



CAHIERS

Les cahiers de santé publique
et de protection sociale

Publication de la Fondation Gabriel Péri

N°34
Octobre
2019



LES CAHIERS DE SANTÉ PUBLIQUE & DE PROTECTION SOCIALE

Rédaction

M. Michel MASO, Directeur administratif des Cahiers, Directeur de la Fondation Gabriel Péri,
Dr Michel LIMOUSIN, Rédacteur en chef des Cahiers,
M. Jacques BÉNÉZIT, Secrétaire de Rédaction.

Comité de rédaction

Dr Félix ATCHADE, médecin de santé publique
Dr Alain BEAUPIN, Médecin Directeur du Centre de santé CCAS,
M. Amar BELLAL, Professeur agrégé, Rédacteur en chef de *Progressistes*,
Pr. Abdelmadjid BENHAMIDA, Professeur de Santé publique à la Faculté de Médecine de Tunis,
Dr Alain BRÉMAUD, Médecin syndicaliste,
Dr Omar BRIXI, Médecin de santé publique et enseignant,
M. Claude CHAVROT, ancien Président de l'IUT Paris-Descartes,
Dr Fabien COHEN, Chirurgien-dentiste,
Mme Blandine DESTREMAU, Sociologue, Directrice de recherche au CNRS,
M. Jean-Luc GIBELIN, Directeur d'hôpital, Membre du Collège Exécutif du PCF, Vice Président de la Région
Midi Pyrénées
M. Serge KLOPP, Cadre infirmier psychiatrique,
Dr Gilles LAZIMI, Médecin Directeur du CMS de Romainville, Département de Médecine Générale, Faculté
de Médecine Pierre et Marie Curie,
Dr Richard LOPEZ, Ancien Président de la FNCS,
Dr Claire MEIGNAN, Médecin directeur du CMS de Vitry,
Mme Catherine MILLS, Universitaire, Économiste,
M. Frédéric RAUCH, Économiste, Rédacteur en chef d'*Économie et Politique*,
Mme Régine RAYMOND, Présidente de la FNFCEPPCS, Directrice administrative du CMS d'Aubervilliers,
M. Jacques RIGAUDIAT, conseiller-maître honoraire à la Cour des comptes,
M. Jean-Charles VERHEYE, Université Paris Nord-Paris 13, Docteur en pédagogie de la santé, Santé publique,
Mme Evelyne VANDER HEYM, Directrice d'hôpital en retraite,
Dr Jean-Victor KAHN, Chirurgien-dentiste,†

Comité de lecture

Dr Paul CESBRON, Ancien Chef de service à l'Hôpital de Creil,
Dr Michèle LEFLON, Médecin anesthésiste,
Dr Éric MAY, Médecin Directeur de la santé & du CMS de Malakoff, Président de l'Union syndicale des médecins
de centres de santé.

SOMMAIRE

Éditorial:

Répondre aux besoins de santé, un enjeu de société Par le D ^r Michel Limousin	Page 7
--	--------

Articles:

Le soin est aussi un enjeu démocratique Par Roland Gori et Marie-José Del Volgo	Page 10
Neurosepticisme et psychanalyse Par le Dr Garrigou, psychiatre & psychanalyste	Page 19
Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020 : décryptage Par Frédéric Rauch	Page 23
La taxation des revenus financiers des entreprises et des banques Par la rédaction	Page 25
La mutualité se trompe en proposant une fiscalisation des complémentaires Par Jean-Luc Gibelin	Page 26
PLFSS 2020 : 4,2 milliards d'économies sur la santé en 2020 Par la rédaction	Page 27
Centre du Mali : L'insécurité généralisée prive d'accès aux soins de santé les communautés Par Foussehou Sissoko	Page 28
Pour un allongement du délai légal d'IVG Par les Dr Nathalie Trignol-Viguié (CHU Tours, CHIC Amboise 37) & Dr Laura Marin Marin (Corentin Celton (92), Hôpital Européen Georges Pompidou (75), centre de santé de Malakoff 92) et membres du bureau de l'ANCIC	Page 30
Dix années de Coordination à Mondor, Des luttes exemplaires qui imposent des reculs au pouvoir, & exigent une autre politique de santé Par le Dr Fabien Cohen Porte-parole de la coordination de vigilance du GHU H. Mondor/A. Chenevier	Page 32

*Le dossier : la loi « Ma santé 2022 » :***La longue histoire des opinions anti-vaccins**

Par Mme Françoise Salvadori Page 46

Les fondements de la médecine anthroposophique : une immersion dans la genèse des concepts médicaux de Rudolf Steiner

Par Grégoire Perra Page 54

Les brèves des Cahiers Page 66

*Les notes de lecture***« Mad Maps ou les cartes folles » de Nicolas Lambert et Christine Zanin, aux éditions Armand Colin, Paris, 2019, 143 p., portent bien leur nom**

Par Catherine Limousin, ingénieur de recherche honoraire, CNRS Page 76

« Histoire de santé, 30 ans à Saint-Denis » du Dr Marc Schoene, aux éditions PSD,

Par la rédaction Page 77

Le courrier des lecteurs Page 79

Éditorial

Répondre aux besoins de santé, un enjeu de société

**Dr Michel Limousin,
Rédacteur en chef.**

La dégradation de notre système de santé ne date pas d'aujourd'hui ! L'accumulation des politiques de réduction des dépenses, de destruction du service public hospitalier et de non-formation du personnel entraîne un état de catastrophe sanitaire dans notre pays.

Déjà il y a un an les parlementaires communistes étaient si inquiets qu'ils ont entrepris le tour de France des hôpitaux qui est en train de déboucher sur des propositions législatives.

Cet été les personnels des urgences ont sonné le tocsin : point de confluence entre les difficultés de prise en charge en ville ne donnant bien souvent à la population que le seul recours aux urgences et les difficultés d'un hôpital vidé de ses lits (100 000 lits en vingt ans) et de ses personnels, les urgences n'en peuvent plus ! La lutte des personnels doit être saluée : elle est dans l'intérêt général ! Ils ne sont pas les seuls, car même si la médiatisation est moindre, les luttes sont multiples aussi dans les autres services hospitaliers ou médico-sociaux, en psychiatrie et dans les EHPAD.

Les réponses de la ministre ne règlent rien. Les financements annoncés sont essentiellement du recyclage d'autres annonces. Ils donnent des gages au secteur privé, au détriment de l'hôpital public, comme le SAS (service d'accès aux soins), réinventant les centres 15 et les standards des pompiers pour mieux orienter les malades vers le libéral : la Fédération de l'Hospitalisation Privée ne s'y trompe pas, se précipitant dans la brèche pour proposer la création de services d'urgences privées. A. Buzyn est en difficulté : les personnels et les usagers l'ont compris, ils haussent le ton et les mobilisations : actions, propositions, débats !

Le plan d'urgence pour l'hôpital est plus que jamais d'actualité :

- création de 100 000 emplois et titularisation de tous les contractuels, 100 000 emplois/an sur trois ans aussi dans les EHPAD,

- moratoire sur toutes les fermetures de services, de structures ambulatoires et fusions de secteurs en psychiatrie, de regroupements de SMUR, vente de

biens fonciers et immobiliers, suppressions de lits, réorganisations, restructurations et partenariats public/privé,

- plan d'investissements tant immobiliers que mobiliers mais aussi en moyens techniques, scientifiques, numériques et médicaux,

- lutter contre la souffrance à l'hôpital des personnels et des malades, en redéfinissant de nouveaux critères de conditions de travail et de vie à l'hôpital et en donnant un vrai pouvoir aux instances de représentation du personnel, des élus et des usagers.

L'hôpital public est soumis à une double contrainte, celle d'une politique néolibérale destructrice et celle des évolutions très rapides des connaissances et des techniques, des besoins des populations et du contexte épidémiologique. L'hôpital doit se transformer pour s'intégrer dans un système de santé coopératif, répondant aux besoins des gens et des territoires. La question de savoir ce qui s'est passé avant l'hospitalisation et ce qui se passera après est posée et la qualité des hôpitaux, leur sécurité, doit intégrer cette vision globale. Cela passe par la proximité et la gradation des soins. Mais le tout ambulatoire proposé par le gouvernement n'a aucun sens d'autant plus qu'il se refuse à considérer la nécessité d'un vrai service public de proximité autour des centres de santé et à former des personnels en nombre suffisant : la suppression du numerus clausus limitant le nombre de médecins formés n'aura aucune efficacité en l'absence de moyens pour les universités, source d'autolimitation.

Le dernier trimestre de l'année est celui du vote par le Parlement de la loi de financement de la Sécurité Sociale. Nous portons l'exigence d'une augmentation des dépenses de l'assurance maladie afin de permettre aux hôpitaux de répondre aux besoins. Il faut une augmentation de l'ONDAM (objectif national d'assurance maladie) au moins de 5 %. C'est possible d'augmenter les cotisations : c'est le coût du capital, les actionnaires qui pèsent sur les entreprises ! La suppression de la taxe sur les salaires dans les hôpitaux est une revendication légitime. Cette taxe sur les salaires n'existe pas pour les autres fonctions publiques et correspond à un hold-up de l'État sur les recettes des hôpitaux et donc sur la sécurité sociale qui en

est le principal financeur. Enfin, augmenter les recettes de la Sécu, c'est possible. Ce n'est pas la dépense sociale qui coûte cher à la Sécurité sociale, c'est le coût du capital! Selon les comptes de la Nation, les entreprises ont versé en 2018 au titre de la rémunération de la propriété 244,9 Mds d'euros (dividendes et intérêts bancaires). Cela dépasse largement le « coût du travail » (total des cotisations patronales : 196,3 Mds d'euros)! Ce coût du capital, c'est de la richesse produite dans les entreprises qui ne finance pas la réponse aux besoins sociaux. Faire cotiser ces revenus financiers au même niveau que les cotisations patronales pour chaque branche rapporterait immédiatement plus de 90 Mds d'euros pour la Sécurité sociale! Il faut augmenter les cotisations patronales et en moduler la hausse selon les politiques des entreprises. Les exonérations de cotisations sociales employeurs et, pour les ménages, l'introduction de la CSG et de la fiscalisation des recettes (33,2 % du total des ressources de la Sécurité sociale) ont été le moteur de ce transfert de charge des entreprises vers les ménages. Si les PME ne s'en sont pas rendues compte, leurs marges ont été siphonnées par leurs donneurs d'ordres, les grands groupes en ont bien profité, leurs actionnaires en particulier! Et pour aider le développement de l'emploi et des salaires, comme l'économie sur les ressources naturelles, on peut moduler cette hausse des taux de cotisations patronales selon les politiques salariales et environnementales de chaque entreprise avec une dynamique vertueuse ainsi créée sur les ressources de la Sécurité sociale.

Enfin, il faut instaurer l'égalité salariale homme-femme : 7 à 8 Mds d'euros de plus pour la Sécurité sociale.

Aller vers le 100 % sécu est possible : il faut le remboursement à 100 % par la Sécurité sociale de tous les soins prescrits.

Articles

Le soin est aussi un enjeu démocratique

Par Roland Gori et Marie-José Del Volgo

NDLR : Roland GORI est Professeur honoraire des Universités et psychanalyste ; derniers ouvrages parus : *La Dignité de penser*, Paris, LLL, 2011 ; *La Fabrique des imposteurs*, Paris, LLL, 2013 ; *Faut-il renoncer à la liberté pour être heureux ?* Paris, LLL, 2014 ; *L'individu ingouvernable*, Paris, LLL, 2015 ; *Un monde sans esprit. La Fabrique des terrorismes*, Paris, LLL, 2017 ; *La nudité du pouvoir. Comprendre le moment Macron*, Paris, LLL, 2018 ; *Homo Drogus* (avec Hélène Fresnel), Paris, Harper, 2019. Et Marie-José DEL VOLGO est Praticien hospitalier et Maître de conférences honoraire à Aix Marseille Université ; Ouvrages parus, *L'instant de dire* (1997, Toulouse, ères, 2012), *La douleur du malade* (Toulouse, ères, 2003), *La santé totalitaire, Essai sur la médicalisation de l'existence* (avec R. Gori, 2005, Paris : (Flammarion, 2014), *Exilés de l'intime* (Paris : Denoël, 2008).

Abstract

Winnicott is one of the psychoanalysts who has given the most beautiful and the strongest definition of democracy. It would be a « political extension of family facilitation » of care, of the holding that the environment lavishes on the human fragility of the beginning of life.

In a society addicted to force and performance, the humanization values contained in our vulnerabilities are neglected, despised, denied. And it is not the fault of digital machines if their progress makes us less human, but the consequence of a political and ethical way of governing others and of governing oneself. Care is a challenge for democracy. The danger is not that the care relationship disappears from the field of health, but only that it is reserved for the privileged.

Keywords: care, democracy, digital, empathy, vulnerability, Winnicott

Mots-clés : démocratie, empathie, numérique, soin, vulnérabilité, Winnicott

Winnicott est de tous les psychanalystes celui qui a donné de la démocratie la plus belle et la plus forte définition. Elle serait une « extension politique de la facilitation familiale » du soin, du holding que l'environnement prodigue à la fragilité humaine du début de la vie.

Dans une société addict à la force et à la performance, les valeurs d'humanisation contenues dans nos vulnérabilités sont délaissées, méprisées, déniées. Et ce n'est pas la faute des machines numériques si leur progrès nous rend moins humains, mais la conséquence d'une manière politique et éthique de gouverner les autres et de se gouverner soi-même. Le soin est bien un défi pour la démocratie. Le danger n'est pas que la relation de soin disparaisse du domaine de la santé, mais seulement qu'elle ne soit réservée qu'aux privilégiés.

Le danger n'est pas dans les machines, sinon nous devrions faire ce rêve absurde de les détruire par la force, à la manière des iconoclastes qui, en brisant les images, se flattaient d'anéantir aussi les croyances. Le danger n'est pas dans les multiplications des machines, mais dans le nombre sans cesse croissant d'hommes habitués, dès leur enfance, à ne désirer que ce que les machines peuvent donner.¹

La technique est ambivalente, comme la langue d'Ésope, elle peut être la meilleure ou la pire des choses, participer à l'émancipation des humains ou contribuer à leur servitude volontaire comme à leur soumission sociale. Dans la santé comme dans d'autres secteurs de l'existence sociale cette ambivalence révèle tous les jours ses effets et ses conséquences, plus particulièrement lorsque la technique est mise au service des logiques de rentabilité et de domination sociale. Dans le domaine de la psychiatrie ou dans celui de l'accompagnement social des plus pauvres, des plus vulnérables, des plus démunis, la technique se révèle comme le dispositif auquel recourent les équipes dites soignantes, lorsqu'elles sont débordées, en burn out et standardisées par des protocoles. Alors, pour pallier le plus souvent aux manques de moyens humains, en EHPAD, dans les institutions de santé ou celles du travail social la solution technique s'impose, que cette technique soit physique, chimique ou numérique.

Muriel² est infirmière en cancérologie pédiatrique. Elle a choisi son métier par vocation, une vocation qu'elle

1 Georges BERNANOS, 1945, *La France contre les robots*, Paris, 2009, p 172.

2 Muriel entendue le 9 septembre 2017 sur France Culture. « Soignants en souffrance : La vulnérabilité des professionnels de la santé face à la dureté de leur métier » <https://www.franceculture.fr/emissions/une-histoire-particuliere-un-recit-documentaire-en-deux-parties/soignants-en-souffrance-la>

fait remonter à ses 9 ans lorsqu'elle découvre dans le livret de famille qu'elle a un frère aîné, lequel est décédé à sa naissance. Muriel aime son métier, elle en reconnaît ses difficultés, surtout celles de devoir accompagner les enfants dans la maladie et parfois jusqu'à leur mort. De cela elle ne peut pas en parler autour d'elle, déjà les adultes malades c'est compliqué d'en parler, mais les enfants c'est impossible.

Muriel pourtant va décider un jour de quitter l'hôpital et son métier d'infirmière. Elle raconte cette décision, simplement, tranquillement. Avant ce jour décisif, elle avait accompagné une jeune fille dans la maladie et jusqu'à ce dernier jour où elle lui avait fait sa toilette mortuaire et l'avait conduite jusqu'à l'amphithéâtre, nom donné à la morgue dans l'hôpital parisien où elle travaille. Dans leur parcours, l'ascenseur tombe en panne et ils vont se retrouver, la jeune fille décédée, ses parents, les brancardiers et elle-même, une longue heure coincés dans l'ascenseur.

Le lendemain, dans son service, la cadre veut la voir et Muriel s'attend à ce qu'elle lui demande comment se sont passés ces derniers moments. Mais non, ce n'est pas du tout de cela dont il s'agit. Muriel a droit de la part de la hiérarchie à un avertissement pour non-respect de la procédure requise dans le cas d'un patient décédé, elle a commis la faute de ne mettre qu'une étiquette numérique au lieu des deux étiquettes obligatoires... Muriel décide le lendemain de quitter l'hôpital et son métier.

Comment en sommes-nous arrivés là? Comment en sommes-nous arrivés à ce que la rationalité pratico-formelle prévale sur la disposition à soigner? C'est cette rationalité pratico-formelle et instrumentale qui aujourd'hui cadre les soins et prescrit les comportements des équipes. C'est dire que la technique est devenue *palliative* aux carences de l'environnement social et culturel. Elle tend non seulement à encadrer le soin mais parfois à s'y substituer. C'est de cette manière d'agir et de penser que là, comme dans d'autres domaines, la surveillance, la normalisation et la correction des comportements, la « conduite des conduites » est confiée aux machines, et que la dimension du soin disparaît des domaines de la santé au profit du contrôle. Quand nous invoquons la technique, il faut l'entendre dans toutes ses dimensions qu'autorise aujourd'hui le déploiement d'une pensée instrumentale, d'une rationalité pratique et d'un contrôle formel.

Et cela avec d'autant plus de facilité et de complaisance sociale que les techniques en médecine ont rendu, et rendent des services formidables. Elles bouleversent le champ des possibles, celui des diagnostics, comme des

traitements et enfin de la prévention. Mais, avec un risque social et politique tout aussi important, valider les fractures et les inégalités sociales; entrer dans l'ère d'une post-démocratie. C'est sur ce point que nous voudrions insister.

Quand nous parlons de post-démocratie, c'est dans un sens assez proche de celui de Colin Crouch³: face à la crise de confiance des peuples dans les gouvernements démocratiques, les États se réfugient dans une gestion technocratique, une administration quasiment algorithmique des populations. Non sans se soumettre aux exigences des marchés avec lesquels le gouvernement technocratique des humains peut faire bon ménage. Le gouvernement politique des humains tend alors à s'effacer au profit d'une gestion prévisionnelle des comportements, d'une nouvelle forme de bureaucratie totalitaire qui opère par le truchement des *Big Data*. Le politique serait-il soluble aujourd'hui dans le numérique et la gestion des algorithmes?

Car aujourd'hui le paradigme traditionnel du gouvernement politique des humains est en voie d'épuisement. Affectées aujourd'hui par la crise des démocraties libérales, les théologies, qui justifient les relations de pouvoir et de domination, sont, elles aussi, en crise. Le recours aux arguments d'autorité ne fait plus recette. Faute de *spiritualité politique*, la violence nue située en arrière des relations de pouvoir affleure avec le déclin de l'autorité et l'émergence des nouvelles technologies. Au point que les nouvelles technologies dans certaines démocraties autoritaires, illibérales, tendent à remplacer le corps mystique du pouvoir. Or, ces nouvelles manières de « conduire les conduites » à l'aide des nouvelles technologies pourraient bien ne pas se restreindre à quelques régimes autoritaires, mais se révéler comme une nouvelle façon de « gouverner » par temps de crise de l'autorité et de misère théologique du pouvoir. La Chine, par exemple, est en train de se transformer en dictature numérique, en tyrannie algorithmique. La Chine s'installe dans un monde que même Georges Orwell n'aurait osé imaginer⁴.

