assurance individuelle, avec les Belges et un système de sécurité sociale qui est géré, non pas par le politique, mais par les syndicats et les corporations de patrons. Il y a une tour de Babel où c'est presque impossible de communiquer.

Il y a aussi, surtout dans les pays du nord, l'influence des assureurs. Parce que ce sont eux qui font la politique. Tout ce qui change en Hollande, par exemple est induit par les assureurs. Il n'y a pas de mutuelle en Hollande, tout le monde est obligé de se faire assurer sur le marché libre.

Bruno Gravier

Les Français ne peuvent pas comprendre que ce type de prestation soit du domaine du privé. Comme on souscrit une assurance habitation ou une assurance responsabilité civile, dans beaucoup de pays européens on souscrit une assurance santé.

La sécurité sociale en France respecte un certain nombre de règles globales, alors que dans les pays où ce sont les compagnies d'assurances privées qui gèrent le droit au remboursement ou le droit à la prise en charge médicale, il y a des pressions particulièrement fortes, voire violentes. En Suisse, des parts entières de la population peuvent ainsi se retrouver exclus du droit aux soins, aux remboursements, du droit aux prestations. Si un tel constat ne peut pas être intégré dans la réflexion du CEDEP, on s'expose à ne conduire qu'une réflexion franco-française.

Il ne faut pas mélanger le taux de remboursement, et les choses qui sont remboursées. La sécurité sociale a l'obligation d'exhaustivité. Par contre, lorsqu'une assurance est souscrite auprès d'un assureur privé, celui-ci va regarder les antécédents médicaux, les conduites à risque éventuellement présentées par la personne. Sur cette base il va mettre des réserves, c'est-à-dire que certains " risques " ne seront pas assurés. Des antécédents de pathologie mentale peuvent conduire à refuser certaines prises en charge financières.

Depuis quelques années, la loi sur l'assurance maladie oblige à assurer tout résident. Pour les plus démunis, il y a des aides sociales communales qui prennent en charge les cotisations, mais au taux de remboursement le plus bas. Ce qui n'empêche pas l'établissement de réserves sur certaines pathologies avec les conséquences dramatiques que l'on peut facilement imaginer.

Claire -Marie Perrodin

J'ai une expérience extrêmement concrète de cela parce que je suis installée juste à côté de la Suisse, en France. Une partie de ma clientèle est frontalière. On a l'expérience de ce que pourrait devenir un système d'assurance privée en France. Neuf patients sur dix qui viennent me voir ont une clause d'exclusion pour les consultations de psychiatrie. Ils ont le droit à une à trois consultations remboursées par an, et parfois une autorisation de prise en charge psychiatrique avec un certificat médical pour six mois. Surtout il y a une exclusion des antécédents.

Quelqu'un qui a un diabète, l'assureur va essayer de démontrer que cette affection avait commencé avant. Il y a beaucoup de choses qui ont commencé dans l'enfance, donc exclus, aucun soin remboursé. Donc il y a des gens qui sont complètement exclus des soins en psychiatrie et cela préfigure dans la profession médicale française ce qu'est un système privé. Les gens ne perçoivent pas ce qu'est un système qui n'est plus un système solidaire.

Bruno Gravier

J'ai pris en charge pendant un certain temps un collègue médecin. A la fin de la prise en charge j'ai écrit un résumé de séjour et une lettre au collègue qui allait poursuivre les soins. Quelque mois plus tard, je reçois un téléphone furieux de ce patient qui me disait : " c'est absolument scandaleux, j'ai perdu tout mon droit à l'assurance perte de gain à cause de vous " (c'est aussi une autre différence la sécurité sociale est un système globalisé. En Suisse, comme dans d'autres pays, pour obtenir les mêmes prestations vous devez souscrire un certain nombre d'assurances différentes. Une de ses assurances était la perte de gain - c'est à dire la garantie de salaire en cas de maladie-)

Il avait perdu son droit à l'assurance perte de gain depuis 20 ans, parce qu'à partir du résumé de prise en charge que j'avais écrit, l'assurance avait relevé que ce patient, pendant ses études de médecine avait suivi une psychothérapie à visée didactique. La compagnie d'assurance estimait que les troubles psychiques qu'il présentait dataient, non pas de la période pendant laquelle je l'avais suivi, mais de cette année-là. Je n'avais personnellement transmis aucun texte à l'assurance, mais c'est son médecin traitant qui un jour avait reçu une demande de certificat de situation. Il avait pris tous les documents en sa possession et tout envoyé au médecin conseil de l'assurance, sans se préoccuper des conséquences ni en informer son patient (pratique qui n'est pas rare). Voilà la violence !

Qu'est-ce que la santé publique ?

Jean-Pierre Martin

Dans ces conférences de santé, ne sommes nous pas confrontés à une question qui serait : " est-ce qu'on apporte la bonne réponse à des populations à partir des techniciens ou des pouvoirs techniques ? "

Quand J.-J. Lottin dit que la santé publique est une notion qui n'existe pas, cela demande qu'on s'y arrête. Parce que s'il est vrai que ce n'est pas une notion objectivable, un appareil technique bien défini, la santé publique a quand même une histoire politique, un concept politique qui fonctionne et qui produit un concept politique opératoire. C'est à dire que c'est bien cette notion qui a été au centre de la construction de l'Etat social. C'est la remise en cause de la protection et des acquis de cet Etat social qui permet une sorte de dérégulation, de désorganisation. Même si on ne peut pas la définir de façon claire sur un plan épistémologique, au moins on peut la définir sur le plan historique.

Très tôt la contradiction est introduite par l'introduction d'un autre système de santé publique qui est celui introduit après la première guerre mondiale par les Américains en Europe. C'est à dire l'introduction par la Fondation Rockefeller du secteur et de dispensaires.

Un modèle qui bizarrement se retrouve dans la terminologie de la politique de secteur psychiatrique. Il me semble que l'on pourrait faire le même travail pour les législations sociales que celui qu'on a fait pour les législations psychiatriques. C'est pour ça qu'on peut dire qu'on a quand même un objet à travailler. Il y a aussi toute la dimension éthique qui est partie prenante de la question de la santé publique.

Marie-Hélène Lottin:

Il a été dit tout à l'heure que le droit à la santé était reconnu. Je pense qu'actuellement, on n'en est plus au droit à la santé, on est dans le devoir de santé. Le but est justement de limiter les soins et de normaliser une population pour qu'elle coûte moins. C'est la question des vaccinations, par exemple, de la grippe dans les entreprises. Comme si les gens n'avaient surtout pas droit d'arrêter de travailler, ils n'ont même plus le droit d'avoir la grippe. Qu'est-ce que ça va être quand les assurances auront droit au génotype ?

Jean-Jacques Lottin :

Peut t-on parler de défaite du " droit à la santé égal pour tous ". Cela me rappelle certains débats politiques, il y a 10 à 15 ans. C'était la question de la logique des besoins, du droit à la santé. On me disait toujours : le droit à la santé ça ne veut rien dire, parce qu'on ne sait pas ce que c'est que la santé. On glissait souvent vers l'accès aux soins, parce que droit à la santé, cela voulait dire aussi droit à la maladie.

Pascale Beau:

Je voulais aborder un point sur la politique de l'Europe par rapport aux pays du Sud. Tu disais qu'ils consacraient l'argent de la Communauté européenne à aider les gens à produire du tabac. Je me disais que si on demandait aux pays du Sud de l'Italie ce qu'il voulaient pour améliorer leur santé, il diraient peut-être " aidez-nous à cultiver ". A mon avis, la première aide à apporter en matière de santé, c'est aider les gens à vivre. L'espérance de vie a complètement chuté avec le désastre économique.

Maria Mitrossili

Je reviens à la notion de la santé publique, à la définition. Pour nous, juristes, cela commence par la notion d'intérêt public. C'était la vieille notion qui englobait même la santé mentale dedans. Ce qui est intéressant c'est que tu poses de nouveau la notion de la démocratie. Quand C. Louzoun dit que l'Etat est abusif, je ne pense pas pour ma part, que l'Etat soit quelque chose hors du social et hors de la démocratie. Nous parlons aussi d'Etat de droit " social ". C'est une notion qui vient du droit. Le droit à la liberté de la personne et l'accès au droit social.

Jean-Pierre Legendre

Nous sommes obligés de nous battre pour éviter le fichage au nom de la transparence, au nom d'une bonne épidémiologie, d'une recherche de prévention, de prévisibilité des coûts et de la meilleure santé publique possible. Donc pour éviter des coûts de la généreuse santé publique, mais qui devient de plus en plus une logique d'assurance tout à fait identique avec ces exclusions.

On a principalement dénoncé ces fichages, au nom des libertés individuelles. Mais ceux-ci risquent d'être dangereux au niveau des possibilités même de l'accès à des soins compte tenu de la logique économique.

Il y a des assurances et il y a des bons malades. Il y a des assurances qui remboursent certains vaccins. Si vous faites ça vous avez une prime moindre, si vous fumez, vous avez une surprime. Il y a une directivité.

La logique de l'assurance, n'est pas une logique de santé, c'est une logique de risque. Plus le risque est élevé, plus l'assuré paie. Chaque fois que l'assuré vieillit de 5 à 10 ans, sa prime augmente de 1 %.

Claude Louzoun

L'intérêt du CEDEP, est précisément d'être avec d'autres que des psy. L'intervention de J.-J. Lottin nous rappelle qu'on doit savoir préciser comment on pense et ce qu'on dit.

Il est évident que l'Etat est un Etat de droit et qu'il est même, dans un certain nombre de pays, défini comme un Etat de droit social, l'Etat providence. Cela veut dire aussi que dans nos démocraties il a une fonction de police sanitaire et qu'en ce nom-là, il peut mettre en quarantaine, il peut interner, il peut obliger à la vaccination, il peut obliger à se soigner. Cette dimension de police sanitaire fait que la santé publique signifie aussi la limitation des libertés individuelles.

Une des anecdotes qu'aiment beaucoup raconter les anglo-saxons, concerne la mise en place de la vaccination antivariolique obligatoire. Il y a eu alors des mouvements qui s'y sont opposés; il a fallu un certain nombre de morts pour que dans la conscience populaire cela devienne normal qu'il y ait une vaccination obligatoire. Des dizaines de mort.

Il ne faut pas oublier les questions de remboursements. En Allemagne, on maintient un système dit de sécurité sociale, mais à la condition expresse, que l'on ait fait tel traitement préétabli. Par exemple, vous êtes remboursés à 40 % de la prothèse d'une dent qui est tombée. Si vous prouvez, par contre, que pendant les deux ans précédents vous avez soigné cette dent, vous êtes remboursé à 70 %. La logique des coûts la-dedans, je ne vois pas où elle est ?

Jean-Jacques Lottin

Il y a des conférences de santé qui se tiennent à huis clos et regroupent des gens désignés, qui fonctionnent comme experts, certains sont représentatifs, certains parlent en leur nom propre.

Les conférences régionales sont publiques, il y a des annonces dans la presse. Dans les premières conférences régionales de santé, il n'y avait que des techniciens, des experts, des médecins, mais beaucoup d'administratifs, beaucoup de responsables d'associations faisant de la santé publique par délégation au nom du fait que l'Etat est bien obligé de dégager en touche un certain nombre de ses devoirs.

Donc c'est par les conférences régionales de santé que les choses bougent, parce que priorité est donnée aux besoins exprimés par des représentants plus ou moins mandatés, plus ou moins représentatifs. L'ensemble des programmes régionaux de santé est examiné par la conférence nationale de santé puis est transformée en milliards de sous et soumise au parlement.

Donc il y a déjà une démarche qui est un petit peu plus démocratique, un petit peu plus participative. Les conférences de santé ce n'est pas tout, mais le démarrage d'une nouvelle logique.

C'est la première fois que dans les régions, dans le cadre d'une procédure décentralisée, on tente entre non-spécialistes de définir ce que ressent la population, même indirectement et que l'on tente d'avoir une réponse un peu plus adaptée et un peu plus proche de la demande. Par contre, quand la réponse tombe au nom des moyennes nationales, au nom des clés de répartitions, la tuberculose est la même partout, le sida est le même partout, l'alcoolisation est la même partout, donc il y a des réponses toutes faites.

Nous pensons, par contre, que dans une conférence régionale, on peut aussi proposer des réponses adaptées qui tiennent compte de la culture locale, de la sensibilité locale et qu'il y a peut-être des compétences collectives qui se mettent en place pour répondre localement à des problèmes qui ont une connotation locale.

Catherine Paulet

Mon expérience des conférences de santé, dans la région où je travaille, Provence Alpes Côte-d'Azur, c'est un verrouillage absolu du dispositif, c'est à dire qu'il faudra faire un effort important, qu'il s'agisse des usagers ou des acteurs de santé, si on veut accéder à un débat. Les thèmes sont préchoisis. Les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) qui sont les financeurs, ont un rôle déterminant dans le choix des thèmes et des conclusions.

Jean-Jacques Lottin

Le Nord Pas-de-Calais a une réponse particulière, pour des raisons d'homogénéité politique. Les acteurs du Nord Pas-de-Calais ont fait un gros effort dans le domaine de la santé et il est probable que vous seriez très surpris si vous veniez assister dans le public à la manière dont fonctionne une conférence. Ils se trouvent que le réseau de santé publique, les acteurs de santé publique militants dans le Nord Pas-de-Calais, sont très actifs, chacun dans leur institution pour promouvoir un certain nombre d'idées, le travail a été fructueux. Au cours des conférences régionales de santé on a senti que ça parlait d'une voix à peu près unifiées, c'est à dire y compris dans la famille sociale démocrate qui dirige le Nord Pas-de-Calais depuis très longtemps, alors qu'il y avait des zones de frictions incroyables.

Les psychiatres étaient plus présents que les généralistes qui n'ont pas le temps ou que les spécialistes qui sont dans leur citadelle hospitalière et n'en sortent pas facilement. Les psychiatres étaient de loin les plus présents.

Santé publique et décentralisation

Claude Louzoun

Cette redéfinition de la Santé Publique est fondamentale. J- J-Lottin donne une fort belle définition de la Santé Publique dans son avant-propos ; son texte conclut avec des termes forts " défaite, victoire, mission et démission ". On n'a pas forcément le sentiment qu'il indique là où il estime que la Santé Publique se construit dans une certaine cohérence.

Mon deuxième point s'adresse aux collègues belges : est-ce que vous pouvez vous y retrouver avec sept ministères différents dans la vision de la Santé Publique qu'a présenté Jean-Jacques Lottin?

Jean-Jacques Lottin

C'est subjectif, c'est confus, j'ai essayé de vous dire que je n'avais plus de théorie de l'action en santé publique, mais un certain nombre de pratiques qui correspondent à des moments de la décentralisation ou du décentrement, de la prise de décision en santé publique. Pour moi le local a acquis une certaine cohérence, même s'il n'y a pas de résultats spectaculaires, dans les processus de négociation, de transaction, de définition avec une partie des habitants, avec les associations et les élus.

Ce n'est pas cependant la fête de la Santé Publique à l'échelon local. C'est quand même une situation plus satisfaisante dans la décentralisation que ce qu'on a vu depuis 10 ans, à l'échelon du pouvoir central. S'il y a vraiment eu démission de la Santé Publique, ce n'est pas, pour moi, démission des acteurs, c'est bien démission de la centralité par rapport à ce qui peut se passer de manière excentrée. Dans les régions qui constituent la France, ça reste hétérogène. Je sais bien que ce qui se passe dans le Nord Pas-de-Calais est spécifique et correspond à l'expression d'un moment donné de notre histoire, de notre fonctionnement, de notre représentation et de notre folklore qui ont incorporé les luttes ouvrières, le syndicalisme, le christianisme social. C'est aussi l'expression d'une solidarité extrêmement vivante qui ne s'est pas effondrée, au-delà de la crise et de la fermeture des usines. C'est la naissance d'une forme d'adaptation à la crise qui se manifeste par beaucoup de souffrances et par beaucoup de laissés pour compte. Au bout d'une quinzaine d'années de tentatives, de donner du sens à ce qui s'est passé, on ne peut pas ne pas constater qu'il y a quelque chose qui se met en mouvement.

Je suis incapable de dire si c'est la bonne réponse. C'est la réponse que les acteurs ont donnée à un moment donné. Ce qui se passe va peut-être changer l'attitude de l'acteur public chargé de produire de la santé et des moyens de santé à l'échelon central, c'est ce qu'on espère. Encore une fois, on n'a valeur ni d'exemple, ni de modèle. On veut principalement mettre en exergue qu'il existe des réponses locales à notre crise générale, et que celles-ci se manifestent néanmoins de façon différentielle d'un jour à l'autre.

Ce qui se passe en Guyane n'a rien à voir avec ce qui se passe en Alsace. Dans un texte précédent, j'avais parlé de la dictature des moyennes et je souhaitais que se rétablisse la logique des besoins et des moyens, par rapport aux besoins et non par rapport à une enveloppe pré-établie au niveau central, par rapport aux rentrées d'impôts et aux choix politiques etc. Je pense que l'agir local est un moyen privilégié.

Prenons comme exemple le problème du Sida. Il se trouve que dans le Nord Pas-de-Calais, pour des raisons qui tiennent sans doute à des traditions familiales ou ouvrières, à des traditions assez conservatrices, au sens peut-être de la protection de certaines valeurs, de certaines vertus, l'homosexualité n'a pas bonne presse et les pratiques à risque dans le champs de la sexualité sont plutôt, semble-t-il, plus rares qu'ailleurs avec un autre facteur qui est que les gens du Nord sont très grégaires, ne se promènent pas beaucoup.

On nous a proposé de faire des campagnes systématiques de prévention, d'éducation, de sensibilisation dans les écoles, les collèges, les lycées. Tout le monde était concerné, c'était une priorité, c'était la sauvegarde de l'espèce, du génie du Nord Pas-de-Calais. C'est tombé complètement à côté de la plaque et on a le sentiment aujourd'hui que cela a peut-être masqué cette espèce de fascination-répulsion pour le Sida qui n'était pas un problème du Nord Pas-de-Calais. Il y a 60 cas déclarés actuellement, ce n'est pas quelque chose d'épidémique, ce n'est pas quelque chose de vraiment menaçant. On s'est dit qu'il était peut-être plus intéressant de se préoccuper à nouveau, non pas de l'éducation, mais de la sensibilisation aux relations affectives incluant la sexualité plutôt que de faire des campagnes de distribution systématique de préservatifs en disant " c'est pour protéger du Sida ".

C'est typiquement le genre de situations contre les lesquelles on finit par se révolter, en disant d'abord qu'on n'est pas tous concernés par cette histoire. Ca ne veut pas dire qu'il n'y a pas de populations à risque. Mais ce langage est épouvantable : des populations à risque, qu'on prend pour cible. Par conséquent lui tirer dessus, c'est la punir d'une certaine manière ou la stigmatiser, la montrer. Le Sida est un bon exemple.

A côté de ça, il y aurait peut-être une autre pratique dite " comportement à risque ". C'est l'alcoolisation festive de la population du Nord Pas-de-Calais. Le Nord Pas-de-Calais est devenu le premier consommateur de France de boissons anisées, c'est quelque chose de bizarre, ce n'est pas logique, où est l'anomalie ? A tel point que Ricard a ouvert une usine à Seclin pour fabriquer des boissons anisées pour la population Nord Pas-de-Calais.

Depuis les congés payés, celle-ci est descendue dans le Midi, elle a rencontré ces boissons ; c'était sympathique, ça remplaçait l'absinthe, en moins dangereux, moins pathologique, moins casse-gueule. La consommation d'alcool des habitants du Nord Pas-de-Calais est une consommation avec une dimension culturelle, une dimension festive, une dimension d'initiation. Ce qu'on mettait avec la petite goutte de genièvre que l'on ajoutait au briquet du gamin qui descendait à la mine, il y a 40 - 50 ans encore, avait une vertu (ce n'était pas uniquement un risque en terme de Santé Publique), cela avait une fonction symbolique.

Adapter les campagnes et dire que les modèles fabriqués à Paris ne sont pas forcément valables pour les mêmes pathologies à dimension épidémiologique dans les différentes régions c'est déjà concéder un petit peu de liberté et dire qu'on a peut-être des capacités à apporter des réponses locales adaptées à des problèmes qui ont des dimensions globales.

Paul Arteel

Je ne peux pas parler de ces 6 ou 7 ministres. Mais la grande tendance des dernières années pour la communauté flamande est identique à la décentralisation. Il y a un grand mouvement vers la décentralisation, même si elle est beaucoup plus réduite que dans le Nord Pas-de-Calais, au niveau de l'arrondissement. Le problème est qu'il y a eu des élections l'année passée, on a alors changé non seulement de gouvernement, mais aussi de politique. Un des derniers actes de l'ancien gouvernement était d'installer ce qu'on appelle les logos qui sont, sur une très petite échelle, des organisations régionales au niveau de chaque arrondissement. On est encore en train de penser ce qui doit être fait, mais c'est surtout prévention, information, prévention et éducation à la santé.

L'idée de la décentralisation est de collaborer avec le médecin généraliste, c'est l'idée qui reste. Ce qu'on va en faire en est en train de se discuter.

Deuxième grande tendance en termes de santé publique qui aussi émane de l'ancien ministre et dont on ne sait pas encore si le nouveau ministre va la continuer, c'est la quantification : " ce qu'on ne peut mesurer, n'existe pas ". Ce sont des mots de l'ancien

ministre quand elle a lancé sa politique et elle ne veut que des choses que l'on peut mesurer.

On mène une bataille en ce moment contre l'administration qui veut pratiquer ainsi avec les centres ambulatoires de santé mentale. La VVGG depuis des années fait des statistiques qu'on donne au centre pour leur donner la possibilité de se placer dans le total et de faire l'œuvre politique.

Le Ministre dit " je veux ces données pour que dans cinq ans, je puisse évaluer la manière dont les centres ont travaillé ". On refuse de les donner pour raisons de vie privée et de secret professionnel. L'administration veut savoir combien de patients étaient suivis en 1999 et combien de thérapies. Ils vont faire la même chose dans 3 ans et vont dire ceux-là se sont améliorés, C'est l'idée de mesurer et quantifier tout ça.

C'est quelque chose qui s'est introduit à partir de l' *evidence based medicine* : il faut des recherches pour savoir si quelque chose marche ou ne marche pas. Ce sont deux tendances qui me viennent en tête à ce propos. Chez nous aussi décentralisation, c'est la même avec des avantages, mais aussi cette forme de contrôle et de quantification.

Je pense qu'on doit toujours communiquer les chiffres, on a toujours dit combien on avait de patients, de thérapies, ce qu'on faisait. Ce qui me gênerait c'est qu'effectivement on communique des informations qui puissent permettre de retrouver l'individu ou bien qui puissent identifier les prestations individuelles d'un travailleur, actuellement ce n'est pas le cas.

Sur notre secteur il y a une enquête qui est menée et qui prendra cinq ans sûrement où tous les services participent mais avec une interview des usagers de ces différents services.

Pour l'anecdote nous avons deux réponses intéressantes : la personne qui oriente le mieux l'utilisateur vers un service adéquat, c'est le pharmacien. Personne dans le groupe de départ n'aurait jamais imaginé que c'était le pharmacien. Donc si l'on veut essayer d'améliorer la communication en matière de soin, je pense qu'avec le pharmacien, il y a des choses à faire.

Deuxième demande des gens, ce qui gêne le plus leur problème de santé, qui les handicape le plus, c'est un problème de transport, de mobilité. On est dans une région où les revenus sont faibles, de population étagée, et donc les déplacements sont très pénibles. Voilà ce qu'ils demandent en matière de santé.

Paul Arteel

Un des thèmes concernant la qualité imposé par le ministre flamand, aussi bien aux hôpitaux généraux, qu'aux hôpitaux psychiatriques, c'est la qualité de l'accueil. Tout le monde est d'accord : comment va-t-on mesurer la qualité de l'accueil ? Il y a eu un groupe de travail qui a proposé que deux fois par an quelqu'un téléphone à un centre santé mentale et compte les secondes avant que quelqu'un ne décroche. Ça c'est quantifier la qualité d'accueil, ce n'est pas une blague, c'est la réalité.

On a argumenté que ce n'était pas la qualité, et que c'était la réponse qui était la qualité. Simplement la réponse on ne peut pas la quantifier et les secondes on peut les

quantifier. Donc aujourd'hui si ça dure 10 secondes et dans deux ans 8 secondes, on aura une amélioration

Autre intervenant

Actuellement un modèle canadien est en train de se mettre en place qui est un système d'accréditation. La procédure comporte un cahier des charges qui porte essentiellement sur des protocoles de ce type de quantification et qui conduit à dire, par exemple, qu'on a repéré qu'un acte de soins c'est quand on voit quelqu'un plus de 15 ou 20 minutes,

Il y a aussi ce qui est nouveau, c'est quelque chose qui vient plutôt du nord, c'est le système de l'habilitation des professionnels. Le staff d'un l'hôpital va visiter et le staff d'un autre hôpital va analyser ce qu'ils font.

Jean-Pierre Legendre

Ce que tu décris là est exactement ce qui s'appelle accréditation en France. Un organisme qui s'appelle ANAES est chargé de gérer ces évaluations et envoie des équipes accréditées pour accréditer. Pour l'instant, on peut dire qu'en France, ça concerne essentiellement l'accréditation des établissements en tant que tel, mais c'est un premier pas vers l'accréditation des équipes sur des créneaux de soins extrêmement précis.

On peut dire aussi que certainement ce système va fonctionner, dans un premier temps, de façon très précise pour tout ce qui est MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique). Pour la psychiatrie, c'est un peu plus compliqué : la définition de ce qu'est une relation ne se laisse pas saisir par des évaluations quantitatives de cette nature.

Par contre, ce qui pèse actuellement, c'est deux types de critères, ce sont des critères appelés des indicateurs normalisés. Ces indicateurs renvoient à la planification et font entrer en ligne de compte le nombre d'habitants, le nombre de lits, le nombre de personnes reçues hors du secteur, etc.

Un indicateur peut être aussi le nombre de gens qui ne sont venus qu'une fois. Il y a des indicateurs dits "d'efficience" qui renvoient au nombre de lits temps plein, au nombre de lits d'hôpitaux de jour, au travail ambulatoire. Ces questions-là, en France, vont être précisées par le texte qu'on appelle le PMSI, dont la sortie est prévue début 2001.

Une autre dimension fait l'objet d'une accréditation : la question des protocoles médicaux, administratifs et juridiques. Comment fonctionne une chambre d'isolement ? Comment fonctionne la sismothérapie ? Comment fonctionne tel type de soins ? Donc avec les conditions d'exécution, les garanties médicales et puis toute une série de textes sur les soi-disant droits du patient dans cette affaire.

J'ai l'impression qu'en Belgique la santé publique s'organise autour de deux axes : la prévention et la quantification. Donc, il s'agit du même interlocuteur qui s'occupe de ces deux aspects-là, alors qu'en France, enfin de ce que j'en connais, l'accréditation ne

dépend pas des mêmes instances que celles qui impulsent des campagnes au niveau national ou qui les modulent au niveau régional. Ce qui fait qu'on a l'impression qu'il s'agit de deux démarches complètement étrangères l'une de l'autre.