Vous êtes prêts à partir en vacances, vos bagages sont faits, vos chambres sont réservées; il n'y a qu'un seul problème: le gouvernement a annulé vos billets. Cela se passe en Chine et des dizaines de millions de

3 Colin CROUCH, 2005, Post-Démocratie, Bienne-Paris, diaphanes, 2013.

4 Alexandre AGET, « La Chine s'installe dans un monde que même Orwell n'aurait osé imaginer », *UP magazine*, 6 mars 2019, <http://www.up-magazine.info/index.php/societe/societe-information/8473-la-chine-s-installe-dans-un-monde-que-meme-orwell-n-aurait-ose-imaginer>

Chinois sont sanctionnés parce que leur « score de crédit social » a été dégradé. Depuis 2014, les autorités ont expérimenté le « crédit social » dans toute la Chine, système national de réputation sociale. Chaque citoyen chinois possède un capital de 800 points au crédit de son score social. À tout moment, il peut en perdre et son solde, mis à jour en temps réel, est intimement associé à son identité. Si votre score est bon, vous pourrez circuler, prendre l'avion, vous déplacer librement, accéder à des services. Dans le cas contraire, vous êtes condamné à la détention à domicile et devenez vite un paria de la société. Le score social est la synthèse de toute la vie citoyenne d'un individu.

Avec la maîtrise des nouvelles technologies, la Chine devient, sous nos yeux, un leader dans le domaine. Big data, reconnaissance faciale, algorithmes prédictifs n'ont plus de secret pour les Chinois ; ils en sont passés maîtres. Ces nouvelles technologies sont destinées à surveiller la vie des gens dans le moindre recoin de leur vie, leurs comportements sont notés et leurs indices de conformité aux normes en vigueur sont transmis aux Autorités gouvernementales. L'Empire du Milieu est en train de construire un gigantesque réseau social, fort de 1,4 milliard de personnes. Chacune d'elles est notée en fonction de son comportement dans la vie quotidienne, scannée dans le moindre geste par 200 millions de caméras de surveillance. Les algorithmes de l'État calculent alors pour chacun son « crédit social ». Une population entière de plus d'un milliard de personnes, surveillée dans les moindres de ses gestes et notée en fonction de ses comportements. Une note algorithmique attachée à chaque citoyen, synthèse d'un contrôle total et massif : la Chine est en train de devenir la première dictature numérique au monde.

La technique devient notre destin

La « technique devient notre destin », comme l'écrivait Gunther Anders dans *L'obsolescence de l'homme*⁵, elle devient notre destin dans une société qui confie aux chiffres et aux algorithmes le soin de *décider* pour nous, le soin de décider pour nous au profit du pouvoir et des privilèges d'une minorité, et ce dans le grain le plus ténu de nos existences.

Il ne faut pas s'y tromper, non seulement les nouvelles technologies offrent à nos sociétés de contrôle un moyen de surveillance des populations jamais imaginé jusque-là,

mais encore ces nouvelles technologies permettent de *rationaliser* toujours davantage les actes professionnels, généralisant à l'ensemble des métiers la *taylorisation* et la *prolétarisation* des métiers. Cette prolétarisation des métiers, médecins, infirmiers, psychologues, bref soignants, permet *d'administrer la santé* sans prendre le temps du soin et en rationalisant les coûts budgétaires, au point que soigner n'est plus la finalité de l'acte médical ou soignant, mais le moyen de produire du profit et de répondre aux scores d'évaluation des protocoles. Ce qui ne veut pas dire que le soin va disparaître mais seulement qu'il sera le luxe, la prérogative des plus privilégiés.

Si en France par exemple il faut attendre parfois de longs mois avant d'obtenir un rendez-vous chez un spécialiste, il est des régions du monde où la chose est quasiment impossible pour des populations défavorisées. Et c'est là où les *Big Data* peuvent être le recours ultime et une nouvelle fois dans le mirage de la modernité, celui de *la solution technique*. À l'heure de l'intelligence artificielle, des algorithmes peuvent *dépister des rétinopathies* à partir d'images fournies par des caméras de vidéosurveillance perfectionnées et du coup, il est aisé, commode et simple de réaliser *un dépistage médical de masse* en même temps qu'une surveillance des comportements. Un contrôle des conduites dans des espaces publics est déjà en usage dans plusieurs villes hyperconnectées comme Nice et Marseille, par exemple et il sera facilité et encouragé avec d'autant plus de force qu'il trouvera dans la santé et la sécurité des populations une légitimité.

Que va-t-il se passer lorsque les machines guideront toutes nos conduites sociales et politiques ? Ce guidage numérique des comportements est pour demain. La langue des logiciels appelée à nous gouverner produira un monde numérique abstrait, un monde technique, numérisé, digitalisé, désincarné, financiarisé. Avec d'autant plus de facilité que les services rendus nous font accueillir avec joie et comme un « progrès » l'introduction numérique des algorithmes dans le grain le plus ténu de nos existences et de nos métiers. Le programme Watson d'IBM permet d'établir des prédiagnostics censés aider les médecins à choisir le meilleur traitement pour leurs patients et les aider à la décision, des pansements 3D utilisent des capteurs et des nano-fibrilles de cellulose pour surveiller et traiter des plaies, toutes sortes de capteurs mesurent et surveillent nos capacités physiologiques, traquent les mélanomes sur notre peau, détectent les allergènes ou les calories dans nos aliments ou des polluants de notre environnement, interprètent les clichés de l'imagerie médicale, aident à prendre des décisions,

⁵ Günther ANDERS, *L'obsolescence de l'homme. Sur l'âme à l'époque de la deuxième révolution industrielle* [1956], Paris, Ivrea, 2001.

guident nos choix de vie en nous « apprenant » les gestes du quotidien.

Non seulement nous avons de plus en plus besoin de l'Intelligence Artificielle pour « augmenter » les médecins et traduire les données singulières des patients en images et en sons numériques recomposant un avatar digital, le soumettant à un diagnostic, un pronostic et une thérapie ciblés, mais plus encore ces nouvelles technologies offrent un accès à la santé à des populations démunies ou en carence de médecins. Là encore la technique devient palliative aux carences des moyens humains. Certaines *Start up* travaillent en collaboration avec des hôpitaux, en Inde par exemple, pour déployer un système de dépistage précoce de rétinopathies diabétiques à partir de clichés ophtalmologiques permettant de dépister précocement les malades qui s'ignorent.

Ainsi, les populations les plus déshéritées pourront, en toute *sécurité policière et sanitaire*, se déplacer dans les villes et les campagnes sous la surveillance de radars et d'algorithmes qui dépisteront les facteurs de risques somatiques et sociaux. Non seulement pour les pays en voie de développement, mais aussi dans des pays où la santé repose très largement sur l'assurance privée, comme les États-Unis, Google offre des opportunités considérables de surveillance sanitaire. Doc.AI, *Start up* créée en 2016 à Palo Alto, développe, à partir de données fournies par les utilisateurs, des « modèles de conversation » pour donner des conseils ou servir d'ersatz de consultations médicales⁶.

Dans un proche avenir, il sera possible non seulement d'être connectés en permanence à des appareils exogènes de surveillance sanitaire, mais de les imprimer sous forme de tatouages sur notre peau. Nos corps pourraient ainsi se voir ornés de tatouages aux lumières clignotantes dessinant des réseaux de circuits sophistiqués à même de nous donner des conseils médicaux de santé personnalisés, voire nous prescrire toutes sortes de conduites⁷. Ces capteurs veilleront sur nos organes autant qu'ils fabriqueront des matériaux bioniques compatibles avec notre corps afin de remplacer les pièces défectueuses ou améliorer nos sens. La « chirurgie augmentée » n'est pas un scénario de science-fiction, Jacques Marescaux, brillant chirurgien, a

créé l'*European Institute of Telesurgery* dont les recherches innovent dans l'« augmentation » des organes. L'œil se voit augmenté par la réalité virtuelle, la main assistée par la robotique, le cerveau ouvert à l'intelligence artificielle et ses greffes de nano-ordinateurs.

Si en médecine comme ailleurs, cette surveillance technique et numérique rend d'extraordinaires services, elle produit aussi des angoisses et des dérives non négligeables. On imagine sans peine que l'Armée se trouve au premier rang des institutions concernées par toutes ces recherches grâce auxquelles les nouvelles technologies permettent l'augmentation des corps, supprimant la douleur et le besoin de sommeil, autorisant la vision dans l'obscurité... et demain prescrivant la *néguempathie* processus de destruction de l'empathie pour autrui qui conduit au repli sur soi et au déni de l'autre.

Il ne faut pas s'y tromper, nous sommes bien ici en présence d'un nouveau paradigme de civilisation au sein duquel non seulement la veille sanitaire a remplacé le soin, mais où l'Autre secourable a été remplacé par un réseau d'instruments, par un nouveau « système technicien⁸ », au sens de Jacques Ellul, dans lequel le sujet humain cherche la *fiabilité* indispensable à son *besoin de dépendance*. Ce n'est pas sans conséquences anthropologiques et politiques que de faire de l'interaction avec la machine numérique le supplétif avantageux de la relation humaine. Au point que cette suppléance de la technique ait pu favoriser de nouveaux symptômes d'autarcie sociale⁹.

Pour terminer cette partie, nous voudrions souligner deux points :

- Le premier c'est qu'une surveillance étroite et insidieuse se met progressivement en place dans nos sociétés de contrôle où il ne s'agit plus de gouverner démocratiquement les peuples mais d'administrer les masses, les flux de populations. Cette normalisation des conduites opère au nom du bien-être et de la sécurité.
- Le deuxième point est que bien évidemment cette *médecine prédictive de masse* ne va pas faire pour autant disparaître le soin prodigué par des humains. Simplement, cette médecine à visage humain, qui n'élude pas la technique mais l'enracine dans la relation humaine, ne pourra être réservée qu'aux plus riches. Bien sûr les réseaux, les proximités sociales ont

6 Libération et France Inter, Intelligence Artificielle. Enquête sur ces technologies qui changent nos vies, Paris, Flammarion, 2018.

7 Michael McALPINE cité dans « Aux frontières du numérique et de la biologie, demain nous tatouons des circuits sur notre corps », par Charles-Elie Guzman, UP'magazine, 18 septembre 2018, b <http://www.up-magazine.info/index.php/technologies-a-la-pointe/lab/8019-aux-frontieres-du-numerique-et-de-la-biologie-demain-nous-tatouons-des-circuits-sur-notre-corps>

8 Jacques ELLUL, *Le Système technicien* (1977), Paris, le cherche midi, 2004.

9 Roland GORI, 2018, op. cit.

toujours joué un rôle dans l'accès aux soins, mais ici la *fracture sociale ou géographique* sera systématisée, validée, réifiée. Et nous disons à la manière de Cathy O'Neil, mathématicienne américaine, que dans tous les domaines dont celui de la santé : « les privilégiés [...] sont plus volontiers pris en charge par des êtres humains, et le bas peuple, par des machines.¹⁰ »

La criminalisation des pauvres

Que constatons-nous aujourd'hui dans nos métiers, si ce n'est que les dispositifs d'évaluation divers et multiples confisquent notre capacité de penser et de décider, notre liberté de conscience à laquelle appellent paradoxalement les injonctions publicitaires et les rhétoriques de propagande gouvernementales ? C'est-à-dire qu'au moment même où nous sommes déçus de notre autorité et de ses sources par un pouvoir toujours plus normatif, la « société du spectacle »¹¹ au sein de laquelle nous évoluons, multiplie les propagandes de liberté individuelle. Il convient d'analyser cette consubstantialité entre la manière de gouverner du politique aujourd'hui et les normes de soumission sociale imposées dans l'exercice de nos métiers comme autant de *symptômes de la crise d'autorité* : « le symptôme le plus significatif de la crise, et qui indique sa profondeur et son sérieux, est qu'elle a gagné des sphères prépolitiques, comme l'éducation et l'instruction des enfants, où l'autorité, au sens le plus large, a toujours été acceptée comme une nécessité naturelle, manifestement requise autant par des besoins naturels, la dépendance de l'enfant, que par une nécessité politique [...].¹² »

Le travail social, par exemple, est au cœur de cette action politique par laquelle tout gouvernement, digne de ce nom, s'efforce de restituer aux plus démunis de ses citoyens les moyens par lesquels ils pourraient retrouver un espace social dans lequel être libres et actifs. Lorsque le libéralisme, malgré son nom, bannit du domaine du politique les plus faibles d'une société, il réduit la liberté à la sphère des opinions, administre les populations plus qu'il ne les gouverne, bornant son soutien et son éducation au champ de la survie économique minimale. C'est ainsi qu'en Angleterre a procédé Margaret Thatcher lorsqu'en détruisant les services sociaux de protection des plus faibles elle est parvenue à abandonner ses pauvres en les transformant

en suspects. Bien évidemment les réformes des services sociaux de Margaret Thatcher se sont inscrites dans une politique plus globale de privatisation des services publics et de colonisation néolibérale des mœurs et des pratiques sociales. Néanmoins pour le champ qui nous occupe, celui du travail social, de la prévention et du soin, et de leurs mutations, nous nous référerons à un documentaire réalisé par Pierre Chassagnieux et Stéphanie Thomas et diffusé en 2016. Nous constatons avec ce documentaire qu'un changement de « focus » s'est produit au moment des années Thatcher. Une véritable révolution anthropologique autant que sociale et politique a émergé en construisant un nouveau « foyer d'expérience¹³ » dans la lutte contre la maltraitance des enfants et sa prévention.

Dans ce documentaire, « *Les enfants volés d'Angleterre* », Pierre Chassagnieux et Stéphanie Thomas montrent comment le *Children Act* promulgué par le gouvernement Thatcher en 1989 vient modifier un foyer d'expérience de l'action sociale basé sur l'accompagnement des plus faibles, l'aide aux plus fragiles ou marginaux, en criminalisant des pauvres, plus précisément *en gestion probabiliste des populations suspectées de pouvoir devenir maltraitantes*. Il ne s'agit pas de prévenir la maltraitance en accompagnant des familles « à problèmes », ou de sanctionner des « parents maltraitants », mais de prévenir la *possibilité* qu'elles le deviennent à partir de « facteurs de risques », de marqueurs sociaux, conduisant à enlever l'enfant au moment de sa naissance... et à le placer dans des foyers, puis dans des familles d'accueil... Jusqu'à l'adoption par de nouvelles familles « adoptantes ». Ce documentaire révèle une situation tragique où l'arbitraire des services sociaux, l'aberration des jugements, la violence subie par ces familles et leurs enfants, l'incurie diabolique des systèmes de dépistage, n'a d'équivalent que des pressions subies par ces mêmes travailleurs sociaux de la part des politiques, des gestionnaires et de l'opinion publique.

Un fait divers tragique, la mort d'une petite fille de huit ans assassinée par une famille maltraitante et pourtant *sui vie* par les services sociaux, était venu à point nommé accentuer l'obligation de dépistage des familles à risque.

10 Cathy O'NEIL, 2016, *Algorithmes La bombe à retardement* (2016), Les Arènes, Paris, 2018, p. 23.

11 Guy DEBORD, *La Société du Spectacle* (1967), Paris, Gallimard, 1992.

12 Hannah ARENDT, *La crise de la culture* (1954), Paris : Gallimard, 1972, p. 122.

13 Le véritable « foyer d'expérience », au sens de Michel Foucault, organise le gouvernement de soi et des autres, déploie une « pensée ». Michel Foucault écrit : « par pensée, je voulais dire une analyse de ce qu'on pourrait appeler des foyers d'expérience, où s'articulent les uns sur les autres : premièrement les formes d'un savoir possible ; deuxièmement, les matrices normatives de comportement pour les individus ; et enfin des modes d'existence virtuels pour des sujets possibles. Ces trois éléments [...] c'est l'articulation de ces trois choses que l'on peut appeler, je crois, « foyer d'expérience ». » in Michel FOUCAULT, 1983, *Le gouvernement de soi et des autres* (1983), Paris, Hautes Études Gallimard Seuil, 2008 p. 4-5.

Les politiques et les responsables des services sociaux ont dès lors davantage prescrit des scores de placement à atteindre, resserrant toujours plus les mailles du filet de surveillance. L'incitation à « traquer » les risques, la mise en place de réseaux de surveillance dignes du Panoptique de Bentham et des romans de Kafka, l'humiliation des parents, le mépris total pour la singularité des situations concrètes et cliniques, aboutissent à priver les parents de leurs enfants à la suite par exemple d'erreurs médicales¹⁴, ou les condamnent à fuir à l'étranger pour préserver la garde de leur *futur* bébé... Dans un univers de suspicion généralisée, les familles « à risques » sont persécutées et harcelées autant que les travailleurs sociaux chargés de les traquer qui sont eux-mêmes astreints à faire du chiffre tout en voyant leurs moyens réduits. C'est ainsi qu'entre 1989 et 2015, les évaluations des familles ont augmenté de 300 % alors que les cas avérés de maltraitance ont chuté de moitié. Mais il convient de savoir que dans ces placements « à la chaîne » prescrits par les logiques d'économie et de rentabilité, les services ne peuvent plus faire du social et de l'éducatif. Les moyens qui leur sont alloués dépendent des objectifs chiffrés à atteindre et leurs pratiques subissent ainsi les perversions sociales ordinaires que nous décrivons depuis plus de dix ans¹⁵. Nous sommes dans une prévention de masse où l'individu n'est plus qu'un segment de population statistique à *risques virtuels*.

L'émotion des parents montrée dans ce documentaire est terrifiante : « nous sommes privés de nos enfants, punis sans avoir commis de crimes » ; « nous avons été déclarés coupables avant même d'avoir vu notre fille » déclare un père dont l'enfant a été placé dès la naissance. Un travailleur social témoigne, des réseaux associatifs de solidarité se créent pour permettre aux « futurs parents à risques » de fuir à l'étranger... C'est comme si l'État néolibéral de Margaret Thatcher avait décrété que l'enfant était sa propriété et méprisait la liberté des individus, leur situation singulière et concrète dans un pur « techno-fascisme¹⁶ » que ne désavouerait pas une dictature totalitaire.

Un élément propre à l'Angleterre amplifie ce désastre des services sociaux : les enfants placés peuvent être déclarés « adoptables » et « proposés » aux familles

« adoptantes » à partir de catalogues et de films vidéo promotionnels. Les services sociaux se sont d'ailleurs inspirés pour cette « promotion » des méthodes en vogue dans les associations chargées de favoriser l'adoption des animaux de compagnie. Comme le dit un des parents injustement « suspectés » : « comme un supermarché qui fait de la publicité pour des haricots, là ils font de la pub avec nos propres enfants » pour les recycler. Là encore une forte pression est exercée sur les travailleurs sociaux pour atteindre des objectifs d'enfants adoptables qui coûtent moins cher que des enfants placés en familles d'accueil... et les Comtés s'en mêlent en poussant les services à favoriser l'adoption plutôt que le placement. Nous constatons là encore que le Marché comme « foyer d'expérience » est l'organisateur des pratiques davantage que le « soin » ou le « travail social » au cas par cas. Aujourd'hui, en Angleterre, plus de deux millions d'enfants sont « fichés » par les services sociaux et « recyclables » par les dispositifs d'adoption. Et actuellement, les autorités testent des *algorithmes prédictifs* permettant de cibler les familles *susceptibles* de maltraitance ou de délaissement. Nous sommes dans un univers homogène au film de Spielberg *Minority Report*.

Voilà comment disparaissent des métiers au profit d'actes standardisés, prescrits par des machines algorithmiques aboutissant à *criminaliser* les pauvres. On ne les aide plus, on les dépiste, on les surveille, on les punit pour le crime qu'ils pourraient virtuellement commettre. Aujourd'hui, en psychiatrie pénale les échelles actuarielles procèdent de la même manière : elles indiquent la probabilité pour un individu donné de voir réapparaître son comportement jugé indésirable à partir de son score traité par les *Big Data*... Le citoyen n'est plus qu'un segment de population statistique, une configuration probabiliste de risques comportementaux et les équipes n'ont plus pour mission de l'aider et de l'accompagner à partir de sa situation clinique, singulière, concrète, mais elles sont chargées de le dépister à partir d'algorithmes de probabilité.