Paul Arteel

Comment fonder une politique à base de chiffres et où ces chiffres doivent être récoltés ? C'est une discussion qui existe déjà depuis longtemps. Le fait que cette politique de qualité a besoin de ces chiffres, a renouvelé cette discussion. Est-ce que c'est pour promouvoir le secteur public ou est-ce pour le contrôler ?

Claude Louzoun

Pourquoi faut-il un système de santé ? Pour la santé pour tous et pour la santé de chacun ? Il y a aussi l'obligation pour l'Etat de se préoccuper de fournir les moyens de la santé à toute la population.

C'est-à-dire la Santé Publique, en tant que système de soins, d'accès aux soins de service public

Et puis enfin, il y a l'histoire de l'évaluation, de l'accréditation et de l'assurance qualité. La question de l'évaluation on l'a posée dans les années 70 sous la forme : " est-ce que c'est nécessaire ou non pour une politique de santé ? Est-ce qu'on a besoin d'une évaluation ? Est-ce qu'on a besoin d'une accréditation ? Est-ce qu'on a besoin d'une assurance qualité ?

Cette question de qualité n'est pas simplement issue de la tête des technocrates ; elle est née dans le mouvement des consommateurs, dans les années 60 aux USA, quand les mouvements de consommateurs ont voulu contrôler l'activité médicale et se sont mis à aligner les procès devant les fautes médicales

Jean-Jacques Lottin

Une dernière question est importante : la santé n'est pas produite uniquement par des professionnels. La santé publique est une protection et elle n'existe pas en dehors de sa co-production par tous.

Il y a eu effectivement des défaillances, des démissions, des défaites, il y a eu tout ce qu'on veut, un drame, un scandale, mais il y a eu dans le même temps une mobilisation avec une forte dimension éthique, politique, idéologique ou symbolique qui fait que la fabrication de pensée en santé publique ne s'est jamais arrêtée.

En quoi est-ce compliqué ? Dans le même temps où l'Etat était en faillite sur un certain nombre de compétences, les acteurs de terrain ne démissionnaient pas et essayaient de colmater dans un premier temps, puis de reconstruire et puis de croire, de produire des croyances et des possibilités de système. On se rend compte que cette convergence a peut-être quand même réussi à structurer quelque chose.

Maria Mitrossili, Grèce

Développement humain et habilitation citoyenne

Pour honorer la question du développement humain et de l'habilitation citoyenne, ainsi que ce qui se cache derrière, je vais présenter quatre points qui me guident dans mon travail quotidien.

Construire l'égalité

Nous connaissons déjà tous ce qui est dans notre constitution et notre tradition occidentale : les hommes sont égaux devant la loi. Le principe d'égalité est dit au niveau juridique. Puis, parfois dans les mêmes textes, il y a des formules qui comprennent de nombreuses exceptions. Parmi celles-ci sont mentionnées les malades mentaux ou d'autres. J'ai pensé longtemps à ce postulat que j'ai essayé de transformer. J'ai repris Aristote en me disant que les hommes naissent inégaux, même si on ne le dit pas, sur le plan sociologique.

J'ai transformé cette pensée dans mon travail par : "Ils doivent vivre égaux". C'est à dire qu'il faut construire l'égalité. Il faut la construire, bien sûr, sur le plan juridique dans les domaines sanitaire et social et dans tous les domaines qui engagent la notion de citoyen. Pour construire cette égalité, il faut penser qu'il y a une égalité qui respecte l'altérité et la différence. Cette construction de l'égalité demande des alliances et des solidarités dans le quotidien comme dans nos projets et en tant qu'objectif.

Essayer tous les jours de créer des liens sociaux, c'est ce qui manque à mon avis dans la période actuelle de mondialisation qui organise un principe d'homogénéité qui engage tous les partenaires. C'est ce premier point qui m'a beaucoup servi dans mon travail avec différentes associations, que ce soit des familles, que ce soit des associations engagées dans la protection des malades mentaux, que ce soit des associations de psychiatres, que ce soit l'occasion de différentes expériences dans le domaine social ou que ce soit avec l'administration.

Les droits de l'homme

Ce deuxième point concerne les droits de l'homme qui nous préoccupent depuis longtemps. Cette question connaît une forte banalisation, ce qui montre aussi qu'il y a un problème. Ce problème tend d'ailleurs à neutraliser le mouvement en faveur des droits de l'homme. Ceux-ci sont centrés et structurés autour des droits individuels, c'est à dire autour du respect des libertés individuelles.

Pour beaucoup d'associations, toute la question s'est centrée sur la liberté de mouvements, autour des internements abusifs, autour des statuts du malade et surtout des statuts des malades mentaux.

Il semble donc que la partie des "droits sociaux" est négligée, c'est à dire le droit effectif à la vie. Quand on lit une constitution, on remarque tout de suite que les droits fondamentaux concernent le droit à la liberté, les droits de la personne humaine. Pour les juristes, il y a une hiérarchie des droits au sein des constitutions. Le droit à la vie peut bien sûr donner accès à divers droits : droit à la santé, à l'éducation, à l'aide sociale, etc. Lors d'un congrès des ombudsmen à Paris, au moins de septembre dernier, il a été question de réfléchir et d'agir pour une réforme du traité d'Amsterdam. Certains pensent qu'il faut donner un statut de droit fondamental aux droits sociaux, ce qui signifie que jusqu'à maintenant, sur le plan juridique on pensait que les droits sociaux étaient un acquis social. Il y a à faire toute une discussion pour redéfinir les droits fondamentaux, pour donner une place aux droits sociaux à côté des libertés individuelles pour créer ainsi un équilibre et une harmonie entre les trois. En effet, le problème du droit social est de donner le droit d'accès aux soins et, en particulier à des soins de qualité.

La crise de l'Etat Providence

Nous connaissons les travaux de Pierre Rosanvallon ou de Robert Castel, ou d'autres qui ont écrit sur la crise du "welfare-state". C'est une crise, bien sûr, qui se poursuit. A mon avis, l'étape a cependant une autre forme d'organisation. C'est assez net, en tous cas, en ce qui concerne l'Etat grec. L'Etat évolue vers un rôle de coordinateur moins impliqué dans le domaine économique. Dans le projet grec, l'Etat dit qu'il ne veut pas diminuer son rôle social et veut l'assumer autrement.

Comme il existe des financements très importants via la Communauté européenne, l'Etat pense assumer ce rôle en décentralisant les administrations. Il pense le faire avec l'aide de la Communauté des citoyens, c'est à dire que ce seront les associations à but non lucratif qui vont être des partenaires. Je crois que cela rejoint la question du développement humain.

Le développement humain de qui et par qui? On a connu le développement économique et maintenant on dit que l'on veut développer "l'humain". Comme si l'humain n'était pas là et ne s'était pas développé! Se pose à ce moment la question de la désaffiliation. Non seulement avec la mondialisation, mais aussi avec la crise de l'identité des personnes. Cette crise de l'identité des personnes est liée à la notion de précarité du travail, à l'angoisse que chacun peut avoir à ce sujet.

Pour les malades mentaux, voire pour d'autres groupes sensibles de la population le problème est de savoir à qui s'identifier. Comme souvent ce ne sont pas les gens qui ont des familles fixes, il y a souvent besoin qu'une équipe représente une identité et assure une continuité.

L'entreprise sociale

Quel est le rôle de la psychiatrie ? C'est là une vieille question. Le rôle de la psychiatrie a toujours été situé quelque part entre le médical et le social. A ce sujet, j'ai l'expérience de mon travail quand j'étais au Ministère de la Santé comme rapporteur de

la loi : "Développement et Modernisation des Services de la santé Mentale". Dans cette loi figure un projet d'entreprise sociale.

Pourquoi les malades mentaux ne créeraient-ils pas leur entreprise personnelle? C'est-à-dire pourquoi ne pas s'associer avec des partenaires qui, pour moi devraient être des professionnels de la santé et du secteur social ? Donc, on a écrit un projet de loi qui ressemble d'une certaine manière à la loi italienne qui a créé les coopératives sociales. Même les personnes sous tutelle pouvaient être des employés et des partenaires à part entière. Elles gagneraient ainsi en citoyenneté.

Ensuite nous avons entamé une discussion avec les associations de famille et les psychiatres qui sont dans une pratique plus classique. Devant leurs inquiétudes nous avons établi une règle pour que les patients ne perdent pas leur allocation ou la retraite. Donc, voici comment a été mis en place le projet de coopérative sociale tel qu'il se développe beaucoup en Grèce grâce à la nouvelle loi.

La protection des droits des malades mentaux

Dans la même loi que celle dont je vous ai parlé figure un comité de protection des droits des personnes souffrants de troubles psychiques. Ce comité mis en place récemment est composé de sept personnes, des professionnels : juristes, psychologues, etc. Ces personnes peuvent visiter les instances psychiatriques, les hôpitaux. Ils peuvent faire des rapports, des inspections, parler à des malades, les aider à trouver un avocat et être saisies de problèmes concernant le droit civil (rentes, vente de bien, succession, etc.) ou la récupération de biens sociaux. De plus, dans toute la Grèce existe des avocats qui peuvent apporter une aide juridique gratuite. Beaucoup de dossiers arrivent, qui vont être étudiés, instruits et donner lieu à des décisions. Cela ressemble un peu au travail d'ombudsman. Mais l'ombudsman n'existe qu'au niveau national.

D'ailleurs, l'ombudsman peut aussi intervenir pour les malades mentaux et amener une certaine équité. Il peut faire aussi des rapports au Premier ministre et au Président de l'assemblée nationale, voir demander qu'une situation change ou que certaines dispositions de la législation soit modifiées ou réellement appliquées au profit des malades.

L'ombudsman ne le fait pas seulement pour des malades mentaux; il le fait pour tous les domaines dont il s'occupe. Il peut aussi demander une amélioration de l'organisation de l'administration. L'ombudsman est une vieille institution. Cela fait par exemple des siècles qu'elle existe en Suède. Elle s'est implantée en France en 1973: c'est le médiateur de la république. Mon interrogation, maintenant c'est : "Pourquoi les malades n'arrivent-ils que rarement jusqu'à l'ombudsman?"

Discussion de l'exposé de M. Mitrossili

Débat : Développement humain et habilitation citoyenne

Q : Comment sont informés les patients de l'existence de l'ombudsman ?

Par les mass médias : on parle de cet organisme à la télévision, à la radio ou dans les journaux. C'est un organisme qui a aussi des moyens de faire de la publicité, de l'information voir d'envoyer des courriers.

Q : Est-ce que la compétence de l'ombudsman, ne concerne que les établissements à vocation psychiatrique ?

Non, tous les citoyens y ont accès. C'est une des discussions fondamentales en terme de médiation : y a-t-il besoin d'avoir un dispositif spécial pour le patient psychiatrique ou doit-on se trouver dans le droit commun ? La tendance générale s'inscrit à la non discrimination. C'est alors dire que tout le monde est un citoyen comme un autre donc le patient psychiatrique a droit à l'ombudsman comme les autres.

Claude Louzoun

Maria Mitrossili nous montre l'intérêt d'être dans un système général, dans le droit commun, dans lequel il peut y avoir des subdivisions et en particulier pour les malades mentaux. Parce que s'il n'y avait pas ce système général, jamais en vérité, le bureau du médiateur ne pourrait poser la question des droits du malade, et en particulier des droits du malade mental et réunir cette question dans une même démarche et une même approche. Par ailleurs, dans tous les systèmes, spécifiques ou non, même quand ils fonctionnent bien il y a toujours une question d'efficacité en terme de délais.

L'importance d'être dans un système général ce n'est pas seulement parce qu'il est nécessaire que le malade soit un citoyen, mais c'est aussi poser la question de comment on génère une attention particulière aux droits à toute la population.

Autre point essentiel dans l'intervention de Maria Mitrossili pour réfléchir tous ensemble sur les situations européennes : faire un bilan de l'Etat providence tel qu'il a fonctionné pendant trente ans pour ne plus qu'il fabrique des assistés, mais pour qu'il fabrique des citoyens. Donc, essayons d'esquisser les réponses aux questions suivantes:

Faut-il ou non un Etat providence ?

Faut-il un système reposant sur l'assurance privée ou faut-il un système de sécurité sociale reposant sur la solidarité et la redistribution. Comment, en limitant nos ambitions en ce domaine, penser, conceptualiser, pour nous opposer à la remise en cause en cours des systèmes de droits sociaux en Europe? Comment répondre au double argumentaire : les coûts économiques considérés comme exorbitants et la notion exprimée sur un mode néolibéral du "citoyen actif" (notamment par la dénonciation médiatisée et idéologisée des profiteurs du système).

Deuxième remarque : Il faut s'inscrire dans la logique de l'habilitation citoyenne, de la réhabilitation psychosociale, de l'économie solidaire et de l'entreprise sociale.

Les entreprises sociales sont faites pour offrir un maximum de garantie, d'ouverture et de possibilités pour que des malades mentaux et des handicapés aient un travail, un travail dans lequel ils soient vraiment acteurs. Il y a des illustrations significatives dans de nombreux pays d'Europe et que l'Union Européenne favorise par des programmes spécifiques. Ces programmes connaissent toujours le défaut de la technocratie, mais c'est un progrès pour lequel il faut lutter.

Dernier point, la question du fonctionnement d'un système de protection des droits. J'ai été très sensible au fait que Maria Mitrossili a souligné dans son exposé une dimension particulière que j'avais déjà observée dans les systèmes anglais et écossais, à savoir que quand le patient arrive jusqu'à une instance de recours, il existe une instance tierce qui établit ainsi une sorte de "zone grise". C'est à dire une zone où il y a un conflit où l'on entend pleinement la parole du patient en dehors de sa relation duelle avec le psychiatre ou avec l'institution psychiatrique. Une zone où il y a à la fois et en même temps, le psychiatre et l'institution psychiatrique qui sont amenés à s'expliquer ce qui permet de retrouver quelque chose d'une relation thérapeutique possible parce qu'un tiers est intervenu.

Intervenant

Je veux juste te dire un mot à propos de l'Etat Providence, parce que cela rejoint ce à quoi tu viens d'aboutir. Actuellement, il y a un débat difficile autour de la "régulation-dérégulation". C'est la résurgence d'un vieux débat : la question de la fonction de classe de l'Etat. Cette fonction de classe n'avait jamais empêché sa fonction régulatrice et organisatrice. Aujourd'hui, on voit que c'est justement cette fonction régulatrice qui est attaquée parce que cette fonction de régulation produirait des catastrophes.

Pour ma part, je suis fermement attaché à défendre la conception d'un Etat qui régule le social. Evidemment, il y a la question de l'assistance. Je crois cependant que la question d'assistance ne peut se régler simplement avec une loi. De plus, cette dérégulation renvoie des couches entières de la population vers des réseaux d'assistance. Cette question de l'assistance est vraiment "une tarte à la crème" : il ne faut pas être assisté, il faut être autonome, être responsable. C'est bien un discours libéral. Or, on met même ceux qui veulent être actifs dans des situations d'assistance permanente qui conduisent à ce qu'à la suite d'un déficit grave de démocratie, personne n'a plus aucun poids dans les décisions qui nous concernent. Le citoyen est de plus en plus dessaisi de ses pouvoirs et en particulier celui d'influer un minimum sur sa vie quotidienne. Alors, on vient dire après : "vous êtes des assistés, vous n'êtes pas des citoyens, vous ne prenez pas votre vie en main, etc." c'est là le danger.

Autre intervenant

J'aime bien l'idée d'un système général avec des subdivisions qui permettent que la partie ne se prenne pas pour le tout mais qu'elle soit intégrée au tout. Mais, qui trop embrasse mal étreint ! Cela veut dire que, peut-être, les gens perdent leurs repères. C'est à dire qu'ils ne savent pas à qui s'adresser ni pour quelle raison.

D'un autre côté j'ai pu aussi constater que dans certains cas la notion de consentement est toujours qualifiée de consentement libre et éclairé. En fait, il y a pleins de gens qui fonctionnent avec une sorte de consentement qui est une façon de se remettre dans les mains de quelqu'un d'autre. D'une certaine manière c'est interactif ce n'est pas l'un qui décide pour l'autre ce sont les deux qui participent à ces décisions et tout le monde y retrouve son compte. La question de l'assistance concerne aussi parfois un choix de l'ordre de l'inconscient. Passé d'un registre d'assistance à un registre de citoyenneté est une démarche très coûteuse et en particulier très coûteuse par l'énergie psychique que ce changement de registre représente.

Bruno Gravier

Le système pourrait se décliner en différentes modalités intermédiaires qui permettraient d'une certaine manière de faire circuler des plaintes, de porter un regard tiers sur les droits, les abus, les dérives. Mais cette déclinaison n'a probablement pas été rendue possible pendant longtemps parce que l'on s'est satisfait de la pratique sectorielle en se disant le secteur psychiatrique pourvoira à tout cela. Ce qu'on oublie c'est que la position sectorielle a toujours été portée par les psychiatres. Un des problèmes de fond c'est que tant que le psychiatre n'est pas capable de donner à ces espaces tiers une certaine délimitation c'est à dire de les autoriser, aucun de ces moyens intermédiaires ne pourra se développer.

Dans le canton de Vaud ces espaces tiers ont été développés sous la pression d'associations d'usagers qui se sont, d'une certaine manière, appropriés tout l'espace extrahospitalier. Sous la pression de ces mêmes associations a été créée au sein de l'hôpital une sorte de fonction d'ombudsman. Mais ce que l'on peut dire à partir de tous ces mouvements que l'on a constatés c'est qu'il est nécessaire un moment ou l'autre d'accepter de se dessaisir de ces espaces. Même si nous avons une pratique "correcte", même si nous sommes respectueux les uns et les autres, même si nous sommes attentifs au droit.

Tant que nous n'acceptons pas de nous dessaisir de ce type d'espace tous les discours que nous pouvons faire sur l'aide, sur l'assistance, sur le droit que nous donnerons à notre patient, etc. tous ces discours restent les discours qu'ils ne connaîtront jamais un véritable accès à la citoyenneté du patient. En effet, à mon avis la citoyenneté c'est effectivement accepter de vivre une certaine égalité dans laquelle nous pouvons être dessaisis les uns et les autres.

Jean-Pierre Martin

Quand Catherine parlait du fait qu'il y avait une certaine facilité à se laisser assister du côté des patients on peut dire que le professionnel non plus ne cherche pas à en

sortir. Cela fonctionne probablement parce qu'à la fois plaisir d'assister les autres et plaisir d'être assisté jouent fortement comme une espèce d'appropriation, d'emprise et de rétention. Il faut les deux pour que cela fonctionne. Je ne sais pas si c'est pareil dans les différents pays d'Europe. En tous cas en France cela me paraît évident. Mais même cela, je le mettrais en question parce qu'actuellement on ne parle plus de secteur, on demande de faire du réseau.

On peut penser que le réseau veut dire : "Moi je reconnais que je suis dans une limite et que j'ai besoin d'un autre, ce qui va nous conduire à nous mettre dans un réseau". Mais on a tout aussi bien l'idée qu'un réseau est un mariage compact et unifié permettant effectivement d'enclorre encore plus ce qui pourrait nous échapper. C'est souvent cela qu'on voit s'organiser. On parle alors beaucoup plus d'un réseau capteur que d'un réseau distributif. C'est toujours pareil : il y a le verre à moitié plein et le verre à moitié vide.

C'est ce qui se passe : ou c'est l'exclusion et personne n'en veut ou c'est effectivement un objet fétichisé et chacun veut le garder pour soi.

Jean-Pierre Martin

On a raison de parler de mythologie du secteur quand j'observe ce qui s'est passé sur la lancée du mouvement de dépassement de l'hôpital psychiatrique et autour de la question des droits des patients. Dans ce mouvement dominait la conviction que c'est notre mouvement de professionnels qui garantissait la mise en place, le développement et la réalité des droits des patients. Cette mythologie a depuis beaucoup fonctionné. Elle fait qu'effectivement on s'est toujours contenté en France d'un ersatz de système de contrôle, d'un ersatz de système d'accès à des droits, etc. Par exemple, c'est le cas de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques. Il y a quelque chose que l'on ne mesure pas c'est l'importance d'un organisme de contrôle qui ne soit pas présidé par un représentant de l'Etat. L'existence d'un médiateur laisse au contraire quelque chose de l'espace citoyen à la différence d'un système où c'est toujours l'Etat qui contrôle tout.

Bruno Gravier

Il me semble important, qu'à l'avenir, les pays qui ont pu progresser dans ce domaine nous indiquent ce qui a permis que cela puisse progresser. Ce que je trouve intéressant c'est qu'alors nous ne sommes plus dans la fracture nord-sud, on est passé à quelque chose d'autre et peut-être à un mécanisme d'acceptation du dessaisissement. La pratique du monde pénitentiaire, la pratique d'une psychiatrie qui nous amène à côtoyer les juges et les avocats nous apprend beaucoup. Je dirige un service qui s'occupe à la fois de soins somatiques et de soins psychiatriques et une partie de mon activité passe dans l'échange avec des avocats. Je dois pratiquement tous les jours répondre sur les soins prodigués dans mon service et sur la qualité de ces soins. C'est d'une certaine manière assez irritant d'avoir régulièrement à entendre des avocats qui nous disent pourquoi avez-vous pratiqué tel ou tel examen? Beaucoup de collègues estiment que l'on se trouve dans une pratique à l'Américaine. A mon avis ce n'est pas vrai, nous sommes dans une pratique où l'on explique ce que l'on fait aux représentants de notre patient. C'est un exercice finalement assez salutaire parce qu'il

est vrai que les avocats sont assez insistants. Ils nous disent par exemple pourquoi avez-vous choisi de donner une pommade plutôt que d'envoyer mon client chez le chirurgien. A mon avis c'est fondamental d'accepter cet échange pour permettre une certaine mutation et une évolution de notre relation au patient.

Jean-Pierre Martin

Exclusion sociale et santé mentale

Je vais reprendre la relation de notre expérience d'approche des errants dans le centre de Paris et donner quelques aspects généraux de ce travail afin d'aborder ensuite la question de l'exclusion :

1. Cette approche des errants s'est constituée dans le cadre de la politique de secteur, c'est-à-dire d'une intervention dans la communauté. Ce point de vue renvoie au fait que l'approche de ces couches de la population est souvent traitée par les autorités sanitaires comme un problème particulier, alors qu'il nous a semblé dès le départ que nous devions le traiter comme un problème généraliste et un problème de droit commun.
2. L'articulation autour des pratiques du centre d'accueil et de crise (mais pas uniquement) est une façon de faire de la clinique dans un interface entre social et soins. C'est là où se pose la question du lien social comme objet d'un travail clinique, où se pose les questions de la gestion du temps qui fait continuité et de la reconnaissance des besoins et des désirs du sujet.
3. La difficulté à faire venir les errants vers les structures de soins qui s'en écartent, du fait de leur pathologie, mais aussi, de la récusation des institutions et de la vie dans des formes de socialisation marginale implique la nécessité d'aller vers ces populations, d'inventer des modes d'approches cliniques qui soient plus spécifiques.

Je ne vais pas développer maintenant cette histoire de la clinique de l'interface, qui a à voir avec le mouvement et non avec une clinique objectivée par un statut qui serait celui de la précarité, exclusion, etc.

Cependant, un point me semble absolument fondamental, qui rejoint la façon dont on pratique la clinique en général, et auquel on doit être attentif dans ce contexte particulier : nous ne pouvons aborder la clinique de façon critique, dans une situation non traditionnelle, qu'à partir d'un travail sur nos propres limites. Ce travail exige une éthique extrêmement forte vis-à-vis du sujet, en particulier, en évitant les catégorisations disqualifiantes, et ceci d'autant plus que les sujets en grande précarité, errants, sont définis par ces catégorisations normatives (le terme SDF, par exemple). Les équipes de psychiatrie ont aussi leurs façons de disqualifier l'autre, par la façon de formuler certains diagnostics : ceux de psychose, de pervers, de toxicomane, d'homosexuel. Dans l'approche d'une population errante et précarisée, la volonté quasiment obsédante de surveiller la façon dont va être pensée et approchée la question du sujet est essentielle.

- En premier lieu, un des aspects de ce travail sur nos limites est *la définition de l'objet clinique*. La question de la souffrance psychique quotidienne est quelque chose qui ne se rabat pas sur la pathologie ou la psychose. Dans un centre d'accueil on reçoit à peu près tout ce qui fait difficulté, traumatisme, et ne concerne pas forcément des états pathologiques, mais des difficultés à être.
- Deuxièmement, ce travail ne peut pas être tenu seulement par la psychiatrie. La psychiatrie ne peut être totalisante, dans le sens où les besoins globaux de la personne sont mis en difficulté quand il s'agit d'errance (pas seulement la question des ressources, mais du toit, des moyens de survie). Cela renvoie à un travail en commun avec les autres intervenants autour des besoins du patient. Cela n'élimine pas le réseau de soins avec d'autres professionnels, mais indique que ce réseau de soins n'a de sens que construit au fur et à mesure des besoins de la personne.

Dans cette approche il y a beaucoup de questions et de contradictions liées à la question que l'on doit traiter maintenant : la nature politique de la notion d'exclusion sociale et d'une certaine façon (on verra par la suite comment on peut la situer) des notions de pauvreté, de précarité.

Cette contradiction est révélée d'emblée, dans le contexte socio-politique actuel, par la façon dont la psychiatrie est interpellée comme solution possible à la question de ces grandes situations de précarité, interpellation qui se fait pratiquement toujours en termes de répression, de normativité et en tous cas de spécificité. Il est clair que nous ne cautionnons pas ce type de pratique d'approche des errants, et que nous nous situons dans une défense éthique des personnes victimes de ce processus d'exclusion. Il n'en demeure pas moins l'interrogation : quelle réparation faisons-nous avec ce travail ?

Y répondre nécessite de rassembler des écrits qui explicitent la crise sociale.

A partir de ce qu'Emmanuel Didier, sociologue qui travaille à l'Institut des Hautes Etudes, appelle "la généalogie du terme d'exclusion", on peut considérer trois éléments dans l'apparition du terme « exclusion sociale ».

Le premier est l'ouvrage "Les exclus" de Lenoir en 1974. Encore faut-il considérer que ce livre s'appelle les exclus par accident, parce Lenoir avait appelé son livre "L'autre France ". C'est l'éditeur qui a refusé ce titre et choisi le terme "Les exclus ". Ce qui indique que le terme n'allait de soi, (y compris pour Lenoir à l'époque). Lenoir parle des exclus en dégageant de la notion de pauvreté une catégorie d'individus qui, dit-il, se ressemblent sous un certain rapport. Il parle « des exclus », mais il le dit dans le corps du texte, et non comme caractérisation tous azimuts. L'important est ce qui les rassemble : une forme d'inadaptation. Ce sont des personnes qui sont soit incapables de pourvoir à leurs besoins, dangereuses pour autrui, ou ségréguées.