Il convient pour prendre toute la mesure de ce nouveau « foyer d'expérience » qui infiltre le travail social, la santé et l'éducation de le considérer comme *le symptôme d'une nouvelle manière de gouverner*, sans état d'âme, froidement, cyniquement, pragmatiquement, selon une logique d'assureurs et de publicistes qui s'est insérée dans tous les secteurs de l'existence sociale qui en étaient jusque-là préservés. Cette colonisation néolibérale des mœurs, cette langue néolibérale est aujourd'hui *globale*, seuls diffèrent les dialectes locaux.

14 Une famille se voit privée de ses enfants à la suite d'une erreur de diagnostic imputant une fracture spontanée, liée à un problème de santé de l'un de leurs enfants, à une maltraitance des parents. Les trois enfants leur sont enlevés et adoptés par une autre famille. L'erreur médicale une fois admise par la justice n'invalide pas les décisions aberrantes de placement et d'adoption. La Justice admet l'erreur et la nuisance des services sociaux tout en validant les mesures prises par erreur...

15 Cf. les travaux de l'Appel des appels : <http://www.appeldesappels.org/>

16 Pier Paolo PASOLINI, *Écrits corsaires* (1975), Paris, Flammarion, 1976.

La démocratie : une affaire de soins ?

La rencontre d'une confiance avec une dépendance est au cœur de la relation thérapeutique, au centre de toutes les situations de misère sociale, au carrefour de tous les drames de l'existence, de tous les dénuements biologiques, psychologiques et sociaux. Les situations de détresse exigent un Autre, des autres fiables, capables de procurer l'indispensable *holding*. Winnicott souligne ce qu'il nomme une « dégénérescence » du mot « *cure* » qui en anglais a d'abord signifié le « prendre soin », « porter attention », « sollicitude », pour se restreindre toujours davantage à partir du XVII^e siècle à sa signification purement médicale de « guérison » et de « traitement ». Nous dirions que nous sommes passés du « thérapeutique », du soin avec sa dimension de « sacré », de « pratique religieuse » au « iatrique », spécifique du médical.

Une communauté affective peut se fonder sur cette identification partielle par le truchement de traits communs au premier rang desquels la vulnérabilité et le besoin de dépendance qui conduit au désir d'être reconnu. Aristote fait de la *philia*, du désir d'être reconnu le socle fondateur des Cités, bien au-delà des nécessités matérielles qui contraignent à la coopération. Ce caractère d'animal politique dont Aristote fait l'apanage de notre espèce peut être satisfait grâce à la capacité des humains d'éprouver les états psychiques des autres par le jeu de l'identification. Il ne s'agit pas par empathie d'aimer les autres, l'amour peut naître secondairement de l'empathie, il s'agit de comprendre intuitivement et inconsciemment ce que ressentent les autres par identification. C'est cette même identification, mais cette fois alliée à l'amour, qui permet à l'Autre secourable de s'adapter aux besoins du petit enfant, de s'y *ajuster*. C'est cette identification qui œuvre aussi dans ce que Winnicott nomme le *care-cure*, le soin et le *holding* des patients, qui permet une authentique position soignante qui ne cède ni sur la technique ni sur la sollicitude. De même qu'il y a des « mères suffisamment bonnes » qui ajustent leurs soins aux besoins de l'enfant en fonction de son développement, il y a des « soignants suffisamment bons » dont l'identification partielle à l'état d'angoisse ou de vulnérabilité du patient, leur font *doser* les soins nécessaires.

Si un soignant a de la sympathie pour un autre en souffrance, « s'il a mal pour lui », ce n'est pas parce qu'il l'aime bien et peut ressentir sa détresse, mais c'est au contraire parce qu'il peut ressentir sa détresse, qu'il a mal pour lui, qu'il pourra éprouver de l'empathie

pour lui. Nous sommes ici à contre-courant de tous les appels aux bons sentiments pour l'autre. Les sentiments positifs naissent, à l'inverse, d'une identification par un *point commun*, sans ce point commun pas d'empathie ou de capacité de sollicitude. Seul le soignant qui est capable *inconsciemment* de reconnaître dans la situation de dépendance du malade, requise par son état de vulnérabilité, sa propre vulnérabilité et son propre besoin de dépendance, peut éprouver de l'empathie. Ce qui suppose que sa propre vulnérabilité et son propre besoin de dépendance ne l'effraient pas trop! *Ce qui suppose aussi que l'environnement social et culturel dans lequel le soignant exerce lui laisse le temps et la liberté d'acter sa capacité à soigner.*

Or, ce n'est pas le cas aujourd'hui : la grève des urgences, la colère, les suicides et les *burn out* des soignants, dans un climat où la pénurie de médicaments s'ajoute à celle du personnel, dans cet environnement le soin est maltraité, empêché, cassé¹⁷. Or, c'est de tous les secteurs un des plus sensibles, avec ceux de l'éducation ou de la culture, un de ceux qui sont, bien malgré eux, des lanceurs d'alerte, assumant une fonction « canari ». Ces métiers impossibles éprouvent, peut-être plus douloureusement que d'autres, que dans la modernité « la pratique se dégrade en technique », pour reprendre les mots de Hans-Georg Gadamer¹⁸.

Pourquoi nos métiers, « impossibles » selon le mot de Freud¹⁹, témoignent-ils, plus que d'autres parfois, avec d'autres souvent²⁰, que ces violences faites à la parole et à la relation menacent sérieusement la civilisation ? Peut-être parce que nous sommes des professions canaris : les mineurs descendaient avec des canaris dans les galeries des mines car l'agitation de ces pauvres oiseaux permettait d'anticiper les coups de grisou. Les professions du travail social, du soin, de l'éducation, de la justice, de l'information et de la culture sentent, dans nos sociétés, venir les coups de grisou. Elles sont des lanceurs d'alerte. Des lanceurs d'alerte qui se heurtent depuis quelques décennies à la surdité *intéressée* des décideurs politiques.

17 Cf Pierre-André JUVEN, Frédéric PIERRU et Fanny VINCENT, *La casse du siècle. A propos des réformes de l'hôpital public*, Paris, Raisons d'agir, 2019.

18 Hans-Georg GADAMER écrit : « La spontanéité de celui qui utilise la technique est en réalité de plus en plus annihilée par cette même technique justement. Il doit se soumettre à ses systèmes de lois objectives et, dans cette mesure, renoncer à sa « liberté ». Il devient tributaire du fonctionnement correct de la technique. », in *Philosophie de la santé* (1993), Paris, Grasset, 1998, p. 29.

19 Sigmund FREUD, « L'analyse avec fin et l'analyse sans fin » (1937), in : *Résultats, idées, problèmes*, II, Paris, PUF, 1985.

20 Roland GORI, Barbara CASSIN et Christian LAVAL (dir.), *L'Appel des appels, pour une insurrection des consciences*, Paris, Fayard Les mille et une nuits, 2009.

Les réformes néolibérales les ont meurtries, martyrisées parfois, parce qu'elles les ont privées de ce *don poétique* du monde sans lequel l'humanité se trouve ensevelie. Ce don poétique du monde n'est pas un luxe ou un colifichet de quelques attardés nostalgiques et romantiques. Il est ce qui rend le monde humain, habitable, en *relation*. Il est au cœur du « prendre soin » permettant dans le domaine de la santé comme dans celui de l'éducation ou de la politique de transformer la technique en œuvre artisanale²¹.

Dans son article de 1970, Winnicott²² étend à toutes les maladies de la société le modèle du *care-cure*. Il écrit : « pour les maladies de la société, le *care-cure* est peut-être encore plus important que la cure-remède, que tous les diagnostics et les préventions qu'implique ce qu'on appelle habituellement l'approche scientifique.²³ » Au moment où la tentation est grande pour nos sociétés de livrer les populations à une gestion algorithmique et prévisionnelle, ce rappel de Winnicott nous paraît essentiel. Si le besoin de dépendance et les capacités de se comprendre et de comprendre les autres étaient confiés exclusivement aux machines numériques qu'advierait-il de l'aptitude des humains à s'identifier aux états psychiques des autres pour les comprendre ? Qu'advierait-il de l'aptitude à l'identification et à l'empathie qui en résulte pour fonder le lien social ?

Cette question peut se poser avec d'autant plus d'âpreté que le modèle du soin tend depuis le siècle dernier à s'éloigner de la « sagesse pratique » et clinique du soignant pour privilégier des *techniques* qui taylorisent le patient comme le médecin, chosifient son corps et son âme. Les techniques sont formidables mais la rationalité qu'elles imposent au nom du *cure* risque de menacer le soin si un temps ne lui est pas consacré. À partir de quoi cette médecine « technicienne » désacralise l'humain, prolétarise l'existence, dématérialise le corps et désocialise le patient comme le soignant. Et ce d'autant plus que le modèle gestionnaire et économique avec lequel le *système technicien* conjugue ses effets ampute toujours davantage la part du soin dans l'acte des professions de santé. À suivre les propositions de Winnicott, c'est toute la société qui se voit amputée d'un prendre soin sur l'identification duquel se fondait le lien social.

21 Roland GORI, Bernard LUBAT, Charles SILVESTRE, *Manifeste des ouvriers*, Paris, Acte Sud, 2017.

22 Donald W. WINNICOTT, *Cure* (1970), in : Claire MARTIN et Frédéric WORMS (sous la dir. de), *À quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott*, Paris, puf, p. 19-36.

23 Donald W. WINNICOTT, *ibid.*, p. 35.

Winnicott est de tous les psychanalystes celui qui a donné de la démocratie la plus belle et la plus forte définition. Elle serait une « extension politique de la facilitation familiale » du soin, du *holding* que l'environnement prodigue à la fragilité humaine du début de la vie²⁴. Ainsi conçue la démocratie serait le prolongement de l'Autre secourable que le petit homme rencontre dès son arrivée dans le monde en réponse à son besoin de *dépendance* qu'engendre son état de prématurité. L'humain est de toutes les espèces celle dont l'enfance est la plus longue, celle qui demeure le plus longtemps inadaptée à la survie sans la présence d'autrui. Paradoxalement, c'est de cette dépendance que proviennent la liberté de l'espèce, « son pouvoir d'agir », son souci de justice, l'invention de sa culture et de ses techniques. D'où vient cette « préoccupation maternelle primaire » qui conduit l'environnement familial et social à accueillir la dépendance de cet être précaire qu'est le nourrisson et à y répondre en s'adaptant à ses besoins ? Si ce n'est des « identifications croisées » par le jeu desquelles la vulnérabilité de l'un réveille celle de l'autre pour mieux apprendre aux deux à prendre soin, prendre soin de soi et de l'autre. À condition que ce troisième terme qu'est la société leur en offre les conditions.

C'est bien pourquoi la place qu'une société accorde à cette dimension du *care*, du prendre soin, est fondamentalement *politique*. La place du soin dans les pratiques professionnelles de santé se révèle un marqueur significatif de la manière dont une société traite les plus vulnérables de ses membres.

Dans une société *addict* à la force et à la performance, les valeurs d'humanisation contenues dans nos vulnérabilités sont délaissées, méprisées, déniées. Il s'ensuit que les soignants eux-mêmes en oubliant de prendre soin, empêchés qu'ils sont de pouvoir dépasser la dimension instrumentale, technique et quantifiée de leurs fonctions « risquent de causer beaucoup de souffrance sans le savoir²⁵ ». Souffrances singulières du malade, de l'enfant, du vieillard, des « gens de peu », souffrance collective aussi *de* et *dans* la démocratie. Avec la perte de la capacité de dépendre et celle de contenir l'angoisse et la peur par le soin, la *gratitude*, la confiance, le souci de justice, le sentiment de sécurité passent à la trappe. Ce que l'on appelle parfois, et un peu vite, empathie n'est que la conséquence de cette capacité de *s'identifier* au plus fragile. Identification sans laquelle règne un utilitarisme monstrueux qui exploite la nature

24 Donald W. WINNICOTT, *ibid.*

25 Donald W. WINNICOTT, *ibid.*, p. 32.

comme l'humain. La santé est un problème écologique dans un sens plus étendu que celui que l'on donne habituellement à ce mot.

Cette « préoccupation thérapeutique primaire » qu'est le temps du soin risque de se voir effacée par les prodigieuses découvertes des machines algorithmiques de notre e-santé. Ce n'est pas la faute des machines numériques si leur progrès nous rend moins humains, mais la conséquence d'une manière politique et éthique de gouverner les autres et de se gouverner soi-même. La vie démocratique et les savoirs pratiques des professions de santé dégèrent en « mal-praxis », comme les nommait Winnicott, lorsque nous oublions la fonction première des identifications dans le traitement des états de dénuement. La démocratie s'enracine originairement dans ce soin que nous portons à l'autre dont la précarité reflète en miroir la nôtre. Celle que nous feignons d'oublier dans le champ de courses des activités efficaces. Certes la « démocratie » ne se réduit pas au soin de la vulnérabilité, son « invention » suppose d'autres conditions sociales et politiques. Mais, le soin, tel que nous l'avons défini après Winnicott, en est la condition primordiale. Or, aujourd'hui ce n'est plus le cas.

Peut-être est-ce ainsi qu'il faut comprendre le témoignage de Philippe Lançon lorsqu'il écrit dans *Le lambeau* : « c'est l'Assistance Publique : des gens souvent héroïques, travaillant avec un matériel fatigué qui paraît les renvoyer à leurs maigres salaires, à leurs efforts par vocation, à leurs douleurs masquées et au fait que tout le monde, ici, patients et soignants, paraît coûter trop cher à une société dont l'unique pensée de derrière semble être de réduire l'imagination, l'attention et les frais ; car il n'y a pas que les patients, ici, pour avoir une vie difficile. Ceux qui les soignent ont souvent vécu des drames, des maladies graves ou autres. On l'apprend peu à peu, en miroir de sa propre situation.²⁶ ». Ces mots de Philippe Lançon méritent d'être mis en contrepoint avec ces déclarations dans le *Libération* du 26 novembre 2018 lorsqu'il écrit à propos des difficultés des soignants à exercer véritablement et dignement leurs métiers : « il m'informait aussi sur la nature profonde de cet accouplement, désormais opérant en France, entre gestionnaires et bureaucrates. Mon sentiment est qu'ils n'agissent pas malgré l'ignorance du métier qu'ils contrôlent et le manque d'empathie, mais *précisément par la grâce de cette ignorance et de ce manque d'empathie*²⁷. »

26 Philippe LANÇON, *Le lambeau*, Paris, Gallimard, 2018, p 462-463.

27 Philippe LANÇON, *Libération* du 26 novembre 2018, p VIII, souligné par nous.

Neurosepticisme et psychanalyse

Par le Dr Garrigou, psychiatre & psychanalyste

La lecture attentive du livre de Denis Forest « Neurosepticisme » paru aux éditions Ithaque en 2015 apporte un éclairage extrêmement intéressant aux professionnels de la santé psychique. Une présentation exhaustive de ce livre, peu après sa diffusion, avait déjà paru dans nos cahiers sous la plume du Dr Michel Limousin.

Le présent texte tente de relier la démarche réflexive sur les neurosciences et la pratique psychiatrique et psychanalytique. Denis Forest nous rappelle qu'il n'y a pas de recherche sans lecture critique des travaux, sans évaluation de preuves, sans interrogation sur les limites des programmes en cours. La démarche adoptée par Denis Forest qui consiste à nous mettre en garde contre une généralisation abusive alors que la recherche n'est pas aboutie, Pierre Bayle, philosophe du XVII^e siècle, ne l'aurait pas reniée.

En 1682, dans « Pensées sur la comète », ce dernier écrivait : « *Que ne pouvons nous voir dans l'esprit des hommes quand ils choisissent une opinion ! Je suis sûr que, si cela était, nous réduirions le suffrage d'une infinité de gens à l'autorité de deux ou trois personnes... Deux ou trois personnes, ayant débité une doctrine que l'on supposait qu'elles avaient examinée à fond, l'ont persuadée à plusieurs autres par le préjugé de leur mérite...* ». Nous devons nous interroger. Aujourd'hui, en savons-nous tellement plus que les adeptes de la phrénologie au XIX^e siècle ? Les explications qui nous sont actuellement proposées grâce aux outils sophistiqués dont nous disposons sont-elles appelées à devenir périmées ou seulement à être révisées, complétées et enrichies ?

Comme l'indique clairement Denis Forest, le premier neuroseptique, ce doit être le chercheur en neurosciences lui-même, quand il se pose des questions sur ce qu'il fait. Dans sa fonction constructive, le neurosepticisme n'est pas une activité parasitaire ou stérile, c'est l'ombre de la science en mouvement qui se déplace avec elle.

Une des pistes prometteuses qui se dessinent dans cet ouvrage est celle qui tend à montrer que les neurosciences cognitives ont besoin des disciplines connexes qui s'intéressent au langage, aux humeurs, aux émotions

et à la mémoire tout autant que ces disciplines-là ont besoin des connaissances apportées par les neurosciences. « *C'est prédire que l'extension du champ des explications neuroscientifiques, écrit-il, dépend pour une part décisive de la fécondité du dialogue des neurosciences avec des disciplines connexes et non de leur capacité à les éliminer* ».

Dans les années 80, après deux décennies d'ascendance de la psychanalyse sur la psychiatrie, la théorie freudienne a cessé d'être la référence obligée pour les jeunes psychiatres et la guerre fut déclarée entre les psychanalystes et les praticiens comportementalistes. Dans cette période, les attaques contre la psychanalyse ont confiné à la haine. C'est en 2004 que le rapport INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche médicale) sur l'efficacité des psychothérapies avait mis le feu aux poudres. Il concluait à la supériorité écrasante des techniques comportementales et cognitives, les TCC, sur la psychanalyse. En effet, les thérapies comportementales et cognitives se targuaient d'une légitimité issue de la recherche en neurosciences, prétendant à une évaluation de leurs techniques grâce à l'imagerie cérébrale. Or, comme l'ont bien démontré par la suite de nombreux neuroseptiques, dont Denis Forest, l'interprétation en neuro-imagerie est sujette à caution.

Les résultats de cette enquête INSERM, alors même qu'ils ont été désavoués, ont laissé des traces, d'autant plus que, peu après, la parution en 2005 du « *Livre noir de la psychanalyse* » a marqué un nouvel épisode dans la guerre ouverte entre psychanalystes et comportementalistes. Ouvrage collectif d'une quarantaine de psychiatres, psychologues, spécialistes scientifiques et anciens patients, il accuse la psychanalyse d'être une fausse science : elle refuserait l'évaluation, aggraverait l'état mental des patients, aurait entraîné 10 000 morts, ne chercherait pas à soulager les patients, culpabiliserait les parents.

Les psychanalystes ont su répondre à ces accusations aussi inouïes que peu fondées. Ainsi, quand Jean Cottraux, psychiatre comportementaliste, affirme à propos de la psychanalyse : « *Sa visée n'est pas de soigner et encore moins de guérir* », Jean-Pierre Winter, psychanalyste, lui répond : « *Les psychanalystes ne méprisent pas la guérison. Contrairement aux TCC, la psychanalyse n'aborde pas*

les difficultés directement, en plaçant le patient face à ses angoisses. Elle les contourne, en invitant le patient à dire tout ce qui lui passe par la tête, même si ses propos semblent n'avoir aucun rapport avec son problème. En chemin, le patient s'aperçoit souvent que celui qui l'empêche de vivre n'est pas le symptôme pour lequel il était venu consulter. Pour cette raison d'ailleurs, la psychanalyse ne prétend pas guérir des symptômes précis. La principale indication pour décider de commencer une psychanalyse est le désir de reconquérir un espace psychique, en prenant le temps nécessaire, en échappant à la frénésie du monde. La psychanalyse se veut aussi lieu de résistance à un monde de plus en plus standardisé et uniforme, qui ne se soucie pas de la singularité du désir de chacun. »

Un peu plus loin, Jean Cottraux prétend : « Développer un programme de recherche, c'est prendre le risque de voir ses croyances contredites : c'est pourquoi certains psychothérapeutes redoutent l'évaluation ». Répartie de Gérard Pommier : « Les psychanalystes ne sont absolument pas réfractaires à l'évaluation. Bien au contraire. Cependant, les critères couramment utilisés dans les études classiques n'ont à nos yeux aucune pertinence, car ils ne correspondent pas à notre grille de lecture des symptômes et de la réalité psychique. Évaluer un patient au début, pendant et à la fin du "traitement", comme les chercheurs le font pour tester les médicaments, influencerait le cours du travail analytique. C'est donc impossible. Et je ne vois pas pourquoi nous permettrions aux détracteurs de la psychanalyse que sont les praticiens des TCC de nous évaluer. En réalité, nous ne cessons de nous auto-évaluer : en soumettant notre travail à nos pairs, en publiant des comptes rendus de cas, que nous exposons lors de séminaires et dans des livres et des revues que chacun peut se procurer en librairie. »

En 2010, M. Onfray, rejoignant les adversaires les plus farouches de la psychanalyse, a commis un brûlot contre Freud qui bénéficia d'un accueil très favorable dans les médias et qui, du fait de la popularité de son auteur, eut un grand succès de librairie. Plusieurs auteurs, dont Elisabeth Roudinesco, historienne de la psychanalyse, en ont démontré l'imposture de façon magistrale.

Ce qui a probablement contribué à l'apaisement de décennies de polémiques improductives, très spécifiques à notre pays, c'est le rapprochement qui s'est opéré entre neurobiologistes, psychiatres, psychanalystes. Dans la suite de ce petit exposé, nous retiendrons les résultats des séminaires, colloques et ouvrages où les tenants de ces différentes disciplines ont confronté leurs découvertes, leurs recherches, leurs expériences dans un respect mutuel qui n'avait pas toujours prévalu jusque-là. Si

malgré notre scepticisme envers le recours aux « experts », comme nous l'avons souligné plus haut, ces contributions nous semblent mériter un développement, c'est qu'elles corroborent quarante années d'expérience clinique psychiatrique, psychothérapique et psychanalytique. En tant que psychiatres et psychanalystes, nous défendons depuis longtemps la thèse selon laquelle les maladies prises en charge par la psychiatrie s'expliqueraient par un faisceau de plusieurs facteurs de natures différentes. Les avancées scientifiques permettent désormais d'étayer l'interaction entre les facteurs endogènes (génétiques, neurologiques, etc.) et exogènes (psychiques, notamment). Les neurosciences ouvriraient donc la possibilité d'un « vrai » dialogue entre des approches réputées jusque-là comme incompatibles.

Les contributions que nous avons retenues comme étant les plus éclairantes ont été apportées :

- lors du colloque au collège de France en 2008, sous l'égide de P. Magistretti, professeur de neurobiologie à l'Université de Lausanne, travaillant en étroite collaboration avec F. Ansermet, professeur de pédopsychiatrie à l'Université du canton de Vaud, psychanalyste,
- lors d'un séminaire animé entre 2008 et 2011 au CHS Ste Anne par le Pr B. Golse et A. Vanier, ayant donné lieu à la publication d'un recueil aux éditions Odile Jacob,
- lors du séminaire organisé en 2019 au GHT Paris « Psychiatrie et neurosciences » animé par Cynthia Fleury, philosophe, psychanalyste au cours duquel B. Golse a donné une conférence à Ste Anne sur la question « Est-ce que tout est joué un jour ? »

Si l'on reprend l'historique du dialogue entre neurosciences et psychanalyse, les premiers auteurs à l'avoir établi furent d'origine anglo-saxonne. Ainsi, c'est en 2000, que E. Kandel obtint le prix Nobel de physiologie et médecine pour ses découvertes des bases moléculaires de la mémoire à court terme et à long terme. Ses travaux ont permis de mieux comprendre les mécanismes fondamentaux de l'apprentissage. Ce neuropsychiatre a eu un itinéraire très original. Né à Vienne, ayant trouvé refuge aux États-Unis avec sa famille, à l'âge de 9 ans, après l'Anschluss, il a entrepris des études de médecine avec le projet de devenir psychanalyste. En fait, au cours de son cursus, il s'est finalement orienté vers la recherche en biologie moléculaire. Son intérêt qui ne s'est pas démenti pour la psychanalyse en a fait le précurseur du rapprochement entre neurosciences et psychanalyse. En effet, en 1998, Éric Kandel écrivait : « La psychanalyse représente encore la vision la plus cohérente et

la plus intellectuellement satisfaisante de l'esprit que nous ayons. ». Afin de donner des assises solides aux pionniers d'une nouvelle discipline, il invita vingt psychanalystes éminents ainsi que vingt spécialistes de neurosciences à créer un comité éditorial scientifique d'un nouveau journal interdisciplinaire : *Neuro-psychoanalysis*. Si le rapprochement est possible entre neurosciences et psychanalyse, c'est au principe, désormais admis, de la « plasticité cérébrale » que nous le devons. Ce terme de « plasticité » est un concept faisant référence à la propriété d'un matériau susceptible d'être modifié sous l'effet d'une action. À l'arrêt de celle-ci, le matériau conserve sa modification. La plasticité cérébrale, c'est donc la capacité du cerveau à être modifié par l'expérience. Cette plasticité est présente à tous les niveaux d'organisation du cerveau : au niveau des molécules, des neurones, des synapses, des axones, des dendrites. Ce mécanisme, on en connaît maintenant le soubassement moléculaire et cellulaire : les synapses sont le siège de variations qui affectent leur nombre, leur efficacité, leur architecture. Elles peuvent subir des réaménagements structurels. L'expérience laisse une trace : ce sont des modifications microstructurelles des synapses. La plasticité cérébrale reste active toute la vie. Au tout début de l'existence se mettent en place des éléments fondateurs, mais jusqu'à la fin subsistent des possibilités de transformation physique et psychique. Des ponts peuvent être établis entre les deux disciplines. Néanmoins, le dialogue entre les deux disciplines n'est pas facile à initier, tant leurs cadres conceptuels, leurs références et leurs langages respectifs semblent n'avoir rien en commun. Pas question de rechercher des analogies qui feraient perdre leur nature et leur tranchant à l'une comme à l'autre. C'est leur plus petit commun dénominateur qu'il faut découvrir. La tentation est forte pour plusieurs auteurs de convoquer les concepts et avancées des sciences dures pour venir valider les théories de Freud. Certains articles tendent à chercher dans les données neuroscientifiques une caution pour la psychanalyse. Ce genre de recherches se heurtera aux mêmes écueils méthodologiques que ceux que l'on a dénoncés à propos des enquêtes en faveur des techniques cognitivo-comportementales. Le Pr Daniel Wildlöcher, le Dr André Green, tous deux psychiatres, psychanalystes, ayant travaillé comme rédacteurs de la revue de E. Kandel ont exprimé, chacun à leur façon, les limites du rapprochement entre les deux disciplines.

Pour Wildlöcher, ce fut la difficulté à apporter la « preuve » en clinique psychiatrique. Pour Green, ce fut la déception que les neurosciences n'éclairaient pas en ce qui concerne le refoulement, l'inconscient, l'angoisse, le désir, le plaisir, la pulsion. Pour nous, il s'agit de rester

modestes : nous savons qu'à la maturité, le cerveau humain comporte environ 100 milliards de neurones et un nombre encore plus grand de cellules gliales. Chaque neurone forme en moyenne près de 1 000 synapses, ce qui représente plus de 1 000 milliards de synapses. Chaque neurone est en communication avec quelque neurone mais jamais avec l'ensemble des neurones. Nous sommes en présence de systèmes qui s'assemblent pour communiquer entre eux, et nous pouvons dire que le cerveau est un système de systèmes. Voilà l'objet d'études des neurosciences et des psychanalystes qui veulent comprendre les relations entre appareil psychique et système neuronal. Il s'agit d'un univers aussi vaste que celui étudié par les astrophysiciens.

Dans la suite de cet exposé, nous évoquerons deux sujets pour lesquels le travail commun entre neurobiologistes et psychanalystes a permis de fertiliser la réflexion de chacun et, de ce fait, d'éclairer, d'orienter, de favoriser leurs recherches aux uns comme aux autres. Il s'agit tout d'abord du développement psychique du nourrisson et du jeune enfant. Les découvertes des neurosciences sont venues corroborer les hypothèses des thérapeutes. Les neurosciences ont montré que le développement de l'enfant obéit à un modèle plurifactoriel. Des facteurs endogènes et exogènes jouent un rôle. La part personnelle comporte une part génétique, neurologique, biologique. La part extérieure est constituée par l'environnement au sens large : environnement biologique, alimentaire, écologique, culturel, familial et tout environnement relationnel. Tout l'enjeu est de prendre en compte les deux séries de facteurs. La vision, selon laquelle le facteur serait uniquement organique, ou à l'inverse uniquement psychogène est réductrice et désincarnée.

Les recherches les plus récentes des neurosciences ont prouvé l'importance capitale de la qualité des soins précoces pour un développement harmonieux du nourrisson et de l'enfant. Aussi, comment ne pas s'indigner que, dans notre société, les professionnels de la petite enfance soient si peu valorisés, si peu rémunérés, si mal accompagnés. Il faut souligner que les décisions politiques prises récemment vont encore aggraver les conditions d'exercice : réduction de personnel, moindre formation etc.

Le second sujet autour duquel les praticiens se sont mobilisés, c'est un sujet brûlant, celui de l'autisme de l'enfant. Abordé de façon schématique et partisane au moment de la campagne des élections présidentielles, il est devenu le prétexte de confrontations violentes. La douleur des familles méritait mieux que ces prises

de position peu étayées. Ne voir l'autisme que comme un handicap nécessitant des mesures uniquement éducatives est excessif; tout comme la médicalisation ou la psychiatrisation abusive de l'enfant. Un modèle autistique est proposé par Bernard Golse, responsable d'un des huit centres de diagnostic de l'autisme et des troubles envahissants du développement. Il tente d'établir une synthèse des connaissances. Ce que l'on sait aujourd'hui, c'est que l'enfant comme l'adulte autiste ne parvient pas à « modaliser » les « flux sensoriels » provenant de l'autre. Plus précisément, la synthèse du traitement de ces flux échoue. L'opération étant largement localisée dans la zone cérébrale du lobe temporal, le fonctionnement du cerveau se trouve toujours impliqué, que ce soit à titre de cause ou de conséquence. Les facteurs endogènes et exogènes interviennent toujours dans l'autisme, mais dans des proportions différentes selon chaque enfant. Dans le domaine de l'autisme, tout n'est pas joué d'emblée. La nécessité, l'intérêt des interventions précoces s'imposent donc. Il est indispensable de rester très prudent quant au diagnostic: parler « d'évitement relationnel » et non « d'autisme ».

Dès les 7^e 8^e mois, il faut s'occuper de l'enfant, stimuler chez lui la perception de l'objet par au moins deux canaux sensoriels, favoriser les relations avec l'environnement. De nombreuses thérapies précoces conjointes peuvent être proposées: soit une psychothérapie d'inspiration psychanalytique, soit une guidance interactive, soit une thérapie de l'attachement. Il s'agit d'intervenir en tant que tiers liant, reliant et d'aider à la différenciation du sujet. Ces prises en charge thérapeutiques doivent s'associer aux prises en charge sur le plan éducatif, en favorisant au maximum l'inclusion en milieu scolaire.

En conclusion, bien évidemment, c'est l'intérêt des patients qui prime avant tout. Lisa Ouss, pédopsychiatre, rappelle que ce sont les difficultés de prise en charge des enfants autistes, la souffrance des patients et de leur entourage, qui ont contraint les professionnels à travailler ensemble. Malgré le caractère apparemment irréductible des prémisses de leurs disciplines, malgré les querelles entre chapelles, ils ont tenté d'articuler les différents niveaux du cognitif, du neuropsychique et de l'intrapsychique. D'autres exemples de collaboration fructueuse peuvent être relatés. Des thérapeutes, les uns pratiquant la thérapie comportementale, les autres une approche analytique, ont travaillé de concert avec des patients présentant des symptômes invalidant qu'il s'agissait de soulager à court et à long terme, pour le plus grand bénéfice des patients ainsi traités.

Même si nous conservons un esprit critique à l'égard des enquêtes pseudo scientifiques dans le domaine de la clinique psychiatrique, il est difficile de résister au désir de faire partager les résultats de certaines études. Ainsi, chez l'adulte présentant un syndrome dépressif, des expériences engagées par des neurobiologistes ont montré que le meilleur traitement à court et moyen terme est l'association d'une psychothérapie et d'un traitement médicamenteux. La psychothérapie, seule, ou le traitement médicamenteux, seul, obtiennent de moins bons résultats. Ouf! C'est extrêmement rassurant: c'est ce que recommandaient la plupart des praticiens et, ce, depuis les années 80.

Deux découvertes majeures des neurosciences sont venues corroborées des hypothèses majeures des cliniciens. Ainsi, la découverte de la plasticité cérébrale permet de confirmer une hypothèse fondamentale pour tous ceux qui travaillent avec des adultes, comme avec des enfants: rien n'est jamais joué pour le psychisme humain. De récentes découvertes en génétique montrent que l'homme est programmé pour ne pas être entièrement programmé par le génome, ce qui en fait un être singulier. Ce qui nous pousse à affirmer que soigner, ce n'est pas prédire. Soigner, c'est être prévenant, porter attention à nos patients, lui laisser son espace de liberté. Lors des cures psychanalytiques, lors des psychothérapies de type analytique, il est bien évident que l'on ne pourra pas modifier le souvenir des événements qui sont advenus, mais le rapport que le patient entretient avec l'événement.

Sous forme de plaisanterie, on peut donc affirmer: « It's never too late to have a happy childhood »: « Il n'est jamais trop tard pour avoir une jeunesse heureuse ».

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020 : décryptage

Par Frédéric Rauch

L'Assemblée nationale a présenté son projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2020. Comment caractériser ce projet de financement ? Le gouvernement défend un texte « *de responsabilité* » qui protège « *les plus vulnérables* ». Un baratin classique pour ignorants. Pas besoin de sortir de Saint Cyr pour s'en rendre compte, la lecture de quelques articles du PLFSS suffit.

Le gouvernement s'enorgueillit d'une maîtrise comptable de la Sécurité sociale. Le déficit des régimes obligatoires de base, à savoir les régimes spéciaux inclus, ne dépassera pas 5,6 Mds d'euros en 2020. Soit à peine 1,5 % du total de la dépense de Sécurité sociale. Un résultat dans la lignée des crues 2019 (-5,5 Mds d'euros) et 2018 (-1,4 Mds d'euros). C'est ce qu'il appelle un projet de budget « responsable ».

Comment ce résultat est atteint ? En contraignant les dépenses pour mieux les aligner sur l'évolution des recettes. C'est le bien connu et très libéral : « *il ne faut pas vivre au dessus de ses moyens* », qui a nourri toutes les réformes de la Sécurité sociale depuis des décennies. Il s'agit ainsi de ne pas peser sur la rentabilité des entreprises en réduisant la part des prélèvements sociaux sur les richesses créées à la source des recettes de la sécurité sociale.

Ce PLFSS 2020 s'inscrit parfaitement dans cette logique. Essentiellement tourné vers des mesures relatives aux dépenses de santé, ce PLFSS confirme la mise sous pression des dépenses maladie de la Sécurité sociale en annonçant un ralentissement marqué de leur croissance. L'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) était de 2,5 % dans le PLFSS pour 2019, il ne sera plus que de 2,3 % en 2020. Une baisse de 0,2 % qui, par rapport à cette année, représentera une économie supplémentaire sur la réponse publique aux besoins de santé des gens de 4,2 milliards d'euros supplémentaire l'an prochain !

Parmi ces économies, ce sont les dépenses hospitalières qui seront le plus impactées. L'ONDAM hospitalier ne passera pas la barre des 2 %, quand la Fédération

Hospitalière de France dit clairement que l'évolution naturelle des dépenses courantes du secteur est de 4,5 % en moyenne par an ! Déjà à l'asphyxie, les hôpitaux devront donc réaliser en 2020 une économie supplémentaire de 830 millions d'euros ! De quoi achever nombre d'entre eux, déjà incapables de prendre en charge correctement leurs patients faute de moyens humains et financiers ! Le gouvernement fait un bras d'honneur aux urgentistes en grève depuis des mois, ainsi qu'à tous les personnels hospitaliers.

Ces économies sur l'hôpital ne seront pas les seules. Car dans ce PLFSS 2020, le gouvernement envisage d'en faire aussi de lourdes sur les malades et les assurés sociaux par différents moyens. Une économie de 1,715 milliard d'euros est prévue sur les remboursements de médicaments, la prise en charge des dispositifs médicaux et au moyen du renforcement de la maîtrise médicalisée (y compris en médecine de ville). Les assurés sociaux et les malades seront ainsi moins bien pris en charge par la Sécurité sociale et devront se retourner vers leurs complémentaire santé, qui ne manqueront pas d'augmenter les tarifs de leurs services !

Sauf que désormais, nous commençons à payer le prix fort de ces choix politiques austéritaires. Non seulement la prise en charge sanitaire se dégrade et un risque sanitaire de grande ampleur aux conséquences dramatiques pour la population n'est plus une hypothèse. Mais aujourd'hui il n'est plus rare de mourir à l'hôpital, faute d'une prise en charge efficace. La situation est tellement grave que nombre de médecins hospitaliers quittent l'hôpital public faute de pouvoir assurer correctement leur mission sans mettre en danger la vie des malades. C'est toute la structuration de l'offre de soins qui est mise en danger de disparition. Et avec elle, la capacité d'une prise en charge réelle et efficace des malades sur tout le territoire et indépendamment de leurs revenus qui est mise en cause. Littéralement, c'est notre vie qui est en jeu.

Un PLFSS 2020 dur avec les assurés sociaux mais doux avec les entreprises, et mortel avec la Sécurité sociale. Confrontées à une baisse des recettes de la

sécurité sociale pour cause de chômage de masse, de précarité salariale et de stagnation de l'investissement productif, les politiques publiques devraient à contrario se concentrer sur les moyens efficaces d'une relance de la croissance des recettes de la Sécurité sociale en sécurisant l'emploi et en baissant le coût du capital payé par les entreprises. Mais ce n'est pas le choix du gouvernement Macron-Philippe qui préfère continuer sur la voie de ses prédécesseurs, au risque que cette recherche obsessionnelle de la réduction de la dépense sociale déstabilise totalement le modèle social français, jusqu'à mettre en danger sa pérennité. En revanche, il n'hésite pas à soutenir ses premiers de cordée : les profits des grands groupes. En effet, parmi les mesures emblématiques de ce PLFSS 2020, on trouve plusieurs articles qui le font explicitement. Dans l'article 4, le gouvernement allège la fiscalité sur les médicaments remboursés par la Sécurité sociale des entreprises du médicament dont il considère que leur croissance s'est ralentie. En bref, il compense les effets de la politique de générication systématique des médicaments remboursables. Ainsi, par exemple, les recettes que pourrait perdre UPSA suite à la générication du Dafalgan codéiné seront, en partie ou totalement, financées par une baisse de l'impôt. C'est l'État, c'est-à-dire le contribuable, qui prendra en charge par une dépense fiscale cette perte... Dans l'article 7, le gouvernement introduit une exonération de cotisation sociale plafonnée à 1 000 euros par salarié pour les entreprises qui auraient mis en place un accord d'intéressement dont bénéficieraient les salariés avec une rémunération inférieure à 3 SMIC (90 % des salariés). En bref, le gouvernement utilise ce PLFSS pour amplifier sa politique d'aide à la baisse du coût du travail en favorisant financièrement la précarisation des salaires via les accords d'intéressement salariaux. De même, dans l'article 9, le gouvernement exonère les employeurs des 3 fonctions publiques de cotisations ou de contributions sociales sur les indemnités des ruptures conventionnelles introduites par la loi de transformation de la fonction publique de 2019.