Ces différentes formes d'inadaptations sont caractérisées par une sorte de déterminisme qui renvoie le sujet à un statut de victime en rapport à son modèle familial d'origine. Il y a quelque chose qui est inscrit de façon quasiment naturelle dans l'inadaptation. Emmanuel Didier fait référence à la théorie de la marque et du

naturalisme pour expliquer cette position de Lenoir. La politique préconisée est de prévenir et de réparer par des mesures spécifiques ce handicap qui est inscrit dans l'histoire familiale, c'est la loi de 1975.

Nous pouvons remarquer que cette première approche de la notion d'exclu rompt avec tout ce que Foucault a pu écrire dans les années 1960, dans l'histoire de la folie. Foucault parle de l'exclusion en terme d'histoire des structures qui excluent un certain nombre de catégories dans l'histoire, les lépreux et les fous. Chez Foucault, le concept d'exclusion vient toujours comme processus historique ; ce n'est pas la personne, en tant que telle, qui est naturellement exclue de par son origine.

Le deuxième modèle développé dans la continuité de Lenoir, c'est celui d'ATD (Aide à toute détresse) Quart Monde et du Père Wresinski, qui introduit une donnée tout à fait différente. Il définit, le premier, la notion d'exclusion sociale en référant la notion d'exclusion à la notion de culture. La culture pour J. Wresinski, se forme à partir des moyens donnés à un homme pour comprendre la société qui l'entoure et pour jouer un rôle dans son fonctionnement.

L'exclusion sociale n'est plus renvoyée à une position naturaliste, mais à une dimension culturelle, à des dysfonctionnements divers de la société qui entraînent des sous-catégories d'exclusion. Il y aura des exclus d'école, des exclus d'emploi : la dimension culturelle réapparaît dans son argumentation autour de la question des droits ; il considère que la sphère essentielle de l'exclusion, c'est l'exclusion des droits. C'est cette exclusion des droits fondamentaux qui va entraîner les processus d'invalidité et la réduction du processus d'exclusion à un état permanent. Agir dans l'idéologie d'ATD Quart Monde, est une réparation de handicap, mais comme un processus d'éducation ; il faut créer les conditions d'éducation. Celles-ci relèvent de quelque chose qui n'est pas seulement une mesure individuelle, mais qui renvoie à la conscience politique et à la conscience collective.

Le troisième modèle est celui de l'INSEE (l'Institut National des Statistiques des Etudes Economiques), qui repose sur la notion d'exclusion du marché. Cela introduit le marché comme une catégorie de certaines valeurs. Pour l'INSEE, l'exclusion est dépendante d'une variable qu'on va pouvoir attribuer à chaque individu, une valeur en fonction de l'intensité des actions auxquelles il se livre au sein de la variable. Ceci va permettre de repérer statistiquement des seuils, il y aura des gens qui seront en dessous des gens qui seront au-dessus. Donc on parlera d'exclusion au-dessous d'un certain seuil, comme, par exemple celui de RMI.

En fait, le modèle de l'INSEE n'a fonctionné pendant des années que sur un seul marché (si l'on peut dire) celui de l'emploi. C'est l'INSEE qui a créé cette expression "chômage d'exclusion" pour les personnes de 55 à 65 ans exclus du fait de leur âge. Dans ce modèle, le terme d'exclusion s'accompagne d'un complément de nom et décrit des situations de la vie sans hiérarchisation, ni causalité naturelle. Cette instrumentalisation de la notion d'exclusion laisse de côté la question de la nature de ce qui fait exclusion, et, en particulier, la nature des processus politiques et économiques à l'oeuvre pour ne s'intéresser qu'à la variable. La culture est une variable parmi d'autre. Encore faut-il remarquer que cette variable dans les codifications de l'INSEE ne correspond pas à la notion de culture qu'employait Wresinski qui renvoyait plutôt à la

notion de civilisation, alors que dans l'INSEE, c'est la notion de culture savante, de degré de scolarisation.

Ces modèles vont influencer le langage politique de façons assez différentes. On a vu que Lenoir, par ce travail de nomination et centration du terme d'exclu amène la loi de 1975 qui est une réponse de l'Etat visant à se décharger de la gestion de la question du handicap vers les associations, ce qui continue aujourd'hui. Wresinski parle de l'exclusion comme d'une catégorie qui ne définit pas l'ensemble du programme. Gérard OEX (1980) parle de nouveaux pauvres. Ce n'est qu'en 1987 que le rapport Wresinski "Grande pauvreté précarité économique et sociale" fait de la lutte contre l'exclusion sociale une priorité politique. Ce rapport a une certaine importance, parce que c'est le rapport dont s'est servi Rocard pour élaborer la notion de RMI.

Il faut également attendre l'année 1990 pour que l'INSEE introduise la notion d'exclus pour une seule catégorie de personnes : les jeunes exclus du marché de l'emploi.

On peut dire que ces démarches, cette façon dont le terme passe progressivement et s'instrumentalise à travers des notions comme celle du chômage, vers une catégorie linguistique. Le discours d'exclusion a donc 10 ans d'âge. La critique que nous faisons à ce que Wresinski appelle la politique de la pitié, est que tous ces systèmes tiennent à un jugement de valeur qui va scinder deux catégories de citoyens, ceux qui sont du côté d'un monde où il y a un avenir possible et de l'autre côté un monde qui est celui de la misère, des malheureux pour qui il faudra déterminer des mesures d'assistances quasi permanentes.

Comment la sociologie a-t-elle participé de ce débat? Je vais présenter rapidement trois points de vue critiques:

Le premier est celui de Serge Paugham qui définit l'exclusion sociale par la notion de disqualification sociale. Par disqualification, il décrit le processus suivant : l'état de pauvreté est disqualifiant et entraîne le sentiment d'inutilité sociale. En retour, les rapports sociaux disqualifiants s'aggravent. La disqualification est une sorte d'identité négative qui accompagne tout une série de processus sociaux qui l'environne, que ce soit en terme de solidarité, d'économie parallèle ou de dépendance institutionnelle, qui s'avèrent complètement inefficients à aborder cette question de l'identité négative. D'une certaine façon, Paugham considère que la plupart des programmes d'aide institutionnelle de la pauvreté ne font que valider une culture de la pauvreté. A mon sens, cette description sociologique rend peu compte de l'itinéraire singulier et d'une dynamique alternative possible.

Le deuxième, Robert Castel l'aborde par la question de la vulnérabilité, avant d'élaborer la notion de désaffiliation sociale. Il est important de repérer cette notion comme sociologique, et non clinique. La désaffiliation est une rupture dans le parcours du sujet qui ne repose pas nécessairement sur une absence de lien, mais plutôt à l'absence d'inscription du sujet dans les structures qui font sens. Il différencie en cela l'ensemble des processus sociaux qui sont décrits dans l'exclusion sociale par les

politiques en faisant de l'exclusion un cas extrême. C'est un processus total qui peut se produire, mais qui n'est pas une caractéristique permanente.

Le troisième est V. De Gaulejac qui pose la question de l'exclusion sociale du côté de la singularité de l'itinéraire du sujet. Après une série de travaux sur ce qu'il appelle la névrose de classe, où il décrit comment surviennent les décompensations dans certains itinéraires de promotion sociale, il travaille sur les processus de la honte. De Gaulejac, repart de l'identité négative en la mettant dans une autre perspective : celle de l'intériorisation face à une violence symbolique qui réactive quelque chose dans l'histoire du sujet. Il en résulte un certain nombre d'effets qui rendent difficiles l'approche institutionnelle et l'aide institutionnelle, du fait que la honte est un sentiment partagé. Les intervenants sociaux ou les thérapeutes se trouvent pris dans cette culpabilité, dans cette honte partagée et échouent de part leurs propres sentiments de honte. "La honte donne envie de disparaître, le pire qui pourrait arriver au sujet c'est le dévoilement. On cherche absolument à dissimuler ce qui fait honte en soi, ce qui entraîne l'isolement, le repli sur soi et le dénuement".

Dans la même perspective, un autre sociologue Jean-François Laé, parle de la façon dont certains SDF ou errants empêchent les autres de les approcher, "ces gens complètement sales qui font le vide autour d'eux". Il considère qu'il y a une véritable stratégie de mise à distance de l'autre, une sorte de provocation pour qu'on ne les approche pas.

De Gaulejac tire de la sociologie une réflexion qui renvoie à une réflexion clinique et, il saute le pas en parlant de sociologie clinique et du traitement de la question (qui concerne l'ensemble des sociologues) : "Quel est le statut du sociologue qui interviewe quelqu'un ?".

Cette approche de la honte reste relativement absente de la littérature psychiatrique et psychanalytique. C'est un concept qui n'existe pas sous cette forme chez Freud. Lacan le signale comme un temps de la cure psychanalytique dans le sens où il n'y a pas de cure psychanalytique sans honte. Le seul qui a développé une certaine théorie de la honte c'est Fénichel dans son ouvrage "La thérapie des névroses". Fénichel considère que la honte est un mode de défense archaïque proche de la culpabilité et de l'angoisse.

Avec ces quelques éléments apportés par la sociologie, nous nous rendons compte que nous introduisons un autre regard vers ces patients et donc un nouveau cadre clinique.

Je termine en disant que ce débat renvoie à la question de l'accès aux soins. La politique gouvernementale urgentiste tend à objectiver du côté médical, le symptôme de précarité, et le symptôme social. L'humanitaire tend à objectiver la question du lien d'assistance nécessaire. Dans les deux cas, on est confronté à des stratégies qui échouent littéralement à traiter de la souffrance de ces sujets.

Actuellement, deux types de réseaux fonctionnent : un sur le plan français et l'autre sur le plan européen.

- Le premier réseau est celui qui s'est constitué autour de J. Furtos à Lyon, avec l'ORSPERE. Un certain nombre d'équipes qui travaillent vers ces approches de la grande précarité, l'exclusion etc. se rencontrent avec des experts, des sociologues, des analystes, etc. A partir des pratiques, il a une tentative d'étayer théoriquement ce que chacun fait et de penser une clinique psychosociale.
- Le deuxième réseau européen qui rassemble des organisations humanitaires autour de Luigi Léonori tente un travail sur le plan institutionnel et politique, de recommandations pour la Communauté Européenne.

Un véritable réseau de lutte reste à construire.

Discussion de l'exposé de Jean-Pierre Martin

Débat : exclusion sociale et santé mentale, statut de la clinique, traitements en impasse

Jean-Jacques Lottin :

Il y aurait peut-être un quatrième point de vue à ajouter à ton travail sur des repères sociologiques : le travail de Loïc Wacquant. Il aurait tendance à penser que l'on va vers quelque chose qui s'apparente à un état pénitentiaire et qui fait que l'on passe de la guerre contre la pauvreté à la guerre contre les pauvres. C'est le modèle qu'il observe aux Etats-Unis. En général, il se passe quelques années et plus tard des choses plus ou moins atténuées, adaptées, traversent l'Atlantique. C'est peut-être aussi le contre-pied de l'état providence : il y a toujours le P de pénitence. Il y a des gens qui rament et en même temps il y a un mouvement de fond qui fait que l'approche éthique disparaît derrière une espèce d'eugénisme à l'échelle globale, à l'échelle mondiale.

Maria Mitrossili

En Grèce, au niveau théorique nous avons aussi à peu près les mêmes références, c'est à dire soit françaises, soit anglo-saxonnes. Au niveau pratique je pense qu'il y a une nouvelle forme d'exclusion, qui concerne les exclus des pays de l'est qui viennent en Grèce. La Grèce, jusqu'à maintenant, était un pays qui exportait des travailleurs à l'étranger et qui devient maintenant un pays d'accueil. Il y a tant de problèmes avec des albanais qui sont toujours désignés comme responsables de la criminalité.

Nanda Arvay

J'ai été particulièrement intéressée par le dernier point : la question de la honte et pour plusieurs raisons. Nous avons constaté, en parlant de nos expériences cliniques en cabinet ou en institution que la honte se retrouvait toujours dans les pathologies où il y avait le corps contraint : la toxicomanie, l'anorexie-boulimie, voire les piercings et toutes les pathologies dont les symptômes se stigmatisent sur le corps. Je me demandais quel lien peut-il y avoir, s'il y en a un, entre le corps contraint et ces exclus qui se présentent avec leur honte et qui font vivre à ceux qui les accueillent la honte. Quelque chose en miroir se passe alors qui empêche un lien thérapeutique.

Jean-PierreMartin

C'est très complexe parce que les gens qui sont dans de grandes détresses ont tous des problèmes corporels majeurs avec un abandon même de l'image du corps qui témoigne de l'ampleur de la perte d'estime de soi même. Ce qui est frappant c'est que cela se présente apparemment dans le même registre que la honte ; ce qui reste de l'humain quand tout le reste s'est effondré. Quand quelqu'un est encore capable de formuler de la honte, on a la base d'une relation possible sur laquelle on peut travailler. Quand la honte n'est même plus exprimée, il y a un très long chemin pour aller la rechercher. On travaille beaucoup depuis deux ans sur le livre de Nathalie Salzman, la résistance de l'humain et sur Primo Lévi, Robert Antelme, etc.

Bruno Gravier

Dans la notion de honte il y a une dimension importante qui est de l'ordre du regard social. Je pense à ce que dit J. Aubut à propos des délinquants sexuels qui sont arrêtés et qui n'ont pas accès à la culpabilité mais dont le premier discours est un discours de honte : qu'est-ce qu'on va dire de l'acte ? Qu'est-ce que les gens vont penser ? Qu'est-ce qui va rejaillir sur la famille ? Un tel discours se tient sans que cela suppose une intériorité.

La honte partagée par les soignants est une réalité difficile. Cela ne signifie-t-il pas aussi, en même temps, une certaine impossibilité ? Est-ce aussi à relier avec la difficulté avec laquelle les équipes de secteur ont essayé d'approcher le problème, de le penser, de l'accepter sans, à chaque fois, se sentir désaffiliés de leur ambition première.

Jean-Pierre Martin.

Cela a été le problème de plusieurs années et ce n'est pas complètement réglé. C'est une question qui se renégocie à chaque fois que quelqu'un qui est à la rue commence à être pris en charge au centre d'accueil, par exemple. La pratique élaborée a été celle des groupes de parole sur le terrain des associations. Ces groupes de parole ont permis de retisser des liens. Toute la démarche a été extrêmement difficile, et effectivement on continue régulièrement à remarquer au sein de l'équipe, que quelqu'un de complètement défait par sa psychose, et qui peut présenter de façon purement analogique les mêmes états physiques ou d'abandon de soi, est tout à fait accueilli normalement, alors que quelqu'un qui n'est pas dans ce registre des pathologies clairement repérées est accueilli avec d'extrêmes réticences, comme si, c'était une charge n'entrant pas dans la finalité d'une équipe de soin.

C'est dire combien cette question d'un lieu qui fasse interface ou qui puisse aborder les questions du psychisme humain et de ces souffrances là est posée à chaque fois que quelqu'un arrive avec une souffrance qu'on a pas envie d'accueillir.

Si on en revient à la question de l'exclusion comme phénomène politique, l'axe du rapport fait avec Piel et Minard sur « Psychiatrie et grande exclusion » (du temps où Xavier Emmanuelli était secrétaire d'Etat) était de dire : « il ne faut pas créer une médecine spécifique pour les pauvres ». Or, ce qui semble accepté dans le discours est remis en cause, dès qu'on rentre dans la pratique, les financements, les organisations de soins. La façon dont l'argent est injecté dans le soin est intéressante parce qu'elle fait

apparaître comment les différentes autorités de tutelle refusent de le faire de façon généraliste.

Un autre axe est celui des sans papiers (Emmaüs est recentré sur les émigrations multiples, par exemple). Il y a une certaine tendance à voir réapparaître des pratiques répressives de criminalisation du vagabondage et en particulier vis à vis des vagabondages de gens qui viennent d'ailleurs. On pourrait aussi aborder cela à propos des tziganes roumains, en particulier. En psychiatrie, il y a plusieurs équipes qui se montent (à Rouen, à Toulouse) hors des équipes intersectorielles, avec des financements spécifiques. Elles sont liées aux PRAPS (Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux soins), procédure départementalisée de la loi contre les exclusions. Moyens du droit commun qui sont dans la ligne annuelle des crédits de l'état et qui portent sur des projets de facilitation, des sas d'accueil, des structures qui tentent de réaliser la fameuse passerelle entre le médico et le social. Comment intégrer cette dimension dans une psychiatrie généraliste ?

Bruno Gravier.

Il faudrait revenir sur les trois notions en jeu dans l'exclusion: l'adaptation, la dimension culturelle et la notion de seuil défini par des instances. Ces trois notions identifient trois types de réponses, comme si chaque fois qu'il y avait une exclusion qui émergeait ou était identifiée, l'état providence va trouver une réponse qui va s'y adapter.

La notion de seuil me fait penser à ce qui s'est longtemps passé en Suisse : l'Assurance invalidité a été le moyen pour que la Suisse conserve le plein emploi. Jusque dans les années 90, la Suisse connaissait le plein emploi. Ce qui ne veut pas dire qu'il n'y avait pas des gens exclus des filières d'emploi. L'invalidité était octroyée avec une certaine automaticité. Quand on sait que l'Assurance invalidité donne un niveau de revenu respectable, on peut très bien comprendre comment ça a fonctionné jusqu'au moment où les ressources n'ont pas pu suffire. C'était aussi un moyen de gérer les flux migratoires des travailleurs qui viennent s'installer pendant plusieurs années. A la faveur d'une rente d'invalidité certains peuvent repartir dans leur pays d'origine avec un revenu assuré. Bien souvent l'invalidité repose sur le constat d'un trouble somatoforme ou d'une douleur chronique dont certains se demandent ce qu'elle devient avec le retour au pays.

Ces trois aspects indiquent bien que le phénomène d'exclusion n'est pas un phénomène parachuté dans la pensée. Ce qui est à critiquer, est que l'on soit face à une démission totale vis-à-vis de quelque chose de nouveau, qui nous dépasse, qui est hors pensée, et hors du système de régulation qui s'en occupe habituellement.

Jean-Pierre Martin .

Pour beaucoup d'exclus, c'est un peu comme les fous. Des gens vivent sur un fil et un jour survient une rupture psychique et ils vont à l'hôpital psychiatrique où ils trouvent des repères identificatoires et y restent ; ou ils sortent et reviennent. J'ai le sentiment que cette inclusion trouvée dans le RMI, la pension pour handicapé, le chômage sont des repères identificatoires.

Claude Louzoun.

Il faut se méfier de créer des questions à partir d'une réalité sociale appelée trop vite exclusion sociale. La question posée n'est-elle pas ce qu'on appelle le management social de l'exclusion, et qui serait une manière, plus ou moins consciemment pensée politiquement, pour certains mouvements pour maintenir encore l'Etat providence qui, sinon, serait déjà mort. Nous avons délibérément titré ce domaine par la formulation de "traitements en impasse de l'exclusion sociale". On s'aperçoit en effet que, autant ce qu'on a appelé le traitement social du chômage ou de l'exclusion, que les traitements au sens thérapeutiques ou psychosocial de l'exclusion ou des exclus plus exactement, ne fonctionnent pas. Il y a probablement autour de l'exclusion depuis le début des années 70 une société à deux vitesses dans nos pays dits riches. Il n'y a pas simplement les riches et les pauvres. Il y a une société pour ceux qui sont performants et qui pourront continuer à être inclus, et une autre société qui sera à une vitesse inférieure et qui assurera le droit au fait d'être simplement des êtres humains ; d'être reconnu simplement en tant qu'être humain, c'est avoir des services à moindre coût, de la charité, des subsides tels le RMI en France, en somme le salaire minimum universel après la Couverture Médicale Universelle.

Les sociologues hésitent entre parler de sociologie clinique et parler de clinique du regard sociologique sur l'exclusion, sur la honte, etc. Il y a une inversion de la position sémantique que personne ne met en question. Au lieu de produire du politique, les sociologues en font de la théorie comme occurrence pour consacrer un état de fait qui s'établit comme légitime et comme durable voire structurel. Il y a un fait social, il va durer, c'est ainsi ; la société à deux vitesses le devient par défaitisme et réalisme ; la crise ou la fin de l'Etat-providence aboutirait à un retour à la Charité ; alors que la promotion de l'économie sociale et de l'économie solidaire serait un moyen vrai de maintenir la citoyenneté des "perdants " du système.

La question serait effectivement plus de (ré)inclure. La question est maintenant de définir une nouvelle organisation sociale. Du côté de la clinique de l'exclusion sociale, on ferait mieux de regarder du côté du trauma et de la désaffiliation plutôt que du côté de la position mélancolique.

Jean-Pierre Martin

Pour aller dans le sens de ce que dit Claude, il faut se dégager de l'expérience que nous avons faite, qui concerne une catégorie d'exclus vraiment errants.

Quand on regarde ce qui se passe dans de nombreux quartiers à Paris, et encore plus en banlieue, on voit des gens qui sont exclus sur place. Il y a des modes d'organisation sociale parallèles qui apparaissent dans une économie de survie liée à la drogue notamment. Ce sont des systèmes qui installent une organisation sociale d'exclusion. Ces problèmes ne sont pas traités curieusement par les psy comme une question qui se pose à eux, alors même que ce sont souvent leurs patients qui sont dans cette situation. Un des effets qu'a eu ce travail sur nous est qu'on s'est mis à regarder autrement des gens que l'on soigne parfois depuis des années et dont les deux tiers sont dans une situation sociale catastrophique, en particulier quand ils sont dans des

appartements associatifs, dans des lieux de réhabilitation. Ils vivent avec trois mille francs par mois, avec des loyers, même en appartement associatif, avec une allocation logement à mille francs par mois. Comment vivre avec deux mille francs à Paris par exemple, sachant qu'en plus le système de tutelle exige d'eux des économies. Ils sont donc réellement précarisés par le système même de réhabilitation sociale.

Bruno Gravier

C'est un discours que nos collègues ont aussi, d'une certaine façon, répercuté. Est-ce qu'on peut vraiment parler d'une clinique de l'exclusion ?, Il y a une continuité très forte avec les problématiques de la toxicomanie, la question du trauma, celle du délire. On peut peut-être estimer qu'il y a toujours une clinique dans l'exclusion. Ce n'est pas une clinique de l'exclusion, mais il y a toujours de la clinique à écouter, à voir et à prendre en charge et à essayer de voir comment on peut reposer cette question de la clinique. La question du trauma est centrale.

Martine Baudin

J'ai un énorme malaise. En tout cas je le vis comme ça. Je suis incapable de dire si c'est une situation objective ou purement personnelle. En Belgique, actuellement tout tourne autour de la lutte contre l'exclusion sociale. Quand on fait des programmes sur n'importe quoi, du moment qu'il y a un volet "exclusion sociale", ça peut marcher et on peut avoir des sous. Ce qui fait que je commence à faire un peu d'urticaire avec cette histoire.

La seule chose qui me semble ne pas avoir été évoquée ne relève peut-être pas tout à fait ni de la sociologie ni de la psychiatrie, c'est ce que j'appellerais l'exclusion par le regard. Il y a des gens qui ne me semblent pas nécessairement appartenir à une des catégories dites d'exclus et qui vivent quelque chose qui est de l'ordre de l'exclusion parce que les autres les regardent comme ça. Alors qu'il y a des gens dans une catégorie qualifiée d'exclus et qui ne sont pas vécus comme des exclus. Je passe ma vie à comparer deux milieux sociologiquement différents : je suis d'origine urbaine, je travaille en ville, mais je vis à la campagne, dans un village qui a encore les caractéristiques d'un village. Dans mon village, je vois des personnes avec des comportements, des modes de vie qui, en ville, en feraient des exclus parfaits, répondant à toutes les définitions de toutes les commissions d'éthique et qui dans mon village ne sont absolument pas exclus. A contrario, il y en a d'autres qui seraient considérés en ville comme des jeunes performants, socialement bien placés, et dans le village ils sont regardés comme à part, hors normes, ils sont "mal vus".

Est-ce que cela n'a pas aussi à voir avec la partie de l'exclu qui s'exclut lui-même ?

Il y a aussi le regard de l'autre qui est porté, parce que tout milieu social est porteur d'un schéma implicite de qui est l'inclu, celui qu'on reconnaît comme étant inclu, et il n'est pas le même à un endroit ou à un autre, à une époque ou une autre. Il y a des politiques de lutte contre l'exclusion qui produisent absolument des processus inverses, car pour inclure, on commence par poser une définition de l'exclu.

Ce qui fait que finalement je reste avec mon malaise parce que je ne sais pas quoi faire par rapport à ça puisque je ne trouve jamais d'adéquation suffisante entre les discours et ce qu'on peut voir, ce qu'on peut vivre, ce qu'on peut sentir, ce qu'on peut rencontrer. Jean-Pierre à Paris rencontre certainement des cas beaucoup plus difficiles que ce que l'on peut théoriser dans un village. Simplement c'est dans un autre tissu et ça produit une réalité, au jour le jour, totalement autre, qui ne demande donc pas du tout les mêmes réactions ou actions.

Je suis très dérangée par la tarte à la crème actuelle qui me paraît un discours producteur d'exclusion beaucoup plus que producteur de comportements inclusifs, qui me paraît un discours de bonne conscience pour certains et de culpabilisation par rapport à d'autres et sans intérêt finalement. Je veux bien que l'on dise, qu'il y a des personnes qui souffrent de troubles mentaux, de difficultés psychiques, mais aussi qu'ils vivent des mécanismes de rejets dans leur entourage, dans le regard des autres du fait de ce qu'ils sont et ces mécanismes ne sont pas les mêmes dans tous les endroits. Mais là que peut-on faire pour aider? Et que signifie "aider" ?

C'est encore autre chose pour ceux qui n'ont pas de boulot depuis trois générations, qui se débrouillent comme ils peuvent avec ce que vous appelez le RMI, (chez nous c'est le minimex), et puis qui cherchent une autre allocation si elle est plus rentable. Ils se rendent compte qu'ils se feront reconnaître invalides si ça leur rapporte plus que d'avoir le minimex; c'est tout -autre problème et ça ne se traite pas de la même manière.

Claude Louzoun

Martine Baudin introduit la question : comment on a glissé dans les contenus de l'exclusion sociale ? La définition initiale de l'exclusion sociale, celle qui est vraiment politique, concerne tout individu, toute catégorie de population qui a perdu le pouvoir d'être citoyen ; donc tous ceux qui n'ont pas de pouvoir économique et de pouvoir citoyen. Ainsi en Allemagne, par exemple, on arrivait à estimer qu'un tiers de la population pouvait être considérée comme exclue parce que n'ayant plus de pouvoir de citoyenneté. On a évacué tout d'un coup la notion de pauvreté pour appeler les pauvres : les exclus. Il en est de même au niveau des programmes européens. On en arrive au fait que la notion de pauvreté devient honteuse, et on préfère celle d'exclu. La fuite devant la notion de paupérisation, outre la dimension idéologique, se voudrait poser la question de l'exclusion sociale comme liée à la question du pouvoir et de la citoyenneté, de l'habilitation à être citoyen, etc.