Mais ce PLFSS fait pire que soutenir les entreprises. Il pose les jalons financiers d'une mise à mort de la Sécurité sociale et de réformes destructrices à venir, en construisant des pertes de recettes artificielles. Ainsi, dans son article 3, le gouvernement introduit une rupture avec le principe constitutionnel de compensation par l'État de pertes de recettes fiscales et sociales consécutives à des mesures d'exonérations de cotisations sociales ou d'allègements fiscaux prises à son initiative. Les mesures prises pour répondre au mouvement des Gilets jaunes (exonération de cotisations sociales sur les heures

supplémentaires, création d'un taux intermédiaire de CSG à 6,6 %) provoquant des pertes de recettes pour la Sécurité sociale, ne seront pas compensées par l'État. Ce qui viendra alourdir artificiellement l'an prochain les pertes de recettes de la Sécurité sociale. Une mesure qui fait écho à l'article 31 qui prévoit lui, le transfert du coût de certaines agences à vocation sanitaire vers la CNAM, en lieu et place de l'État.

Ces mesures sont des premières en leur genre. Elles sont des ballons d'essai potentiellement généralisables grandes de dangers et propices à des régressions de grande ampleur à venir.

Le gouvernement pourrait avec l'ensemble de ces mesures qui dégradent artificiellement les comptes de la sécurité sociale pour 2020 et après, se constituer un argument politique de poids pour « justifier » et rendre « inévitables » des réformes encore à venir pour notre système de santé mais aussi la réforme systémique des retraites prévue pour le printemps prochain et en assurer par la suite la mécanique régressive.

La taxation des revenus financiers des entreprises et des banques

Par la rédaction

La taxation sociale des revenus financiers des entreprises et des banques est une proposition déjà ancienne. Il s'agit de faire contribuer des revenus très importants qui échappent à toute contribution sociale aujourd'hui. Ces revenus ont pris une place considérable dans la richesse nationale du fait de ce qu'on appelle la financiarisation ; cette financiarisation joue contre le développement de l'économie de production et

alimente la crise économique et monétaire actuelle. Nous donnons ici un tableau mis à jour sur la base des résultats de 2018 **communiqués par l'INSEE. Plus de 100 milliards seraient mobilisables pour l'ensemble de la Sécurité sociale dont 33,9 pour les retraites. Il resterait encore 224 milliards de revenu financier pour le capital!**

Calcul d'un prélèvement sur les revenus financiers des entreprises et des banques

Revenus financiers des entreprises (milliards d'euros)	Sociétés non financières	Sociétés financières	Ensemble des sociétés
Intérêts *	50,9	41,7	92,6
Dividendes	143,2	50,4	193,6
Prélèvements sur les revenus des quasi sociétés	2,5		2,5
Bénéfices réinvestis d'investissements directs étrangers	8,1	5,5	13,6
Autres revenus d'investissements	2,0	20,1	22,1
Total des revenus financiers soumis à prélèvement	206,7	117,7	324,4
Montant du prélèvement au taux des cotisations sociales patronales (maladie, vieillesse, famille, chômage : 30,95%)	64,0	36,4	100,4
Dont cotisations retraites (10,45%)	21,6	12,3	33,9

* pour les sociétés financières : intérêts perçus nets des intérêts versés.

Source : INSEE, comptes nationaux 2018.

La mutualité se trompe en proposant une fiscalisation des complémentaires

Par Jean-Luc Gibelin

La question du financement de la protection sociale est toujours d'une actualité sensible... Les polémiques médiatiques sur la complémentaire santé en sont une expression conjoncturelle. Au passage, notons que ce climat sert avant tout la stratégie gouvernementale.

Le Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2020 présenté par le gouvernement n'est vraiment pas porteur d'espoir. Il tourne le dos à toutes les perspectives de développement de la protection sociale et il entraîne de fait une nouvelle restriction des possibilités de se soigner pour une part importante de la population.

Ce n'est pas le projet de système universel d'aide publique avancé par la FNMF (fiscalisation des complémentaires pour tous) qui apportera une solution progressiste. Nous portons le remboursement à 100 % des soins prescrits par la Sécurité sociale, financée par des cotisations et gérée démocratiquement. Les autres solutions évoquées ici ou là portent de graves dangers...

La fiscalisation du financement de la protection sociale, la Sécurité sociale ou les complémentaires, pose des problématiques fortes. L'abandon de la cotisation sociale, c'est de fait exonérer de financement les employeurs, c'est la logique de la protection sociale solidaire qui est amputée. C'est concrètement exonérer du financement de la solidarité les richesses créées dans les entreprises. C'était le « coup de génie » du père de la Sécurité sociale solidaire que de mettre à contribution par cotisation le patronat notamment les grandes entreprises avec la cotisation « dite employeurs ». Quel que soit l'habillage, la fiscalisation du financement de la protection sociale sanctuarise ce désengagement des employeurs particulièrement du patronat, ce qu'il recherche depuis la création de la Sécurité sociale solidaire. Par effet complémentaire, ce désengagement justifie le « non-retour » à des élections pour le conseil d'administration de la Sécurité sociale, transférant la fixation des budgets de la protection sociale au parlement.

C'est sans doute l'occasion de revenir sur quelques repères forts concernant la protection sociale solidaire. Nous considérons plus que jamais que le principe fondateur « chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins » doit être au cœur de la protection sociale. C'est le principe de la solidarité. De même, il est indispensable que la protection sociale soit gérée démocratiquement, que le conseil d'administration soit élu par les ayants-droit... Tout cela est clairement à l'opposé de la fiscalisation !

La mutualité a été un partenaire précieux dans la protection sociale et est à l'origine de réalisations de haut niveau comme les œuvres sociales mutualistes. Après la mise en place de la Sécurité sociale, la volonté d'être un agent de complémentarité en termes de remboursement pour la mutualité s'est fait jour. Il y a d'abord eu la période où le 100 % était de fait réalisé pour les usagers adhérents d'une mutuelle. C'était appréciable au niveau financier mais cela n'a pas contribué à une pleine conscience des enjeux de défense et de promotion de la Sécurité sociale. Ensuite est venu le temps de la concurrence avec l'assurantiel, celui où le monde mutualiste était assimilé au monde assurantiel comme cela a été formalisé dans des directives européennes. Ce coup de force idéologique a profondément marqué le paysage et laisse des traces encore aujourd'hui. Il était sans doute illusoire de penser concurrencer le monde assurantiel sur ses terres. À quelques années de distance, bon nombre de citoyens ne font plus aujourd'hui la différence pour les opérateurs du « complémentaire santé » entre les assurances, les institutions de Prévoyance et les mutuelles.

La mutualité a une vraie légitimité à représenter une grande partie des ayants-droit à la santé. Elle pourrait trouver une place dans la gestion de la Sécurité sociale en ayant abandonné le complémentaire qui disparaît avec une prise en charge à 100 % des soins prescrits par la sécurité sociale. Oui, avec une Sécurité sociale à 100 %, la mutualité a de l'avenir et une place à tenir dans la protection sociale.

PLFSS 2020 : 4,2 milliards d'économies sur la santé en 2020

Par la rédaction

L'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) sera limité à 2,3 %, ce qui commande plus de quatre milliards d'euros d'économies sur la santé l'an prochain. Médecins, hôpitaux, EHPAD, laboratoires, dispositifs médicaux : florilège des mesures qui attendent le secteur.

Par branches, le détail des soldes pour 2020 est le suivant :

En Md€	2018	2019 (p)	2020 (p)
Maladie	-0,7	-3,0	-3,0
Accidents du travail	0,7	1,1	1,4
Vieillesse	0,2	-2,1	-2,7
Famille	0,5	0,8	0,7
Régime général	0,5	-3,1	-3,8
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	-1,8	-2,3	-1,4
Régime général + FSV	-1,2	-5,4	-5,1

Un trou de 5 milliards, creusé par les promesses post « gilets jaunes »

Le déficit combiné du régime général (toutes branches) et du FSV s'établirait à 5,1 milliards d'euros en 2020, après mesures correctrices du PLFSS. Cette dégradation des comptes sociaux s'explique par la diminution des recettes, des prestations vieillesse plus dynamiques et surtout les engagements d'urgence pris dans la foulée de la crise des gilets jaunes que l'État a décidé de ne pas compenser à la Sécurité sociale (CSG réduite pour certains retraités, exonération de cotisations sur les heures supplémentaires). L'exécutif renvoie désormais le retour à l'équilibre des comptes sociaux (initialement attendu cette année) à... 2023. Au sein du régime général, la branche maladie accuse à elle seule un passif de trois milliards d'euros.

Ainsi, l'objectif national de dépenses maladie (ONDAM général) a été fixé par le gouvernement à +2,3 % pour 2020 (contre +2,5 % en 2019), à hauteur de 205,3 milliards d'euros. Certes, ce sont 4,6 milliards d'euros de dépenses supplémentaires assumées par la collectivité mais ce taux exige néanmoins des économies massives de plus de 4 milliards d'euros pour le secteur, compte tenu de la tendance spontanée des dépenses maladie (+4,4 % en tendance annuelle).

À l'intérieur de l'ONDAM général, l'exécutif réserve une progression de +2,4 % pour les soins de ville, +2,1 %

pour les établissements de santé mais +2,8 % pour le secteur médico-social.

Sur ces bases, voici les économies de 4,2 milliards d'euros, poste par poste, qui attendent le secteur, selon le PLFSS 2020.

ONDAM 2020 : le tableau des économies

	En Md€
Structuration de l'offre de soins	1045
Structurer des parcours de soins efficaces (chirurgie ambulatoire, alternatives à l'hospitalisation, réduction des hospitalisations évitables, etc.)	215
Améliorer la performance interne des établissements de santé et médico-sociaux	830
- Dont optimisation des achats des établissements de santé et médico-sociaux	585
- Dont rééquilibrage de la contribution de l'ONDAM à l'OGD	245
Actions sur les tarifs des produits de santé et remises	1345
Prix des médicaments	920
Prix des dispositifs médicaux	200
Remises sur les produits de santé	225
Pertinence et qualité des actes et des prescriptions	1235
Pertinence et adaptation tarifaire de la biologie	205
Pertinence et adaptation tarifaire de la radiologie (protocole)	60
Maîtrise médicalisée et structure de prescription (actes, certificats médicaux, antibiotiques...)	595
Promotion des génériques et biosimilaires	120
Pertinence et adaptation tarifaire sur les autres actes	255
Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transports	265
Transports	120
Indemnités journalières	145
Lutte contre la fraude et dispositifs de contrôle associés	90
Gestion dynamique du panier de soins remboursé	205
TOTAL ONDAM	4185

Parmi les principaux postes d'économies, on notera un effort de 1,3 milliard sur les tarifs des produits de santé (dont 920 millions sur les prix des médicaments), près de 600 millions d'euros au titre de la maîtrise médicalisée ou encore 205 millions sur la biologie (libérale principalement mais aussi hospitalière), 145 millions sur les IJ et 120 millions sur les transports ! Les alternatives à l'hospitalisation (chirurgie ambulatoire, etc.) doivent procurer 215 millions d'euros.

Centre du Mali : L'insécurité généralisée prive d'accès aux soins de santé les communautés

Par Foussehou Sissoko

Dans le Centre du Mali, autour de la ville de Mopti et dans la zone aux frontières du Mali du Burkina Faso, du Niger, les incidents sécuritaires et les conflits intercommunautaires n'ont cessé de croître depuis 2018. Une partie de la population est devenue quasi immobile par crainte des acteurs armés sur les routes. La peur des braquages en route. De nombreuses personnes ont perdu la vie sur ces routes. Si quelqu'un se fait agresser en route par les bandits armés et qu'il n'a pas d'argent, il se fera bastonner.

Cette crise a créé une restriction totale dans la mobilité des communautés. Le 21 août 2019, une mission d'escorte de l'armée malienne est tombée dans une embuscade entre Boni et Hombori, dans le cercle de Douentza, dans la région de Mopti. 5 soldats maliens sont morts dans l'attaque et du matériel a été détruit. Deux jours auparavant, c'est-à-dire le 19 août, dans le même rayon aux trois frontières (Mali, Burkina Faso, Niger) sur le territoire du Burkina Faso, s'est produite une attaque d'envergure de groupes armés terroristes contre une caserne de l'armée burkinabée dans la province du « Soum », proche de la frontière malienne avec un bilan de 24 morts, 7 blessés et 5 disparus. Le 1^{er} novembre 2019, l'armée malienne a essuyé une de ses plus grosses pertes depuis plusieurs années avec la mort de 49 soldats dans une « attaque terroriste » contre un camp militaire à « Indélicate », près de la frontière avec le Niger. Quarante soldats avaient été tués dans deux assauts djihadistes le 30 septembre 2019 à Boulkessy et le 1^{er} octobre 2019 à Mondoro, localités situées dans le sud du pays, près du Burkina Faso.

I. Conséquences de la crise sécuritaire sur le secteur de la santé

Les conséquences du conflit se ressentent sur le fonctionnement des structures de santé, qui peinent énormément à répondre aux besoins des communautés; et l'accès aux soins de santé reste critique pour elles. Des villages entiers sont littéralement enclavés et les habitants n'ont pas accès aux soins de santé de base. En certains endroits, les patients et le personnel médical local ont des difficultés à se déplacer. Des centres de

santé ont été soit pillés, soit désertés par le personnel qualifié qui y travaille. À cela, s'ajoutent les contraintes récurrentes pendant la saison des pluies; comme l'explique Frédéric Démalvoisine, chef de mission de Médecins Sans Frontières (MSF) au Mali : « *Les limitations dues à l'insécurité viennent s'ajouter aux contraintes récurrentes pendant la saison des pluies, qui s'étale généralement de juillet à décembre. Des zones entières se retrouvent encore plus isolées que d'habitude, coupées des voies d'accès à cause des inondations* ».

Dans ces conditions, les enfants en bas âge et les femmes enceintes, particulièrement vulnérables, mais aussi les blessés de guerre ont de grandes difficultés à se faire soigner. Le tableau devient complet avec le phénomène inhabituel de décès de personnes dus à la malnutrition, parce que l'insécurité empêche l'acheminement de vivres pour les communautés. L'insécurité continue de s'intensifier et prive d'accès aux soins de santé et aux biens de première nécessité de plus en plus de communautés; et, les perspectives pour un redéploiement de l'administration malienne dans le domaine de la santé sont encore lointaines. En attendant, les centres de santé encore opérationnels qui s'y trouvent peinent à trouver du personnel qualifié et quant aux infrastructures, elles sont complètement dégradées. Pour le moment la seule alternative qui s'offre à l'État malien est de sous-traiter avec les Organisations Humanitaires Internationales.

II. Face à l'insécurité généralisée, l'État malien est contraint de sous-traiter avec les organisations humanitaires internationales

En l'absence de l'État, seules les Organisations Humanitaires Internationales comme Première Urgence Internationale présente dans la région depuis 2013 et Médecins Sans Frontières sont présentes dans les zones en conflits et sont très sollicitées par les communautés et les autorités locales pour pallier à l'absence de l'État, qui d'ailleurs admet son incapacité à se redéployer de manière effective dans la zone, et sollicite l'accompagnement des Organisations humanitaires internationales. Première Urgence Internationale et MSF ont mis en place des actions médicales en appui aux structures de santé locales

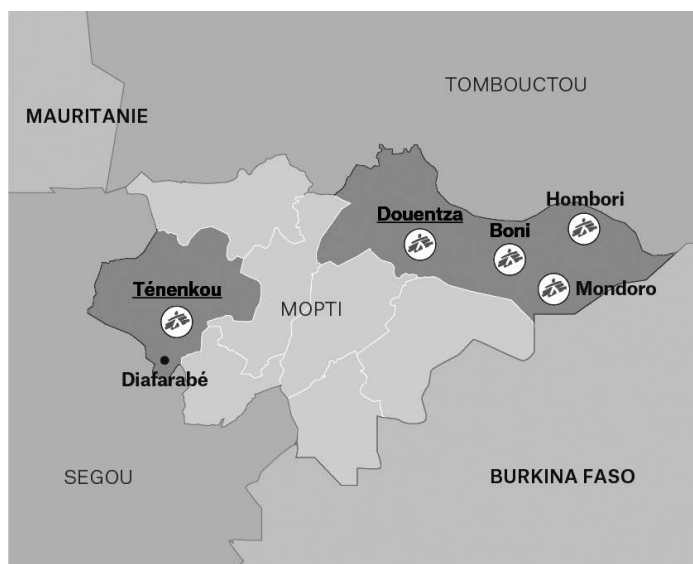
et à l'accès aux soins de santé des communautés. À cet effet, elles ont développé une stratégie qui implique les consultations en cliniques mobiles sans oublier les autres interventions de proximité. Le déploiement des cliniques mobiles se fait selon le mécanisme suivant : dès qu'une accalmie temporaire est constatée dans une zone précise, une équipe est envoyée pour fournir le maximum de soins aux communautés sur place. Les

consultations en cliniques mobiles sont effectuées pour les personnes n'ayant pas ou peu d'accès aux centres de santé communautaires.

En 2018, MSF a effectué plus de 53 000 consultations dans la région de Mopti, dont 12 000 consultations lors des cliniques mobiles, assisté environ 1 200 naissances et soigné près de 400 enfants sévèrement malnutris

MALI RÉGION DE MOPTI

■ Zone territoriale ou cercle où MSF gère des projets



III. Quand l'État malien et son partenaire financier l'ADF mettent entre parenthèses le secteur de la santé dans le projet transfrontalier Mali-Burkina Faso-Nigeran

Le mardi 29 octobre 2019, le gouvernement du Mali, à travers l'Agence Nationale d'Investissement des Collectivités Territoriales (ANICT) et l'Agence Française de Développement (AFD) ont signé une convention de financement du « programme 3 frontières » d'un montant de 2 milliards de francs CFA. D'une durée de trois ans, le projet évoluera dans l'espace transfrontalier entre le Mali, le Burkina Faso et le Niger et veillera au renforcement de la cohésion sociale entre les communautés. Autre objectif du projet, exprimé d'une manière générale : contribuer à la stabilisation de l'espace frontalier entre les trois pays en appuyant le développement. L'ambassadeur de France au Mali a souligné que le « Projet 3 frontières » mettra l'accent sur le renforcement des filières agro-pastorales, à travers des appuis aux organisations de producteurs et par le financement d'infrastructures socio-économiques sélectionnées par les collectivités territoriales dans les Cercles de Gao, Ansongo, Gourma-Haros, Douentza, Bankass et Koro. Ce qui a rendu perplexe tous les observateurs de la crise sécuritaire dans la zone des 3 frontières et son impact sur les systèmes de santé comme nous venons de le voir, c'est l'absence totale du secteur de la santé, dans les

priorités du « projet 3 frontières ». L'accès des communautés vivant dans la zone couverte par le projet aux différents soins de santé n'est pas mentionné dans les objectifs du projet, ni non plus la réhabilitation des infrastructures de santé détruites au cours des conflits intercommunautaires ou de l'assaut des mouvements armés djihadistes. Or, l'ensemble des acteurs intervenant dans l'humanitaire dans la région centre du pays sont unanimes sur un fait : la destruction des formations sanitaires a rendu le système de santé malien mal en point.

IV. La destruction des formations sanitaires rend le système de santé malien mal en point.

En conclusion, les dommages et destructions des formations sanitaires qu'elle soit au Nord, ou au Centre sont lourds de conséquences quand on sait que le secteur communautaire représente la plus grande partie de l'offre de soins, et que même en période de stabilité l'accès aux soins au Mali reste encore limité. En d'autres termes la destruction des structures de santé rend mal en point le système de santé malien. Les 42 % de la population malienne n'ont toujours pas accès à une structure de santé dans un rayon de 5 km. La faiblesse des investissements dans les services sociaux de base explique en partie les limites observées dans les performances du système de santé au Mali.