Le danger de ce que nous propose le système néo-libéral, est ce qui se met en place en Angleterre ou aux Etats-Unis : le retour du système de la charité au nom du désengagement de l'Etat nécessaire à l'économie libérale, et du fait que nous devons être des "citoyens actifs" nous qui serions des inclus.

Jean-Pierre Martin

Il y a deux questions qu'il faut garder à l'ordre du jour :

La première c'est la question du travail et de tous les problèmes sanitaires liés à la question du travail. On voit bien comment cette terminologie en langage politique

d'exclusion sociale s'est mise en place à partir des questions du chômage. Robert Castel l'aborde dans la métamorphose de la question sociale avec une tonalité relativement ouverte mais ne rompt pas avec l'école de Touraine en France qui explique que le travail et les valeurs dans une nouvelle ère post industrielle ne seraient plus la base de la valeur des représentations sociales.

Il est revenu complètement aujourd'hui sur cette question là pour dire qu'il faut se battre pour de nouveaux statuts de travail et que la question du travail reste une des valeurs fondamentales de la créativité humaine. C'est une première question sur laquelle il faudra revenir dans les séminaires du CEDEP car elle traverse toutes les pratiques de soins.

L'autre question est une réflexion sur comment créer un mouvement de lutte autour de ces questions. Je crois qu'il est incontournable de s'associer à tous les mouvements et associations qui se battent sur les questions des sans abri, des sans papiers, etc : en France le DAL, les comités de sans abri divers qui sont dans une forme de militance politique avec des gens qui sont les exclus.

L'expérience que l'on fait au centre d'accueil ouvre à toutes les formes de souffrances ou de mal-être, ce qui pose le problème de la capacité à faire continuité après.

Si l'ensemble du territoire ne fonctionne pas dans cette problématique cela veut dire que l'on arrive, à un moment donné, à l'obligation de faire des listes d'attente. Cette situation que l'on ne voulait pas ne permet plus l'accès au soin pour les nouveaux venus parce que le système est complètement embouteillé. Il y a un problème effectif de demande de soin qui n'est plus satisfait puisque les plans de restructuration et les restrictions détruisent les moyens de soin.

Martine Baudin, Fondation Julie Renson, Bruxelles

"2001 Année de la Santé Mentale" en Belgique

Nous avons opté pour un slogan : « **La santé mentale j'en parle** ». Au cours de cette année, nous voulons créer des occasions de rencontres et de découvertes mutuelles, mettre en valeur des actions de terrain qui s'inscrivent dans cet objectif général.

Cette initiative a été prise tout au départ par les ligues Wallonne et Flamande pour la santé mentale avec la Fondation Julie Renson ; la ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale nous a rejoint assez rapidement et nous avons pu placer le projet sous le patronage de la Fondation Nationale Reine Fabiola pour la santé mentale. Ce lieu de concertation couvrant l'ensemble du pays, toutes les grandes fédérations concernées par la santé mentale y étant représentées, à partir du moment où elles adhéraient au moins en principe l'ensemble du secteur professionnel rejoignait un tel projet.

Nous avons progressivement élaboré un programme d'activités pour l'année prochaine qui suit quatre axes principaux.

1. actions de communication

C'est à dire d'une part, la promotion de l'ensemble de ce que nous faisons et d'autre part, de l'information, c'est à dire mettre à disposition des gens qui pourraient être intéressés (c'est à dire le grand public, toute personne) de la documentation relative aux questions de santé mentale, aussi bien ce qui concerne les personnes souffrant aujourd'hui de troubles mentaux que ceux qui aujourd'hui ne connaissent pas cette situation mais aimeraient être informés pour ne pas se retrouver isolés par ignorance de ce qu'il est possible de faire.

2. activités nationales placées sous le signe de la rencontre et de la découverte.

Ce sont des activités, d'une part avec un caractère festif permettant la rencontre comme des journées portes ouvertes ou un forum qui mettent en présence le secteur de la santé mentale et le public ou d'autre part, un ensemble d'activités à caractère plus scientifique et parmi celles là nous avons retenu le séminaire du CEDEP qui se fera à Namur.

3. des projets locaux

On voudrait mettre en valeur des actions de terrain qui se situent un peu partout dans l'ensemble du pays, et chacune des trois ligues coordonne les programmes et les projets locaux qui ont été retenus dans sa région.

4. associations avec des activités culturelles qui font partie de la programmation annuelle en Belgique

Par exemple, l'association avec le festival du film à Gent ou le festival du film social à Charleroi, qui sont prêts à dédicacer tout ou partie de leur programmation à des films en matière de santé mentale, en dialogue avec nous pour les aider à la sélection. C'est quelque chose qui nous occupe actuellement énormément.

La préparation de ce programme a commencé il y a largement deux ans. La première réunion de discussion entre nous était au mois d'avril 1998 et nous avançons pas à pas, progressivement. Nous avons commencé par un travail avec une trentaine de personnes venant de tous les horizons, internes et externes à la santé mentale, des personnalités qui étaient susceptibles de créativité ou porteuses d'informations, suffisamment variées pour couvrir un peu tous les champs du secteur social en Belgique. Nous avons fait avec eux un travail de réflexion dont sont ressortis les 4 principes autour desquels l'ensemble du programme et du projet s'est construit.

- Le premier axe est que la santé mentale est aussi importante que la santé physique.
- le deuxième axe est qu'on peut en parler, il ne faut pas avoir honte et se cacher,
- le troisième axe est qu'il existe déjà maintenant certaines réponses
- le quatrième axe est que le patient est une personne, un citoyen à part entière

L'ensemble du programme se construit autour ces 4 principes. A partir de ce premier groupe d'une trentaine de personnes nous avons progressivement élargi vers le secteur professionnel, à la fois par un petit journal qui s'est diffusé à 20'000 exemplaires, ce qui n'est pas si mal en Belgique. Nous avons d'abord prévu 10'000, mais il a fallu doubler, ce qui veut dire que l'intérêt était assez grand. Nous avons écrit dans tout le milieu professionnel et même plus loin puisque nous avons écrit à toutes les administrations, tous les ministères, tous les cabinets ministériels concernés d'une manière ou d'une autre par les questions de santé mentale, et à tous les partis politiques. On a écrit à tous les milieux d'informations en matière sociale et psychosociale, médico-sociale, les mutuelles aussi, leur proposant, s'ils sont intéressés, de travailler avec nous sur un tel projet. Il n'a pas fallu faire de rappel, des gens sont venus de partout, touchés de près ou de loin, souvent d'ailleurs plus de loin que de près, mais cela ne me paraît pas dramatique en soi dans la mesure où il faut qu'il y ait mobilisation.

On a lancé dans le premier journal un concours pour le slogan et le logo destinés à identifier à l'ensemble de l'opération, se disant que le fait d'inciter à réfléchir pour élaborer un logo ou pour rechercher ce qui pourrait être un slogan porteur est déjà en soi une action de réflexion par rapport à la problématique de la déstigmatisation. A notre grande surprise et notre grande satisfaction, nous avons reçu 229 propositions de slogans et/ou de projets de logo. Puis nous avons lancé un appel à projet pour ce troisième axe, les projets locaux à mettre en valeur, et permettre ainsi aux spécificités locales car (expertise de la diversité) il n'y a pas de raison que la santé mentale soit traitée de la même façon partout, qu'il n'y ait pas de marques originales et de situations particulières. A ce jour, il y a pratiquement 100 projets qui sont rentrés, qui doivent être

maintenant étudiés par un jury mis en place. Au plan de la sensibilisation dans le secteur je crois que nous avons déjà pas mal progressé. L'étape suivante prévoit qu'au mois d'octobre prochain nous allons nous adresser à l'extérieur du professionnel, c'est à dire qu'on va commencer une première opération d'information sur les activités prévues l'année prochaine vers le grand public. En 2001, normalement, l'ensemble du programme se déroulerait entre mars et octobre, avec des périodes plus fortes que d'autres, bien sûr.

Je n'ai pas fait l'inventaire des différentes activités nationales, mais une des choses qu'on aimerait beaucoup pouvoir faire bien qu'encore un tout petit peu coincés aux entournures par les questions de financement, c'est un sondage dans l'ensemble de la population sur ce qu'est la santé mentale, l'image qu'on en a, y compris chez les médecins généralistes et y compris chez les professionnels de la santé mentale, avec des questions permettant des analyses en miroir pour voir les écarts ou les convergences éventuelles, entre les différentes perceptions. Il y aura bien sûr publication de ces résultats et une journée d'étude, mise sur pied à partir de la matière fournie par le sondage.

Nous avons eu beaucoup de difficultés au départ à se faire entendre à l'extérieur du monde vraiment concerné par la santé mentale et notamment dans la recherche des financements. Pour le financement on cherche dans trois directions : le secteur public évidemment, le secteur privé, mais comme dans le secteur privé la réponse simpliste c'est de nous dire "adressez-vous aux firmes pharmaceutiques", la manière de régler ce problème, consiste à prendre plusieurs firmes pharmaceutiques, pas une seule (même si une s'était proposée et fût refusée) et à faire une équivalence avec des firmes non pharmaceutiques.

Ceci donne des choses curieuses dans les conversations avec les firmes parce que chacune, avant de dire oui, essaye de savoir s'il y en a déjà une autre qui a lâché, qui a craqué. Quand on nous demande le rôle de Jansen Cilag, à chaque fois j'explique que cette firme-voulait l'exclusivité et que nous avons refusé à la fois parce que cela ferait perdre la crédibilité du projet (qui serait inscrit sous le nom d'une seule firme qui passerait dans le grand public pour du marketing Jansen et qu'on veut montrer que ce projet concerne tout le monde. Bien sûr des entreprises pharmaceutiques, mais aussi des entreprises non pharmaceutiques dans lesquelles se posent des questions de santé mentale, qui sont un lieu qui peut favoriser ou défavoriser une bonne intégration des personnes qui ont eu des difficultés ou qui vivent actuellement des difficultés. Nous avons acquis un certain nombre de ministres qui ont tous reçu notre documentation pour essayer d'obtenir qu'ils nous aident tous. Partout nous recevons un bon écho, la question est de savoir si nous aurons les montants espérés, ce qui est aléatoire parce que chaque domaine a ses exigences et ses contraintes financières. On a officiellement l'assurance que la ministre fédérale de la santé mentale prendra la parole au mois d'octobre pour épauler la démarche que nous entreprenons.

Comme la chance veut que dans les gouvernements actuels, à part la région bruxelloise, la santé est aux mains du même parti, nous pouvons espérer une position plus ou moins concertée, une rencontre inter-cabinets est déjà prévue au courant de l'automne.

Dernière chose, un peu symbolique mais parfois les symboles sont les bienvenus, nous avons le droit d'utiliser le logo de l'Europe sur toute la promotion, toute la documentation concernant notre projet. Par hasard il est apparu que dans les priorités de l'OMS en 2001, la santé mentale a été reprise pour la journée mondiale pour la santé et c'est le thème du rapport annuel de la santé. Pour nous, c'est un renforcement parce qu'il y aura une série d'actions entreprises dans les administrations.

Q : Est-ce la première fois que vous arrivez à faire quelque chose entre les différentes régions linguistiques ?

- Oui, c'est la toute première fois, en santé mentale, depuis la fédéralisation du pays.

Q : Comment est perçu par vos autres partenaires le fait que vous fassiez quelque chose ensemble dans les différentes régions linguistiques ?

- Il y en a quelques-uns qui protestent, mais il y en a plus qui disent que c'est bien de faire quelque chose au plan fédéral. C'est une des raisons pour lesquelles on tenait beaucoup à ce qu'il y ait des projets locaux, pour que les particularités ne soient pas noyées.

*Philippe RAPPARD**

Le Droit français et la psychiatrie de service public ou la loi et la norme

Résumé

L'hospitalisation ne résumant plus à elle seule les soins et l'assistance, les traitements sous contrainte doivent respecter les principes de l'Etat démocratique, face à la dangerosité, le passage à l'acte, la protection des biens et l'indemnisation des victimes. Mais quelle différence établir entre le délinquant et le déviant ? La décriminalisation des comportements renvoie à d'autres réponses que la réponse pénale. La psychiatrie est une de ces réponses non pénales, qui s'étend au traitement des anormaux responsables. La criminologie clinique et la science pénale en ne séparant pas l'acte et l'infracteur, remplacent le conflit psychiatrie-justice par l'interpellation criminologie-justice et introduisent la défense sociale et le procès de resocialisation tout en remettant en question le rôle des expertises.

La politique psychiatrique de secteur a inauguré une psychiatrie ouverte, par delà "les murs de l'asile" (expression de Minkowski, reprise par Gentis), qui posait le problème des malades mentaux dangereux ou difficiles, ayant bénéficiés ou non d'un non-lieu judiciaire et internés dans les hôpitaux psychiatriques. La mise en place de cette nouvelle politique "formulée dès les journées psychiatriques nationales de 1945 et de 1947, avant que les circulaires ministérielles du 15 mars 1960 ne lui donne consistance" aboutit le 5 juin 1950 à une circulaire destinée, pour faciliter l'ouverture des hôpitaux psychiatriques ordinaires (où les administrations selon les modalités du service libre prenaient de l'extension), à traiter dans des unités spéciales ou dans des établissements spéciaux, les malades difficiles "des catégories un, deux et trois". Si la première et la deuxième catégories pouvaient être maintenues dans les hôpitaux psychiatriques ordinaires, dans des chambres protégées ou dans des unités fermées, la troisième catégorie constituée de grands déséquilibrés psychopathes généralement médico-légaux et susceptibles de préméditer des réactions et des évasions complotées, étaient à traiter dans des services de sûreté tels ceux de Villejuif, Hoerdt, Montdevergue, auxquels devaient s'ajouter ceux de Sarreguemines et de Cadillac.

* Psychiatre des Hôpitaux honoraire, maître de conférences au Collège Hospitalier Pitié-Salpêtrière de Paris, Rte de Saclas 91, 91150 Etampes

La réforme du code de procédure pénale de 1958 devait d'ailleurs modifier la composition de cette population des malades difficiles et en particulier celle de la catégorie trois. Les nouvelles questions posées aux experts, en particulier celle de l'accessibilité à une sanction pénale, devaient réduire le recours à l'article 64 du code pénal de 1810 que de nombreux experts utilisaient pour éviter des peines courtes à des sujets dangereux relevant de la circulaire Chaumié de 1905, qui introduisait la notion de responsabilité atténuée. En 1958, 70 % des sujets hospitalisés selon les modalités du placement d'office dans le service de sûreté de Sarreguemines, étaient des déséquilibrés psychopathes ayant bénéficié d'un non-lieu judiciaire et de l'article 64 du code pénal.

Dix ans après, ce taux avait considérablement diminué et les psychotiques difficiles non médico-légaux venaient s'y substituer. Simultanément, la population des établissements pénitentiaires devait se modifier elle aussi, et l'on peut considérer que la réforme du code de procédure pénale de 1958, joua un rôle certain dans le développement de la psychiatrie pénitentiaire et dans la création des centres puis des services médico-psychologiques pénitentiaires.

A partir de ce moment, le principe de l'irresponsabilité pénale du malade mental inscrit dans le code pénal de 1810 (article 64), puis repris dans le code pénal de 1992 (article 122-1), ouvrait deux champs à la criminologie psychiatrique : celui des établissements pénitentiaires, de la surveillance post-pénale des criminels et des délinquants pour le monde pénalisé ou pénalisable ; celui des établissements psychiatriques et de la post-cure, pour le monde dépenalisé avec, paradoxalement, plus de liberté dans le monde pénitentiaire que le monde psychiatrique, pour les psychiatres thérapeutes, en raison des questions de culpabilité, de responsabilité et d'imputabilité.

La récidive est le "fait total" pour la criminologie, et sa prédiction n'est pas scientifiquement établie. Demander au psychiatre de prévenir la récidive obère son action thérapeutique. Ce n'est pas ce qui lui est demandé dans les établissements pénitentiaires, c'est ce qui lui est demandé dans les services psychiatriques. Or, comme y insistait Winnicott (aspect que nous avons développé dans notre travail "La folie et l'Etat", Privat éd. 1981), prévenir la récidive et le passage à l'acte n'est pas compatible avec le traitement de la tendance antisociale.

La défense sociale, qui consiste à renoncer au procès de répression pour un procès de resocialisation, en respectant autant les victimes que les infracteurs, se profile. Même si elle maintient le principe de l'irresponsabilité pénale, elle ne fait pas échapper le malade mental à la justice. Qu'elle maintienne ou qu'elle ne maintienne pas la sentence indéterminée, elle laisse au tribunal (et non pas au médecin, comme en France), la responsabilité d'une libération ou d'une sortie. En cas de récidive, les crimes et les délits ne sont pas imputables aux thérapeutes ou aux "gardiens et préposés responsables", qui restent libres dans leurs actions thérapeutiques et leur gestion, que le sujet soit en établissement ou sorti. Autrement, le psychiatre est l'otage du non-lieu judiciaire et le support d'une culpabilité liée autant au maintien par delà la période de soins, qu'aux risques d'une sortie sans obligation réelle de soins.

La sortie par voie judiciaire est prévue en France, autant par l'article 29 de l'ex-loi de 1838, que par l'article L.351 de la nouvelle loi du 27 juin 1990. Mais elle est peu

appliquée, autant du fait des psychiatres que des magistrats. Ce qui bloque l'action psychiatrique, dans le domaine dépenalisé de la criminalité des malades mentaux, ce n'est donc pas le principe de l'irresponsabilité pénale (principe admis dans la quasi-totalité des pays d'Europe et du monde), mais la pratique du non-lieu judiciaire, liée au fait que le droit français n'intègre pas les actes accomplis par un malade mental atteint d'un trouble psychique ou neuro-psychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes, selon la formule actuelle. Ce ne sont pas les malades mentaux qui sont rejetés du Droit, mais leurs actes (autant au civil qu'au pénal). Mais peut-on exister sans ses actes ?

Un progrès s'est dessiné lors de la promulgation de la loi du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs, qui rend leur responsabilité civile aux malades mentaux (article 489-2). Article, d'ailleurs inapplicable en lui-même, mais qui renvoie implicitement à l'article 1382 du code civil, celui du commun des mortels, où la notion de faute intervient, qui permet la désabsolutisation de la réparation du dommage contenue dans l'article 489-2, article dont le principe d'équité a été exclu, lors des amendements de la loi.

L'article 64 du code pénal de 1810 et le principe de l'irresponsabilité pénale du malade mental, ont permis le développement d'une discipline nouvelle, non axiologique, la psychiatrie, qui mettait sur le marché du savoir des concepts objectifs comme ceux de "passage à l'acte", de "comportement", de "situation", etc. La criminologie, qui en est plus ou moins issue, ne peut s'exercer véritablement qu'en dehors du champ de cette irresponsabilité. L'article 122-1 du nouveau code pénal favorisera-t-il cet exercice ? Oui ! si les experts considèrent que, dans la plupart des cas, le malade mental reste punissable, c'est à dire si le trouble psychique ou neuro-psychique a altéré le discernement et entravé le contrôle des actes, sans pour autant les abolir. Le recours à l'abolition ne devrait être que rare et réduit à des cas précis dont certains ont d'ailleurs déjà été évoqués par Freud.

L'humanitaire ne doit pas ici, comme dans les conflits ethniques, masquer une absence de politique. La psychiatrie n'est pas une action humanitaire, mais une politique, comme l'expression "politique de secteur" a tenu à le préciser dès le départ; une politique qui, bien sûr, n'exclut pas une action thérapeutique humaniste. La visée de cette politique n'est pas le recours à des associations humanitaires qui viendraient pallier les insuffisances d'un système juridique ou d'un état. La psychiatrie n'est pas assimilable à une association non gouvernementale, aménageable dans l'espace vide du non-lieu judiciaire, espace qui ne dévoile pas une réalité, mais l'occulte encore plus.

Comme nous l'avons développé ailleurs, le principe de l'irresponsabilité pénale est un fantasme fondateur inanalysable, mais les symptômes que sont les lois liées à ce principe sont analysables et à élaborer en fonction du Droit. Droit, dont le rôle n'est pas d'entériner un état de fait (celui de la psychose) ou, pour parler comme Kelsen, celui de "l'être", mais d'organiser un "devoir d'être", celui de l'existence. Dans le contexte actuel, il ne serait pas sage de continuer à opposer punition et soin. Dans le cadre de la pénalisation ou de la dépenalisation, punir et guérir ne sont pas antinomiques, et la justice et la psychiatrie sont condamnées à cohabiter pour des raisons, non pas de culpabilité ou de responsabilité, mais d'imputabilité.

Société juridique et "sublimations normatives"

Les rapports de la justice et de la psychiatrie ne correspondent pas uniquement aux rapports de la punition et de la guérison. "Punir ou guérir", tel était le sous-titre donné par Ph. Némou à l'entretien qu'il menait avec Michel Foucault en 1976. Le psychiatre y apparaissait comme un personnage qui n'a rien inventé mais qui est venu s'inscrire dans cette zone où la justice ne sait plus quel sens donner à la condamnation de quelqu'un. Car la peine a fini par ne plus conjurer un acte dommageable, mais bien à condamner l'auteur de l'acte. Le psychiatre, dans cette affaire, a été conduit à jouer un rôle auquel peut-être il ne s'attendait pas, à savoir celui de l'enfermement et de la protection paradoxale des libertés individuelles.

Mais l'acte non reconnu par le droit, l'acte accompli par le malade mental, est redevenu par delà la violence et la dangerosité, l'objet de la recherche en psychiatrie, car le droit en n'acceptant pas d'intégrer dans son sein ce qui ne résultait pas du libre-arbitre, exprimait ce que les philosophes présentaient comme inséparables, à savoir "l'essence" et "l'acte d'exister". La punissabilité et la non-punissabilité, qui prennent le relais de la responsabilité et de l'irresponsabilité, laissent de côté la guérison, qui de toute façon, ne peut venir que de "surcroît", dans le contexte actuel marqué par la psychanalyse.

Le couple antinomique "punir ou guérir" n'est donc plus le modèle des interventions opportunes, même s'il est repris par les nouveaux textes légaux et réglementaires, dans les pays où la défense sociale prend progressivement la place d'une justice répressive. Les démarches thérapeutiques sont à entreprendre indépendamment des mesures de protection des personnes et des biens décidées par les tribunaux (sans pour autant méconnaître leur incidence sur le comportement) : l'indépendance du médecin restant le principe de son association au traitement psychiatrique des criminels et des délinquants dans les structures mises en place dans la société civile et les différents établissements.

Foucault dénonce les stratégies de pouvoir normalisatrices et le modèle médical qui en est le support. Il se bat, dit-il, contre le normalisateur et non pas contre le législateur. La société de la norme serait venue remplacer la société juridique et "si la loi nous lâche souvent, la norme ne nous lâche jamais !". Mais en dénonçant le pouvoir normalisateur et en essayant de le faire apparaître là où il se cache, à travers une analyse philosophico-politique fonctionnant comme colorant du pouvoir, Foucault en fait, dénonce ce que Lacan, ailleurs et à propos de l'agressivité en psychanalyse, présentait comme les "sublimations normatives". "Personnellement, je crois que Foucault était dans l'erreur", disait Alain Robbe-Grillet. Cependant Foucault situe bien le problème, quand il fait de la prison le dispositif central à partir duquel s'organisent les lois, les codes et l'appareil judiciaire. Ce n'est pas le tribunal qui est subordonné à la prison et extérieur à elle. "La société disciplinaire", "la société de surveillance" produit "des petites ruses, des procédés calculés, des techniques, des sciences en fin compte, qui permettent la fabrication de l'individu disciplinaire". Et ce que dénonce en définitive Foucault, c'est que la pénalité n'ose plus dire qu'elle punit des crimes, car elle prétend réadapter des délinquants. Le système médico-judiciaire ne juge plus le crime, mais le criminel. C'est à partir de la naissance de ce personnage que le juge, embarrassé, fait appel au médecin, auquel il sera demandé de se prononcer sur la dangerosité du criminel. Dangerosité potentielle, qui entraînera des peines variables et modulées en

fonction de cette virtualité. Foucault, sans le dire explicitement, se prononce donc contre la défense sociale et contre le "pouvoir savoir". "Le pouvoir disciplinaire, écrit-il, semble avoir subi une épuration spéculative en s'intégrant à des sciences comme la psychiatrie, la psychologie ... Mais il ne faut pas s'y tromper, ces techniques ne font que renvoyer les individus d'une instance disciplinaire à une autre, et elle reproduisent sous une forme concentrée ou formalisée le schéma de pouvoir-savoir propre à toute discipline ...".

Quant à nous psychiatres, nous devons fournir des solutions, bien qu'imparfaites, au même ensemble de problèmes selon les attitudes de l'environnement conventionnel (cf. Albert Cohen), dans la mesure où la déviance, dans ses nombreuses variétés, force l'appui de l'organisation tout en accentuant la conformité aux normes. Le délinquant, en effet, "ayant renoncé à travailler sérieusement, au sens où l'entend la classe moyenne, est plus libre de détourner à son usage ces courants souterrains de notre tradition culturelle ...". Aussi, réalise-t-il nos fantaisies morales sur une scène où nous projetons notre vision dynamique du caractère. A propos des lieux de l'action, Goffman écrit : "D'un côté, il y a des lieux sûrs et silencieux, le foyer, la profession régulière ; de l'autre, il y a toutes les activités qui permettent de s'exprimer, et qui obligent l'individu à monter en ligne et à s'exposer passagèrement. C'est sur ce contraste que nous bâtissons la plupart de nos rêveries commercialisées. C'est de ce contraste que les criminels, les escrocs et les sportifs tirent leur respect d'eux-mêmes. Peut-être est-ce là leur salaire pour l'usage que nous faisons du rituel de leurs exploits ...".

La violence, dans cette affaire, se trouve confrontée à deux conceptions différentes : la médecine et la justice, qu'il n'y a pas lieu d'opposer de façon manichéenne entre punition ou guérison. Même si la violence n'est pas forcément une transgression, elle relève des deux disciplines, dans la mesure où les sociétés de droit attribuent à l'Etat le monopole de la violence légitime, et à la médecine l'obligation de soigner les plaies physiques et psychosociales.

Références bibliographiques

- COHEN A.-K., "La déviance" Duculot Gembloux éd. (éd. Anglaise, 1966)
- FOUCAULT M., "Surveiller et punir, naissance de la prison" Gallimard, N.R.F. Paris, 1975
- GOFFMAN E., "Les rites d'interaction" Les Editions de Minuit, Paris 1974
- LACAN J., "Fonctions de la psychanalyse en criminologie" (avec M. Cénac), écrits, Seuil, 1966, p.125-149
- RAPPARD Ph., "Composition de la population de l'hôpital psychiatrique de sûreté de Sarreguemines, Service de sûreté et défense sociale". Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, 1958, Strasbourg, p.579-589.
- RAPPARD Ph. "Le crime n'est plus annulé !", Psychiatrie Française, N° 1-1994, mars, p. 61-67.
- RAPPARD Ph. & BUCHER-THIZON M. "La raison psychiatrique et la raison juridique". Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Rapport de médecine légale. 88^{ème} session, Lille, 1990. Masson éd. Paris, Milan, Barcelone, Bonn, 1991.