Pour un allongement du délai légal d'IVG

Par les Dr Nathalie Trignol-Viguiier (CHU Tours, CHIC Amboise 37)
& Dr Laura Marin Marin (Corentin Celton (92),
Hôpital Européen Georges Pompidou (75), centre de santé de Malakoff 92)
et membres du bureau de l'ANCIC

NDLR : Investies dans des centres d'orthogénie, ces deux médecins généralistes font partie du bureau de l'Association Nationale des centres d'IVG et de contraception (ANCIC). Elles appellent de leurs vœux une réforme qui aurait le mérite de rapprocher la France de certains de ses voisins et permettrait à certaines femmes d'avorter - en toute sécurité selon elles - sans obligation de partir à l'étranger. Elles soutiennent qu'une intervention au-delà de 12 semaines de grossesse est réalisable dans de bonnes conditions. Elles assurent que cette réforme serait sans conséquence sur le nombre d'IVG réalisées.

En 1975, la loi Veil est venue répondre à un problème de santé publique en dépénalisant l'avortement, alors responsable du décès d'une femme par jour en France. À ces décès de femmes s'ajoutaient des blessures des organes génitaux, des conséquences sur la fertilité et la santé périnatale.

Dans le monde en 2019, il existe encore trop de pays dans lesquels les femmes continuent à mourir, à raison d'une toutes les 9 minutes, juste parce qu'elles n'ont pas le droit de recourir à l'avortement dans des conditions sanitaires correctes et qu'elles sont contraintes de s'imposer les pires tortures pour espérer être libérées des grossesses qu'elles ne veulent pas subir : une femme qui souhaite avorter avortera, l'histoire nous l'a montré, mais à quel prix ?

Allonger de 2 semaines le délai légal de l'IVG serait un progrès pour la santé publique et répondrait au besoin légitime d'autonomie des femmes à disposer de leur corps en toute sécurité et égalité.

De nombreuses situations peuvent amener une femme à demander une IVG après 14 semaines d'aménorrhée (SA). Un frein à la découverte de la grossesse : poursuite d'un saignement attribué à des règles, absence de signe sympathique de grossesse, méconnaissance de la physiologie par défaut d'information ou idées reçues,

dénégation de grossesse, rapport non consenti sous l'emprise de substances.

Il peut y avoir une découverte précoce mais des freins à l'accès à l'IVG : emprise de l'entourage et perte de liberté, erreur de détermination de terme... Mais aussi disparités territoriales d'accès à l'IVG : diminution du nombre de Centres IVG, limites de terme imposées par certains centres (hors la loi!), méthodes imposées, refus de soins en utilisant la clause de conscience, délais de rendez-vous allongés en période estivale ou par manque de personnel. Ou encore un changement de trajectoire de vie : violences faites aux femmes et autres événements de vie.

Triste réalité

S'ajoutent les « grossesses iatrogènes », liées au corps médical dont la formation à la contraception et à l'avortement est largement insuffisante : refus de pose de DIU aux nullipares, refus de prescrire une contraception à des jeunes filles soi-disant trop jeunes, délais de rendez-vous pour une contraception trop longs, erreur de diagnostic de grossesse, errance médicale pour certaines femmes que des professionnels n'orientent pas au bon endroit dans les temps (hors la loi!), refus de dispensation de contraception d'urgence, méconnaissance des mécanismes d'action de la contraception et des relais contraceptifs... Ces carences ne doivent pas motiver l'allongement du délai de recours à l'IVG mais sont une triste réalité et participent à la survenue de grossesses non prévues et donc au besoin de les prendre en charge.

Ces femmes sont les mêmes que celles qui demandent une IVG avant 14 SA, mais pour elles, aujourd'hui, sur le territoire français, les seules possibilités sont :

- Poursuivre la grossesse et donner naissance à un enfant dont elles assumeront la maternité (seules ou non, le géniteur décidant de façon autonome, de partager cette responsabilité). Il n'existe pas de données sur ces femmes.

- Poursuivre la grossesse et donner naissance à un enfant qu'elles confieront à l'adoption avec toutes les conséquences physiques, psychiques et sociales pour la femme et pour l'enfant.
- Interrompre la grossesse dans des pays aux lois plus libérales, possibilité dépendant du statut social et familial car impliquant des freins financiers (800 à 1 000 euros et frais annexes) et juridiques (comment sortir du territoire pour une mineure sans autorisation parentale ou une femme sans papiers?); et retardant la réalisation de l'IVG.
- Demander une interruption médicale de grossesse pour motif maternel, mais une part infime des demandes tardives d'IVG relève de l'IMG.
- Recourir à un avortement clandestin dangereux pour leur santé et puni par la loi.

Les médecins hollandais ou britanniques, entre autres, ont une expérience de l'avortement à des délais bien supérieurs aux nôtres. S'ils ont été en capacité d'acquérir ces techniques, pourquoi ne le serions-nous pas? Leurs méthodes sont sûres et applicables en France.

Avorter de façon sécuritaire et égalitaire

Nous souhaitons assumer la part de notre exercice que nous déléguons à nos homologues des pays voisins, faute d'une loi nous autorisant à pratiquer des avortements plus tardifs que 12 semaines de grossesse. En cas d'allongement du délai, le nombre de femmes ayant recours à l'avortement serait sensiblement le même qu'aujourd'hui, la différence étant que les femmes concernées avorteraient de façon sécuritaire et égalitaire.

En 2001 la loi Aubry a allongé de 2 semaines le terme au-delà duquel les femmes pouvaient recourir à l'avortement, évolution législative qui, selon les estimations, a permis à la moitié des femmes qui se rendaient à l'étranger pour faire une IVG de rester en France, en toute légalité, pour recourir à l'avortement dans les meilleures conditions sanitaires, avec une couverture sociale. L'allongement du délai de 12 à 14 SA n'a pas été assorti d'une augmentation notable du nombre d'IVG en France. Le rapport annuel établi par la DREES a montré cette année que : « le nombre des naissances et celui des IVG évoluent selon une tendance proche depuis 1990, si bien que le ratio d'avortements, qui rapporte, une année donnée, le nombre d'IVG au nombre total de naissances vivantes, reste plutôt stable au cours de la période » (DRESS, IVG 2018).

Notre rôle de médecin est de contribuer au maintien de la bonne santé des femmes, qui passe par l'application des lois qui les protègent et par un exercice de la médecine dans les meilleures conditions pour la pratique de l'IVG.

L'allongement que nous souhaitons a pour objectif de réduire les inégalités multifactorielles auxquelles les femmes continuent d'être confrontées, de répondre à un réel besoin pour la santé des femmes (OMS, 1946), et de respecter leur autonomie dans leurs choix reproductifs. Ainsi, nous serions en adéquation avec nos valeurs et celles du serment d'Hippocrate.

Dix années de Coordination à Mondor Des luttes exemplaires qui imposent des reculs au pouvoir, & exigent une autre politique de santé

**Par le Dr Fabien Cohen
Porte-parole de la coordination de vigilance du GHU
H. Mondor/A. Chenevier**

En 2010, se mettait en place à Créteil une Coordination pour la défense de la Chirurgie cardiaque menacée de fermeture. Ainsi naissait au sein de cet Hôpital, un mouvement rassembleur qui, près de dix ans après, continue à jouer son rôle fédérateur, de luttes et de succès obtenus.

Alors qu'en assemblée générale dans le hall de l'Hôpital, les syndicats annonçaient les risques de fermeture du service de greffe cardiaque et les conséquences sur le service de cardiologie de l'Hôpital, les élus présents ainsi que des usagers, le PCF, proposaient de créer un front large de résistance à cette menace, dans un contexte national préoccupant. En effet, depuis quelques mois, les luttes menaient par les usagers, les personnels de santé et élus, commençaient à porter leurs fruits. Que ce soit à Argenteuil (95) avec le maintien de la radiothérapie et de la rythmologie, Decazeville (12) ou Epernay (51) où sont maintenues les maternités, ou encore le succès devant les tribunaux de la réouverture de la maternité de Lannemezan (65) ou de Luçon (85), sans parler de Lure-Luxeuil (70), Mauvezin (32), Paimpol (22), Paris Tenon (75), Saint Gaudens (09), Saint Maurice (94), St Afrique (12), Toulouse Marchant (31) ou Valréas (84)... chacune de ses luttes avaient à chaque fois une portée nationale.

La mise en place, en 2009, de la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST), et singulièrement celles des Agences régionales de la santé (ARS) sur les traces des Agences régionales Hospitalières (ARH) étaient vécues comme une véritable machine de déstructuration de l'Hôpital public. Cette loi et ses dispositifs avaient toute l'énergie et toute l'autorité légale pour satisfaire au mieux aux attentes de la Fédération hospitalière privée, avec les gâchis que l'on connaît dans l'Essonne et son Hôpital du Sud Francilien, créé par Dassault et présidé par Manuel Valls, futur premier Ministre.

Cette absence totale de considération pour toute démocratie sanitaire, contenue dans la Loi HPST, éconduisant les élus dans leur rôle au sein de la direction politique de l'Hôpital tout comme celui des syndicats, a été menée avec zèle. Elle a confirmé, si nécessaire, l'importance d'une réelle implication des collectivités territoriales sur les questions de santé bien au-delà de leurs compétences, en raison de l'importance que cela représentait pour les populations de leurs territoires. Les élus intervenaient, non pour réclamer une responsabilité de gestion, mais pour être les garants d'une véritable équité territoriale, pour mettre en phase aménagement urbain des territoires et démocratie sanitaire à l'heure du Grand Paris et de la Métropole.

Dans cet esprit, ce qui se jouait, c'était la construction de véritables outils de contre-pouvoir aux ARS. C'est ainsi qu'a été conçue d'emblée la Coordination de défense de la chirurgie cardiaque à l'hôpital Henri Mondor. Avec la volonté à partir de l'objectif, de construire en son sein un rapprochement tant des élus territoriaux, des parlementaires que de l'intersyndicale CFDT-CGT-SUD santé, des partis politiques comme des associations d'usagers, des professionnels de santé et universitaires...

Après un an de mobilisation ces personnels hospitaliers et universitaires, ces professionnels soignants ou non, ces étudiants et enseignants, usagers et élus de toutes sensibilités du Val-de-Marne, dont le Président du Conseil général, sénateur, C.Favier et le député-maire, L.Cathala, ont permis de recueillir près de 100 000 signatures qui firent fléchir le Ministre de la santé, Xavier Bertrand. Celui-ci interpellé à l'Assemblée nationale par le député-maire, M.Herbillion, annonça le maintien du service de chirurgie cardiaque à Mondor fin 2011.

La victoire de la Coordination d'H.Mondor, après deux ans de mobilisation de tout un département, au-delà de la grande satisfaction qu'elle a apportée à toutes celles et ceux qui la composent, doit s'apprécier au

regard du contexte environnant. La question posée par la bataille de Mondor, c'est à la fois celle des projets de restructuration d'hôpitaux mais ce fut, et c'est encore, l'absence d'une véritable concertation ainsi que l'usage du mensonge comme mode de gouvernance. Ainsi Claude Evin, pouvait sans vergogne déclarer à la Commission d'action sociale et santé du Conseil régional, du 29 mars 2011, qu'il n'y aurait aucune fermeture d'hôpital et que toute restructuration ferait l'objet de discussions, et se comporter tout autrement au nom de l'État, comme nous le savons aujourd'hui.

C'est pourquoi, la victoire obtenue par la Coordination, fut non seulement celle de la reconnaissance du potentiel de cet établissement important pour le sud-est francilien, mais aussi un encouragement dans leur action pour toutes celles et tous ceux qui luttent contre la stratégie suicidaire de la remise en cause des services publics de santé et pour la défense d'une santé multipolaire dans le grand Paris. C'est encore un désaveu de la conception de la démocratie sanitaire portée par l'ARS et l'AP-HP. En effet, malgré le fait que tout un département se mobilisait avec des élus de tout bord, des usagers et des citoyens pour le maintien du service de chirurgie cardiaque, l'ARS se permettait de ne pas en tenir compte, de refuser de rencontrer la Coordination, cela malgré l'impact que pouvait représenter cette fermeture sur l'ensemble de l'est et du sud francilien.

Ce succès nous a donc montré la voie à suivre. Compte tenu de l'analyse que nous portions tant sur les objectifs de la loi HPST, sur les restructurations présentes et à venir que sur les raisons profondes inhérentes aux réductions du budget de la Sécurité sociale (cf. les ONDAM successifs), nous avons décidé de nous transformer en Coordination de vigilance du GHU H.Mondor/A.Chenevier. Nous avons, par là-même, élargi notre coordination aux cinq Hôpitaux qui composent ce GHU, et les autres établissements conventionnés, mais aussi nous l'avons positionné en amont des problèmes qui pouvaient se poser. Une décision qui reposait sur l'évaluation que nous avions du premier Plan régional santé qui, malgré le désaveu de la majorité des collectivités locales, de la Région aux communes, fut finalement signée par une seule personne, le Directeur général de l'ARS IDF, et ce malgré les très nombreuses réserves. Une position inadmissible pour l'association des Maires du Val-de-Marne pour qui ce PRS fut élaboré sans les associer et sans information. Cela est particulièrement vrai pour tout ce qui concerne les 26 volets qui constituaient le Schéma Régional d'Organisations des Soins (SROS) hospitalier, seul document opposable impactant l'ensemble de

l'offre de santé. Un SROS qui était loin de répondre aux nouveaux défis et qui allait poursuivre le rapprochement public-privé comme à Mantes ou avec l'Hôpital du Sud Francilien.

Cette logique allait à l'encontre de la réponse aux besoins des populations dans leurs parcours de soins, aux évolutions majeures en termes de santé (maladies chroniques, vieillissements de la population, notamment celles ayant un handicap, santé mentale, ...), à la régression de la démographie médicale comme paramédicale, au renoncement aux soins de larges pans de la population, aux besoins nouveaux induits par les nombreux projets d'aménagement de notre région. Tous ces éléments auraient mérité d'un temps de concertation comme d'une forme d'élaboration plus longs et mieux adaptés. À aucun moment l'ARS n'a jugé bon d'introduire dans ce Plan, les réflexions issues des Assises régionales et départementales de la santé, organisées par le Conseil régional, sur proposition du Front de gauche.

Dans le même temps nous constatons, que l'offre publique de soins et son accessibilité, continuait à diminuer du fait des fermetures de lits, de services hospitaliers, voire d'hôpitaux - qui ont prévalu ces dix dernières années - au détriment d'un aménagement sanitaire du territoire garant d'un égal accès de toutes et tous à la santé. La tendance aux rapprochements et aux fusions, largement amorcée dans le cadre du Schéma régional de l'organisation sanitaire de 3^e génération (SROS III), s'est accentuée dans un contexte de rationalisation de l'offre hospitalière et de fragilisation de la situation financière des établissements due une stricte logique comptable, d'obsession au retour à l'équilibre financier malgré la raréfaction des moyens alloués dont la cause était notamment l'instauration de la Tarification à l'activité ou T2A.

Lors des assises régionales de la santé dans le Val-de-Marne, j'intervenais en rappelant qu'il ne serait pas possible de rattraper les erreurs du *numerus clausus* d'hier, en moins de 15 ans. Il fallait donc se préparer à l'insuffisance du nombre de médecins par le dialogue et constituer un contre-pouvoir aux ARS. Au niveau départemental, nous proposons de travailler les besoins par bassin de santé, voire en bassins transfrontaliers départementaux. Autre remarque que nous faisons, celle qu'en aucun cas la fermeture d'un service public n'était justifiée même lorsqu'elle était remplacée par l'ouverture d'une structure privée.

En 2012, nous rappelions que « *dans cet environnement qui génère un climat social dégradé, les établissements de santé font face à une forte problématique touchant les ressources humaines, liée autant aux contraintes tenant à la pénibilité du travail, à l'externalisation d'activités vers le secteur privé qu'aux difficultés à assumer correctement les missions* ». Nous multiplions ainsi les communiqués de presse et les conférences de presse pour maintenir la pression à partir de toute information que nous obtenions des professionnels de santé, universitaires, syndicalistes, usagers ou élus. C'est ainsi que le 16 octobre 2012, nous exprimions notre inquiétude sur le projet hospitalo-universitaire de la « RB » (Réanimation, Blocs et Biologie), l'avenir de la neurochirurgie en proie au même symptôme que la chirurgie cardiaque ou encore à la situation des personnels à propos des Blocs, à quelques semaines de l'approbation par l'ARS de son premier Plan Régional de Santé.

Cela fut suivi, le 3 décembre 2012, d'un courrier à la ministre de la santé, Marisol Touraine, suite à une Conférence départementale de territoire où le Délégué territorial du Val-de-Marne, poussant un peu la provocation, parla de la fermeture d'un site de cardiologie, sans être contredit par le représentant de l'ARS. Cette déclaration avait jeté un froid parmi tous les actrices et acteurs de notre Coordination, car deux rapports de l'Inspection Générale des Affaires Sanitaires (IGAS), avaient tranché fin septembre 2012 en faveur du maintien des quatre services en Île de France. Le 7 janvier 2013, nous étions reçus par le Cabinet de la Ministre qui nous a assuré, à l'issue de cette réunion, qu'il avait entendu l'acuité de nos revendications. Il a formulé l'exigence auprès de l'ARS que notre Coordination soit associée aux choix qu'elle sera amenée à proposer au Ministère pour ses projets d'investissement hospitalier. Il a souhaité que celui de Mondor soit un des projets prioritaires, malgré un cadre budgétaire contraint imposé aux ARS par le PLFSS 2013. Ce fut une nouvelle victoire pour notre Coordination! Mais un nouveau mensonge de l'ARS IDF qui ne nous a jamais contactés pour nous associer à sa réflexion.

Ce fut bien dommage, cela nous aurait évité, peu de temps après, une nouvelle bataille pour exiger l'abandon du projet de vente de 40 % des terrains de l'hôpital A.Chenevier afin de financer le projet de « Réanimation et Bloc » à l'Hôpital H.Mondor. Il était important pour nous de défendre l'hôpital Albert Chenevier, un des derniers Hôpitaux verts de l'AP-HP, dont la conception exceptionnelle permet d'offrir aux malades un réseau de rééducations spécialisées dans un espace de verdure

adapté aux pathologies et aux besoins des patients et des professionnels. Peu connaissent sa complémentarité parfaite aux différents services de médecine aiguë et de chirurgie d'H.Mondor. L'Hôpital Albert Chenevier, pour ceux qui le fréquentent, ce n'est pas une simple annexe des autres hôpitaux d'aiguë, ni seulement un hôpital de gériatrie et de psychiatrie. C'est un hôpital qui délivre des soins pluridisciplinaires de qualité. C'est aussi un lieu de recherche de haut niveau. C'est encore un hôpital de rééducations spécialisées qui offre aux patients sortis de périodes médicales aiguës ou d'accidents parfois très graves, un espace extérieur parfaitement adapté à une réadaptation à la vie, au domicile et au milieu professionnel. Voilà pourquoi nous avons défendu l'avenir d'Albert Chenevier comme hôpital de proximité, accessible et facilitant l'accueil des familles. Voilà pourquoi, la vente à la découpe d'A.Chenevier nous est apparue comme une très mauvaise solution et une catastrophe pour les malades comme pour les professionnels de tous les Hôpitaux de l'AP-HP, et particulièrement d'H.Mondor!

Le 3 octobre 2013, l'intersyndicale CFDT-CGT-SUD-SANTE et la Coordination de Vigilance du GHU H.Mondor/A.Chenevier, étroitement associées, ont tenu une semaine d'action pour la défense de l'Hôpital A.Chenevier et contre la vente d'une grande partie de ses terrains programmée par le Conseil de surveillance du 8 juillet 2013. Une semaine qui ne fut pas du goût de la Direction de l'Hôpital insensible à la démocratie citoyenne, refusant ainsi la tenue de la conférence de presse, de la Table ronde et des Journées portes ouvertes, annoncées et validées dès le 16 juillet. C'est donc sur le parking et les pelouses de l'Hôpital que nous avons tenu cette action marquée, dès son ouverture, par un premier succès: l'annonce par la directrice générale de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Mireille Faugère, de l'autofinancement d'un nouveau bâtiment à l'hôpital Henri-Mondor à Créteil, rassemblant l'ensemble des moyens techniques en chirurgie, réanimation et imagerie interventionnelle. Un investissement « d'un montant maximum de 50 millions d'euros, financé notamment grâce à la vente d'une parcelle de terrain au Sud de l'hôpital Henri-Mondor » abandonnant donc la vente des 40 % de Chenevier. Notre table ronde du 25 septembre n'en resta pas là et s'est attachée à réclamer de nouveaux moyens pour financer les nouvelles activités qui nous avaient paru nécessaire au développement de l'hôpital A.Chenevier. Nous proposons à l'issue de cette table ronde, un projet non seulement pour préserver ce site exceptionnel mais aussi pour le valoriser.

Il comprenait :

- la création d'un institut autofinancé, l'Institut d'Auto-rééducation, pour promouvoir des méthodes novatrices de travail physique auto-rééducatif guidé spécialisé, notamment pour des patients neurologiques, rhumatologiques, gériatriques, cardiorespiratoires
- des services de radiologie dédiés aux patients externes, libérant d'autant l'activité radiologique des hôpitaux « d'aigus » voisins, avec un raccourcissement des délais d'examen et de leurs DMS.
- un laboratoire qui servirait aux patients de l'hôpital et ouvert, lui aussi, à la population locale.
- des consultations multidisciplinaires externes, notamment pour des spécialités parfois moins faciles d'accès pour nos patients (ORL, OPH, odontologie), mais aussi des consultations de rééducation spécialisée bien identifiées à l'entrée de nos hôpitaux, exploitant la remarquable accessibilité de nos sites pour la population locale.

Au final, dans une lettre de septembre 2013, la DG de l'AP-HP annonçait à la sénatrice du Val-de-Marne, Laurence Cohen, que la reconfiguration de l'offre de soin du site Albert CHENEVIER n'aurait pas lieu et nous obtenions un financement pour les Blocs, la Réanimation et l'Imagerie interventionnelle ou « projet RBi ». Mais notre projet de rénovation de l'Hôpital n'a jamais été examiné!

Cette nouvelle victoire n'entama pas notre vigilance, car nous ajoutions à nos revendications la défense du service de neurochirurgie. Tous les patients relevant d'une urgence neurochirurgicale ou neuroradiologique interventionniste étaient dirigés jusqu'en février 2014 vers le centre de grande garde référent. La grande garde (GG) neurochirurgicale était alors assurée par 6 établissements : Mondor, Salpêtrière, Beaujon, Lariboisière, Kremlin-Bicêtre et Ste Anne. Ce qui revenait à être centre référent GG tous les 6 jours. Cela demandait à chaque établissement d'organiser une équipe de neurochirurgie et d'anesthésie pour la prise en charge de tous les patients relevant de cette spécialité sur l'Île de France.

L'agence régionale de santé (ARS) fut obligée d'appliquer une nouvelle organisation pour répondre au mieux aux exigences de la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST), la territorialisation et la contractualisation. C'est ainsi que l'ARS força l'AP-HP à accepter un deal lui imposant la prise en charge des patients les plus lourds en « nuit profonde » (21 heures-8 heures), laissant aux structures privées (Hôpital Foch et fondation ophtalmo Rothschild) les patients les plus « rentables ».

Cette réorganisation aux forceps obligea les services publics à assurer tous les jours une prise en charge d'un bassin de vie²⁸ de plus en plus lourd mais sans aucun moyen supplémentaire entraînant à terme une dégradation de la prise en charge des patients de l'hôpital public.

Depuis la mise en place de ce nouveau système de fonctionnement l'accueil des patients les jours de grande garde a diminué très nettement. Sauf... les dimanches et les jours fériés, jours où les structures privées Foch et la fondation ophtalmo Rothschild n'assuraient pas l'accueil des urgences neurochirurgicales. Ces jours-là, le nombre de patients reçu à Mondor doublait, voire plus. Nous craignons que la diminution du nombre de passages de patients que cela impliqua les jours de grandes gardes, n'amène l'ARS à fermer un site ou deux de neurochirurgie en Île de France. Notre vigilance a permis de l'éviter.

Puis vint la période de l'arrivée d'un nouveau directeur général à l'AP-HP, non sans avoir offert un poste au sortant dans le privé en gage de l'usure subie et à laquelle nous avons contribué par nos luttes. Sans nous faire d'illusion sur le personnage, nous lui écrivions néanmoins dès sa prise de fonction pour le féliciter de ces nouvelles fonctions. Mais il faut bien constater que le dialogue ne s'est pas ouvert pour autant, car malgré notre demande de rendez-vous pour partager un moment consacré au GHU H.Mondor/A.Chenevier, nous n'avons eu aucune réponse. Nous étions ainsi informés de ses intentions en matière de dialogue social, ce qui ne s'est pas démenti jusqu'à ce jour. Et comme bien des zones d'ombre persistaient par absence d'échanges entre notre coordination et l'AP-HP (comme avec l'ARS), nous organisons fin septembre 2014, une nouvelle semaine d'action pour rendre public ce qui se cachait derrière les projets de l'ARS engageant l'avenir du GHU.

Des projets sous-tendus par un plan de nouvelles économies sur l'Hôpital de 3 milliards de ponction budgétaire et concrétisés par une note interne du ministère de la Santé estimant à 860 millions la baisse nécessaire de la masse salariale. Cela voulait dire la suppression de 22 000 emplois par an sur les trois prochaines années. Mais tel n'était pas l'avis de la ministre de la Santé, Marisol Touraine, qui pensait contre toute logique qu'on pouvait diminuer la masse salariale sans supprimer d'emplois. Martin Hirsch vint à son secours par sa

²⁸ Le bassin de population de Mondor englobe tout le Val de Marne ainsi qu'une partie de l'Essonne et de la Seine et Marne, soit plus de 1,5 millions de personnes

directive remettant en cause les RTT et entraînant une formidable mobilisation des personnels. Les syndicats exigèrent, sans succès, le retrait pur et simple de son « projet ».

La Coordination, bien que soutenant les organisations syndicales, ne s'est pas impliquée dans ce conflit de par son caractère syndical, mais organisa lors de sa nouvelle semaine d'action, le 1^{er} octobre 2014, un débat sur les conséquences de la Loi Touraine avec notamment les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) mis en place par les ARS et le passage de la médecine de ville sous leur coupe. Nous dénoncions dès cette date le risque de voir l'AP-HP se recomposer en trois ou quatre pôles. Une déduction prémonitoire puisque c'est ce qui fut décidé en juillet 2019.

C'est ainsi que nous continuions à marteler les dégâts qu'allaient causer les plans d'économie imposés à l'AP-HP. En 2016 elle devait encore réaliser 142 millions d'économie (150 millions en 2015, 140 millions en 2014...), avec malheureusement l'accord de syndicats minoritaires! La nouvelle organisation du temps de travail voulu par Martin HIRSCH a supprimé environ 200 000 jours de repos sur l'ensemble du personnel (hors médecin) et permis ainsi à l'institution de faire disparaître 1 094 emplois minimum dans un premier temps, pour atteindre 1 400 pour un passage au 7 h 30/jour!

À cela s'ajoutait, au GHU Mondor-Chenevier comme ailleurs, la précarisation professionnelle: Contrats à Durée Déterminée et emplois avenir, de plus en plus nombreux, devenaient un mode de gestion dans lequel les personnels étaient réduits à n'être que des variables d'ajustement de l'austérité imposée. Pour le seul GHU H.Mondor/A. Chenevier (Henri Mondor, Albert Chenevier, Emile Roux, Joffre-Dupuytren et Georges Clemenceau.) cela représenta 10,3 millions d'économie en 2016. C'est ainsi que plus de 400 personnels de santé du groupe hospitalier Henri-Mondor manifestèrent entre Limeil et Créteil le 7 octobre 2016, en protestation contre la nouvelle organisation du temps de travail en vigueur depuis le 1er septembre au sein de l'Assistance publique/Hôpitaux de Paris (AP-HP).

Cette politique est assassine, car au nombre de suicides en augmentation, il fallait ajouter celui des morts prématurées : burn-out, cancers, accidents de la route, maladies cardio-vasculaires, troubles métaboliques, voire victimes d'agressions... Les personnels de la Santé sont en souffrance, ils ont mal à leur éthique. Leurs outils

de travail sont dégradés. Ils n'ont plus les moyens de répondre à la demande légitime de la population! Ah! ils sont loin les « Hospitaliers, ces héros! » tant vantés par TOURAINE, HIRSCH et consorts au lendemain des attentats du 13 novembre 2015.

Absence de démocratie, désertification médicale, déstructuration hospitalière, organisation du temps de travail,... furent les thèmes du débat que nous organisons lors de notre semaine d'action d'octobre 2016 dans le cadre des Rencontres Île de France de la Coordination Nationale des Hôpitaux et Maternités de proximité.

Notre vigilance avait toujours et encore forte affaire. Dans sa séance du 15 novembre 2016, l'Académie nationale de médecine rendait un rapport inquiétant qui, s'il devait être pris à la lettre par l'Agence régionale de Santé, aurait été mortifère pour H.MONDOR et notre département. En effet, prenant acte d'une mutation profonde en cours en cardiologie et sur la chirurgie cardiaque d'ici 2025, cette institution recommandait d'effectuer des regroupements au sein de la chirurgie elle-même et de créer des réseaux de chirurgie cardiaque pour réaliser les interventions non courantes. Une orientation qui rejoignait la vieille lune des années 2009, quand nous nous battions pour garder notre service de chirurgie cardiaque à Mondor mais aussi dans les 3 autres établissements de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.

Nous nous sommes insurgés contre une telle analyse de l'évolution scientifique et médicale et avons refusé cette dichotomie entre chirurgie cardiaque courante l'adulte qui se ferait dans des centres de « proximité » et chirurgie d'expertise dans des centres de « référence ». Nous proposons, dans tous les cas, de construire par le haut les réponses aux besoins de la population, et non par une restriction en fonction de l'offre existante.

Nous ne voulions pas que l'on commette les mêmes erreurs que des années 70 avec l'instauration du Numéris clausus pour réguler l'offre en médecins, avec la catastrophe que nous connaissons sur la démographie médicale en berne et le désert médical qui en découle de nos jours et qui est entrain de tisser sa toile dans tous nos bassins de santé.

Fin 2017, nous prenions acte de ce que nous avons réussi à arracher mais en même temps des limites au regard de ce qui se mettait en place. Dans une de nos lettres à la population, nous écrivions que si nous nous

réjouissances de la rénovation de services existant tout comme la création de nouveaux bâtiments, comme :

- un nouveau bâtiment d'odontologie construit sur son aile gauche (au-dessus des admissions), ouverture prévue en janvier 2018,
- un début de chantier pour un nouveau bâtiment, le « **RBI** » (devant regrouper les Réanimations et le Bloc Interventionnel) avec une ouverture prévue en 2020,
- la rénovation du self pour plus 900 000 euros mais dans le but de le céder à un prestataire privé
- la réhabilitation d'une des deux crèches (travaux payés par la CAF, en échange Mondor offre 10 % de ses places de crèche à la ville de Créteil)...

Nous ne pouvions que déplorer que ces investissements soient réalisés sur Henri Mondor, le « vaisseau amiral », au détriment des autres hôpitaux du groupe ou alors à leur marge. En effet, nous butions sur les limites financières du GHU, amenant la direction seule à choisir là où elle veut investir et tant pis pour les autres, puisque le gouvernement ne donne pas des moyens suffisant à notre institution.

Une situation qui ne risquait pas de s'améliorer avec le PLFSS 2018 de Macron-Buzin, qui outre l'augmentation de 1,7 point de la CSG, augmentait le forfait hospitalier de 18 à 20 €, et imposait une nouvelle saignée de 4,2 Md sur le budget maladie de la Sécurité Sociale ! C'est notre santé, c'est l'accès et la qualité des soins qu'on remettait de nouveau en cause. Dans le même temps, nous faisons tout notre possible pour alerter sur l'élaboration d'un nouveau Plan Régional Santé ou PRS II, que la ministre de la Santé Agnès Buzin lança à la mi-septembre 2017.

Comme d'habitude si certains axes de travail étaient louables, comme la volonté d'inscrire les enjeux sanitaires dans toutes les politiques (les transports, l'habitat, l'environnement), l'arbre ne pouvait cacher la forêt. Les regroupements hospitaliers au sein des GHT seront consolidés, mutualisant des fonctions au motif d'économies à faire. Cette mutualisation, nous le redoutions, aura pour conséquence des fusions de services, et donc des suppressions de postes. De même, alors que la démographie médicale est alarmante, le nouveau zonage qui définissait les aides à l'installation des médecins était criant d'inégalités, et au regard de la protestation qu'elle a provoqué fut rapidement modifié. Quant au budget consacré à la santé, il restait à sec. D'où la volonté des ARS d'accélérer les sorties hospitalières précoces et de développer la télémédecine, aggravant

les inégalités par la fracture numérique et le manque d'accompagnement social du patient. Des questions qui sont loin d'être réglées.

En 2017, l'AP-HP finit l'année avec un déficit de 200 millions (sur un budget de fonctionnement de 7,5 milliards) mais Martin Hirsch, directeur général de l'AP-HP, en profita pour imposer un nouveau plan d'économie à l'institution. Ce plan s'appela « Plan de modernisation et de transformation de l'AP-HP », ce qui avait plus de gueule que « Plan d'économie » et eu des conséquences dramatiques pour le groupe hospitalier H.Mondor :

- ▶ suppression de plus de 80 % des places en centres de loisirs, réduction des horaires d'ouverture ainsi que du nombre de jours d'ouverture dans l'année
- ▶ réduction de 399 930 € de l'enveloppe consacrée aux heures supplémentaires,
- ▶ non-remplacement pendant 1 mois minimum des postes vacants dans les services administratifs, techniques, logistiques,
- ▶ externalisation du bio-nettoyage à Dupuytren et Clemenceau,
- ▶ externalisation de l'anti-malveillance à Emile Roux,
- ▶ fermeture des selfs le week-end, réduction des horaires d'ouverture l'été
- ▶ limitation des remplacements des congés annuels (embauches de jeunes l'été permettant aux personnels de prendre ses vacances) etc...

Ce nouveau plan d'austérité a engendré de nouveaux départs des personnels de l'AP-HP, de l'absentéisme et ne fit que renforcer le malaise au travail, diminuer les capacités d'accueil de nos hôpitaux... avec les mouvements que nous connaissons depuis !

Ce furent les raisons qui nous ont conduit à aller au devant des personnels et des usagers en novembre 2017, pour recueillir leurs revendications, leurs propositions, leur témoignages... pendant tout un mois, devant les stations de Metro, sur les Marchés, aux entrées des Hôpitaux ou de leurs parkings. Grand bien, nous avons eu car nous apprenions, incidemment suite à une réunion interne, que le service de la chirurgie hépatique était menacé et son transfert se ferait vers l'hôpital Paul Brousse, qui dispose d'un important centre hépatobiliaire. Maillon faible de ce service, servant de prétexte à un tel mouvement, les dissensions interne des chirurgiens en charges des greffes hépatiques et le départ de plusieurs d'entre eux. D'où la question que nous posions : « Quel

avenir réserve-t-on à la chirurgie hépatique sur Henri-Mondor, si on laisse partir l'activité de greffe? »

Une fois de plus, c'est bien le manque de démocratie sanitaire que nous mettions en cause. Puisque nous apprenions qu'en fait la décision non-officialisée avait été prise dès le mois de juillet, d'un projet commun entre l'hôpital Henri-Mondor et Paul-Brousse à Villejuif. La coordination, réagissant vivement, alerta le corps médical et rendit public le danger de disparition de ce service. Car, comme pour la chirurgie cardiaque en 2009-2011, ce n'était pas seulement un transfert auquel nous étions confrontés, mais bien à coups de poignard dans le dos du GHU et de la Faculté de Médecine comme de l'Université Paris Est Créteil (UPEC) parce que l'hépatologie et la transplantation hépatique formaient un axe stratégique du GHU.

Cela impacterait les moyens hospitaliers de l'Hôpital, avec de nombreux postes de HU dans cette discipline mais aussi en médecine et en biologie comme en chirurgie, dans les blocs et le futur bâtiment de Réanimation-Bloc-interventionnel (RBI). Une fois de plus, un conflit de « mandarins » mettait en danger tout un service, ses malades, les citoyen-ne-s qui ne devaient pas en subir les conséquences. Une fois de plus l'économique primait sur les besoins et nous refusions de faire les frais des coupes budgétaires sur l'hôpital public de 1,4 milliard d'euros, décidées dans le cadre de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2018. La transplantation était donc un enjeu économique important mais aussi et surtout un élément d'attractivité universitaire de notre site. La transplantation est un parcours de soins complexe, chirurgical, mais aussi médical, anesthésique et réanimatoire, interventionnel, biologique, ... de prise en charge transdisciplinaire du patient. On voulait casser cette force du site de Mondor/Chenevier qui permettait en outre de maintenir un lien fort entre générations, et notamment parmi les jeunes médecins fortement investis sur cette thématique, plus que jamais nécessaire pour construire un projet d'établissement.

Ces menaces, comme nous le disions déjà il y a six ans, mettraient en grand danger l'une des identités du GHU, l'avenir de Chenevier que nous dénoncions, et fragiliseraient d'autres secteurs comme les prélèvements, la transplantation rénale, l'imagerie, l'anatomopathologie, la recherche, l'UPEC, alors que nous savions que les restructurations hospitalières étaient en marche depuis deux décennies. Nous savons qu'elles se poursuivraient et s'amplifieraient notamment avec les futurs super GHU au sein de l'AP-HP, et les supers GHT, après les GHT public-privé. Nous apprenions enfin que d'autres

réunions et travaux devaient avoir lieu, qui sans cette fuite se seraient tenus dans le plus grand des secrets. La Coordination refusa cette loi d'omerta qui éloigne syndicats, personnels et usagers de toute décision.

Notre dénonciation a été largement relayée et soutenue par l'ensemble des sénatrices et sénateurs, députés du département qui ont demandé à Mme la Ministre de nous recevoir. Le Président du Conseil départemental sollicita pour sa part un rendez-vous aux Directeurs généraux de l'AP-HP et de l'ARS. Très vite un large arc de soutien politique comparable à celui de 2010-2011, se reforma pour défendre H. Mondor. Il en fut de même parmi les praticiens hospitaliers, les personnels de la recherche, de l'Université et de la Faculté de Médecine forcément impactés par une telle décision. Il en a été ainsi du côté syndical, avec l'intersyndicale CFDT-CGT-SUD Santé reformée, mais aussi les syndicats du CHIC, les Unions départementales qui ont exprimé leur solidarité par leur présence à nos initiatives. Et comme en 2011, nous savions qu'il fallait d'abord compter sur les citoyens, et nous nous sommes rapidement tournés vers elles et eux, avec un rassemblement et une pétition dès la mi-décembre. Nous avons, par ailleurs, apprécié la position de la Commission médicale de l'Établissement Local (CMEL) qui a confirmé « *le caractère stratégique de l'axe de transplantation hépatique* » et demandé le « *renforcement rapide de la chirurgie hépatobiliaire au sein du GH* ». Il en fut de même du Conseil de surveillance du GHU qui a émis un vœu rejetant le projet du Directeur général de l'AP-HP de transfert de la chirurgie hépatique vers l'hôpital Paul Brousse, avant-dernière étape pour un transfert ensuite vers l'Hôpital de La Pitié-Salpêtrière.

Devant une telle opposition qui ne cessa de grandir au regard du nombre croissant de pétitionnaires, le Directeur Général de l'AP-HP a tenté de diviser notre mouvement en choisissant ses interlocuteurs et en refusant de recevoir la Coordination dans sa diversité politique, syndicale, professionnelle et associative. D'où la demande de rendez-vous à Madame Agnès Buzyn, Ministre de la santé, pour qu'elle mette un terme à cette situation de crise, comme l'avait fait son homologue en 2011. Un rassemblement devant le Ministère fut organisé le 12 janvier pour exiger d'être reçu. En première réponse à nos actions, le cabinet demanda à la direction de l'AP-HP et au président de sa commission médicale d'établissement (CME), aux directeurs des deux établissements, aux présidents de CME et aux doyens, de construire un partenariat. L'idée était d'élaborer « *une fédération de ces deux centres dans un esprit coopératif pour créer la plus importante cohorte européenne, voire mondiale et un*

ensemble d'une grande force au niveau international en matière de clinique, de recherche et d'innovation ». Il fut estimé qu'il y avait matière à maintenir des activités sur les deux sites mais qu'il convenait que le geste chirurgical de transplantation lui-même s'accomplisse sur un seul site, celui de Paul-Brousse.

Nous le comprîmes comme une tentative de recul mais dans le maintien d'un projet de transfert des personnels inquiétant. Cette tentative fut vaine car l'action s'élargissait et s'amplifia de jour en jour. La Communauté médicale du Groupement Hospitalier (GH) exprima son total désaccord, comme le fit le 18 décembre l'ensemble du Conseil départemental à l'initiative de l'élue à la santé et de son Président. Puis ce fut au tour du Président de la Commission de surveillance des hôpitaux universitaires Paris Sud et notamment de l'hôpital Paul Brousse d'exprimer son soutien. Le syndicat Force Ouvrière (FO) rejoignit la CFDT, la CGT et SUD Santé, en faisant état dans un quatre pages de son soutien à notre lutte commune. Entre temps, le nombre de signatures à notre pétition ne cessait de croître, l'accueil dans l'Hôpital des personnels et des patients fut particulièrement chaleureux, des milliers de tracts diffusés dans les circonscriptions de Créteil et dans le Val-de-Marne avec le soutien des Unions départementales et des Coordinations des Hôpitaux en lutte en Île de France. Ces prises de position et nos actions ont permis tout à la fois de faire sortir M. Hirsch de son mutisme et de l'omerta des décisions prises dès juillet 2017. Cela l'a obligé à revoir sa copie en mettant en place un groupe de travail chargé de lui faire des propositions sur son projet d'ici la fin février 2018. N'attendant rien de ces résultats, M.Hirsch s'étant disqualifié sur ce dossier, nous étions persuadés que c'était à la Ministre de la santé, Mme Agnès Buzyn, de mettre un terme à cette crise. C'est ainsi que nous organisons le 12 janvier un rassemblement devant le Ministère de la santé.

Mais cette table ronde que nous exigions ne voyant pas le jour, nous nous résolûmes à l'organiser nous-mêmes, sous l'égide du Président du conseil départemental du Val-de-Marne, Christian Favier. Elle réunit à l'Hôtel du Département, le 30 mars 2017, tous les acteurs et actrices concernés, communautés médicales et universitaires des GHU H. Mondor et P. Brousse, organisations syndicales, représentants de malades, parlementaires et élus territoriaux, citoyens engagés dans la coordination. Elles et ils se sont retrouvés pour faire le point après des mois d'actions, de nombreuses initiatives, notamment les rencontres avec l'Agence régionale de Santé (ARS) et le Cabinet de la Ministre de la santé. Le Doyen de

la Faculté de Médecine, le Pr Jean-Luc Dubois-Rande faisant suite à la présentation de la situation du Président du Conseil départemental, fit une intervention empreinte de gravité, mais aussi de combativité d'une dimension politique ressentie par toutes et tous et nous invitant à l'action. Avec ses confrères, C.Hezode, J-M.Pawlotsky et P. Wolkenstein, qui ont eux aussi prirent la parole, ils rappelèrent avec émotion leur implication depuis des décennies pour cette Hôpital, qui en presque 50 ans est devenue un des plus prestigieux de France.

Ils ne se sont pas limités à faire un diagnostic de la situation actuelle, mais ils ont présenté un Projet de Transplantation Hépatique pour le GHU Henri Mondor avec trois principaux axes à développer d'ici 2020 :

1. L'accroissement du recrutement des patients sera fondé sur l'extension du travail en réseau (77-91-94) et sur le renforcement des cohortes locales (service d'hépatologie) des maladies du foie chroniques.
2. L'attractivité de la chirurgie hépatobiliaire, au niveau hospitalo-universitaire, est directement liée à l'accès à la transplantation hépatique. Le maintien de chirurgiens hépatobiliaires sur le site est stratégique pour le développement des projets médicaux du site, notamment en hépatologie, oncologie, et traumatologie. Les enjeux majeurs pour les autres spécialités et disciplines impliquées autour de la chirurgie du foie impliquent le maintien de l'activité chirurgicale de transplantation et de résection hépatique sur le site, qui requiert un renfort de la chirurgie hépatobiliaire. Un partenariat entre le CHU de Reims et l'hôpital Henri Mondor pour la transplantation et la résection hépatique permettra de renforcer le recrutement de la cohorte transplantation hépatique.
3. La poursuite et l'amplification des travaux entrepris depuis 2010 pour le développement des transplantations multi-organes du site (rein, foie, cœur, cellules souches hématopoïétiques) dans un contexte où le CHU se dote, grâce à des investissements importants, d'une structure dite RBI (Réanimation-Blocs-Chirurgie Interventionnelle), parmi les plus modernes de l'APHP.

Le projet développé autour de la transplantation hépatique et multi-organes est inscrit dans le projet médical du CHU, notamment au sein du projet Campus Mondor 2020 qui inclut la réorganisation complète de l'axe blocs, réanimations, centre interventionnel à

l'horizon 2020. L'ensemble de ces atouts positionne Henri Mondor comme le leader AP-HP de la transplantation multi-organes et justifie le renforcement de cet axe stratégique de l'établissement.

Dans le débat, d'autres points ont émergé :

- La dégradation des rapports entre le DG de l'AP-HP et les responsables médicaux, exerçant une pression inégalée, voir des sanctions, d'une gravité qui secoue l'équipe, mais la rend combative.
- L'absence de dialogue et la volonté de M.Hirsch de s'arquer-bouter sur ses décisions.
- La possibilité d'un projet val-de-marnais, associant P. Brousse et H. Mondor, grâce aux moyens humains et matériels existants
- L'importance du poids économique dans les orientations prises par M.Hirsch, alors que Mondor est exceptionnellement bénéficiaire, ce qui n'est pas le cas des Hôpitaux de l'AP dans Paris.
- Les efforts faits par les personnels, les équipes ces dernières années, avec une T2A oppressante, obligeant chaque année à forcer sur l'activité.
- Dans le même temps, malgré les difficultés, le nombre de greffes réalisées depuis de l'année (10), et la file d'attente de 70 malades fidèles à H.Mondor.
- Le rappel du courrier de la Directrice générale du GHU informant de la poursuite du projet RBI
- L'importance des conséquences de la suppression de la Transplantation Hépatique, car ce n'est pas un simple geste chirurgical que l'on supprime, mais toute une filière, soit près de 35 % de l'activité du service et des activités autour. Cela aurait un retentissement financier grave sur l'Hôpital et donc en domino, d'autres fermetures ou remises en cause de services ou de lits seraient à prévoir.
- L'impact sur les perspectives de développement du service de chirurgie hépatique qui se tourne vers les questions de l'obésité et ses répercussions sur le foie, les addictions et les maladies complexes du Foie.
- Les conséquences sur l'hôpital P. Brousse, car in fine, c'est vers La Pitié-Salpêtrière que tout cela finira, comme cela a été déjà entendu dans les couloirs de la rue Victoria.
- Il en sera de même pour tout le territoire du SUD-EST, donc aussi le 91 et le 77 comme notre partenaire, la Faculté de médecine de Reims.

Les Syndicats, quant à eux, ont tenu à faire remarquer que :

- Le poids de la dette ne peut pas être un argument. Il est utilisé pour lancer un vrai plan social sur l'AP. En effet cela ne représente que 200 millions d'euros pour un budget de plus de 7 milliards d'euros, soit à peine entre 2 à 3 %.
- Ils ont rappelé qu'une situation semblable avait été déjà vécue à Cochin, et cela a fini par une perte de cette activité et d'attractivité de l'Hôpital.
- Ils ont témoigné de la brutalité, l'opacité, l'anticipation et la sidération de la politique managériale de M. Hirsch. Il faut stopper la déstructuration de l'AP-HP.
- Enfin, il fut noté que la situation économique de l'AP-HP n'était en rien exceptionnelle, il suffit de lire les communiqués de la FHF, qui ont dénoncé un déficit de 1,6 milliard d'euros en 2017, et prévoit presque le double en 2018, avec un tarif journalier encore en baisse.

Les représentants de malades ont posé la question essentielle : Que deviennent-ils dans tout cela ? Quand ont-ils leur mot à dire et de rappeler qu'ils avaient adressé au DG de l'AP-HP un courrier en début d'année de solidarité avec notre action et nos exigences, sans aucun accusé de réception à ce jour. Les élus, pour leur part, ont réaffirmé leur volonté de préserver l'intégrité des structures de notre département. Ils s'étonnent du manque de rationalité dans les décisions annoncées ; regrettent que le groupe de travail prévu n'ait toujours pas été formé et convoqué. Ils ont rappelé que le Val-de-Marne était et resterait un territoire de dialogue, de résistance et d'action. Ils refusaient qu'il soit le servent de Paris avec le transfert de l'excellence vers la capitale. Ils refusaient de voir Mondor se transformer en un simple hôpital général de proximité. Ils le feront savoir au travers de la consultation sur le Plan régional Santé IDF, notamment à l'invitation de l'élue départementale à la santé, Jannick Lelagadec, le 2 mai suivant à l'Hôtel du Département, lors d'un moment de travail consacré à ce sujet. Dans ce contexte, l'heure était de ne rien lâcher et d'exiger un véritable projet.

Dans le même temps, un autre cri d'alarme fut lancé, celui de la psychiatrie à l'hôpital Chenevier : Unités suroccupées, personnel insuffisant, débordé, démotivé et parcours de soins incomplets minent un service pourtant à la pointe de la recherche sur les maladies psychiatriques. Pièce maîtresse du pôle psychiatrie du groupe hospitalier Henri-Mondor (AP-HP), Albert-Chenevier regroupe à la fois le service de psychiatrie sectorisée ainsi que le fonctionnement de leurs centres médico-psychologiques

(CMP), les centres experts innovants labellisés fondation FondaMental (qui travaillent sur la schizophrénie, le trouble bipolaire, le syndrome d'Asperger et dépression résistante), un centre de remédiation cognitive et sociale et de l'addictologie (cette dernière spécialité étant partagée avec Mondor et Emile Roux).

À la pointe de l'innovation avec ses centres experts, l'hôpital, sur-occupé par rapport à ses capacités, ne va pourtant pas bien. Et après les syndicats, c'est la direction de l'établissement qui a tiré la sonnette d'alarme en invitant les parlementaires : « *Le nombre de lit est resté le même quand la démographie et le nombre de patients pris en charge ont augmenté* », déplore le professeur Antoine Pelissolo, chef du service psychiatrie. Une saturation qui impacte toute la chaîne. Ainsi, il n'est pas rare que des patients admis aux urgences psychiatriques à Henri-Mondor restent deux à trois jours dans des boxes, le temps qu'une place se libère. « *De nombreux patients pourraient quitter l'hôpital mais il y a un manque de structures d'accueil, de foyers d'accueil médicalisé, de maisons d'accueil spécialisées. Résultat, nous avons 30 % de nos patients qui sont hospitalisés depuis plus de six mois, attendant des places ailleurs. Nos assistantes sociales recherchent même des établissements en province* », insiste Hélène Vidal, la directrice de l'hôpital. La prolongation de la durée du séjour dans les unités d'hospitalisation du pôle psychiatrie est d'autant plus problématique que le bâtiment pourtant construit il y a moins de 30 ans, est vétuste et doit subir des travaux de rénovation. Enfin, l'équipe de direction du pôle psychiatrie relevait une surreprésentation des hospitalisations sous contrainte, que ce soit à la demande des familles, des services préfectoraux ou des maires. L'équipe de direction insistait dans son souhait d'obtenir une unité d'hospitalisation sectorisée supplémentaire de 10 à 12 lits sur Mondor pour absorber le surplus de patients, la pleine intégration au projet territorial psychiatrique, et l'aboutissement de la discussion sur les moyens de financement de la psychiatrie.

C'est sur cette base que nous nous inquiétions en 2018 de la préparation du nouveau Plan régional de santé, en alertant les élus territoriaux sur son contenu et en rappelant nos propositions ainsi que nos analyses. Dans une tribune parue dans l'Humanité, le 27 mai 2018, quinze parlementaires de tout l'arc de cercle politique du département, la totalité des groupes au Conseil départemental avec leur président, des élus régionaux, les Présidents des Conseils de surveillance des GHU Mondor et P. Brousse, la communauté médicale et universitaire, personnels et intersyndicale CFDT-CGT-SUD Santé, associations de malades, citoyens,... au sein

de la Coordination de Vigilance du GHU demandaient instamment la mise en place d'un groupe de travail dans la diversité des disciplines et compétences, d'H. Mondor et de P. Brousse, comme l'avait affirmée Mme la Ministre de la santé, lors de sa visite à l'Hôpital Mondor pour saluer son service d'Urgence et son SMUR. Pour autant, le 29 mai, la Direction de l'APHP décidait de façon unilatérale de transférer le geste chirurgical à l'hôpital Paul brousse de Villejuif, passant outre la directive ministérielle. Monsieur Hirsch justifiait sa décision par un différend entre personnes et au nom de la sécurité des patients. De fait, un deuxième chirurgien en titre avait décidé son retrait ce qui, effectivement, aggrava brutalement une situation de conflit connue depuis près de deux ans entre mandarins. Le Directeur général de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris se saisit de cette opportunité pour mettre en œuvre le transfert qu'il voulait imposer à tout prix.

La Coordination considéra comme inadmissible une telle méthode de règlement d'un différend entre deux chirurgiens, aussi éminents soient-ils. Nous refusions d'être dupes de l'alibi ainsi utilisé pour opérer ce transfert rejeté par tout un département et singulièrement par les équipes du GHU H. Mondor/A.Chenevier. Nous étions inquiets quant aux conséquences d'une telle décision tant pour l'Hôpital (personnels, budget, avenir RBI) que pour les patients, car elle se prenait sans qu'aucun projet médical commun aux deux hôpitaux n'ait été travaillé pour le mener à bien. C'est pourquoi, nous ne lâchions pas, et invitations à un Rassemblement devant l'hôpital H.Mondor, le 21 juin, en musique, pour imposer un vrai projet commun dans le Val-de-Marne! Le 25 juin, nous empêchions la venue de la Ministre de la santé et du DG de l'AP-HP, pour célébrer l'anniversaire des 25 ans du service hépatobiliaire de l'Hôpital P. Brousse. L'annonce de notre participation à cet événement pour exiger un projet médico-universitaire commun avec Mondor, fit fuir ces sommités.

Et le 10 juillet, nous prenions connaissance d'un projet de protocole d'organisation pour une Fédération de Transplantation hépatique, qui se voulait un dépeçage du GHU H. Mondor/A. Chenevier, sans que cela n'arrangeait la situation de l'hôpital P. Brousse. Leurs syndicats ayant décidé de se mettre en grève de leur côté contre le manque de moyens pour accueillir ces nouvelles greffes, alors qu'ils étaient déjà en difficulté pour assumer leurs missions. Cerise sur le gâteau, et sans attendre le projet de loi Buzyn, Martin Hirsch rendait public son projet de Nouvelle AP-HP, nous amenant

à poser les premières bases d'une proposition d'Etats généraux de l'Hôpital et du médico-social.

Tout ceci ébranla la direction du GHU, tant sa DG que la présidence de la CMEL, qui durent laisser leur place. Et en septembre 2018, nous demandions à la nouvelle DG du GHU ainsi qu'au nouveau Président de la CMEL, de nous recevoir. Ce qui fut fait rapidement ouvrant une grande première depuis la création de la Coordination. L'enjeu était d'éviter la fragilisation voire la fermeture de la chirurgie hépatique par le transfert des chirurgiens et au-delà d'autres personnels médicaux et paramédicaux nécessaires pour assurer les opérations du service et leur suivi. Nous nous y refusions et demandions que l'on procède à de nouveaux recrutements. La question d'un transfert de personnels de Mondor à Brousse devenait bien la ligne rouge à ne pas franchir pour la coordination. Dans le même temps l'hôpital cristolien se devait de recruter un nouveau chirurgien hépatique pour pérenniser le positionnement pluridisciplinaire d'excellence du CHU et éviter un repositionnement en hôpital généraliste de proximité: un enjeu stratégique. Pas question donc de laisser filer les équipes. Notre souci était de maintenir un dialogue avec Paul Brousse pour finaliser dans les meilleures conditions la collaboration entre P.Brousse et H.Mondor, maintenir les moyens du service hépatique et de positionner cette problématique dans un cadre plus large, notamment celui du projet national Ma santé 2022.

Autre question qui restait en jeu, était le devenir de la faculté de médecine, solidaire du devenir de l'hôpital, dans un contexte de regroupement des facultés déjà engagé à Paris. L'élection du Pr. Jean-Luc Dubois-Randé à la présidence de l'UPEC et celle du Pr Pierre Wolkenstein comme nouveau doyen de la faculté de médecine, les rencontres et mobilisations en cours devaient nous y aider. Ainsi, la réorganisation de la chirurgie hépatique s'est faite sous la nouvelle gouvernance en ne cédant aucun personnel médical, paramédical, soignant ou non à P.Brousse. Le partenariat s'est constitué dans le respect tant financier que médical et universitaire des deux établissements. Notre lutte fut donc un nouveau succès dans les objectifs fixés, maintenir le service de la chirurgie hépatique et son projet.

Mais, notre vigilance n'était pas au bout de sa peine, car dès le début janvier 2019, nous lançons un communiqué de presse au sujet des 8 jours de grève aux urgences de l'hôpital Henri Mondor de Créteil et au SAMU pour que les personnels et leurs syndicats obtiennent des moyens substantiels de la nouvelle

Direction hospitalière. Ce nouveau succès fut vite suivi d'un nouveau coup à l'encontre du service de gériatrie d'E. Roux où nous devions faire part de notre ferme opposition à la fermeture annoncée pour janvier 2019 de 150 lits (sur 390) des « Unités de Soins de Longue Durée (USLD) » à l'hôpital E. Roux. Nous apportons immédiatement notre soutien au mouvement de grève engagé pour leur maintien.

La direction générale de l'AP-HP avait décidé, en effet, de mettre en œuvre un plan de fermeture des lits de Soins de Longue Durée (SLD) dans le cadre de sa stratégie dite « la Nouvelle AP-HP ». Une décision qui, si elle se mettait mise en pratique, aurait eu pour conséquence à l'Hôpital Emile Roux, non seulement la suppression de 150 lits de SLD mais la mise en route d'un véritable projet de démantèlement bien avancé (plan, projet médical, plan de financement,..) de cet hôpital. Ce projet a en effet plusieurs niveaux de lecture: une réorganisation importante de ce service mais aussi d'autres avec la vente de 50 à 60 % de l'emprise foncière actuelle de l'Hôpital mais aussi une réorganisation au plan régional car le Plan gériatrie régional prévoyait la suppression de 50 % des lits SLD renvoyant les malades vers des EHPAD, publics ou privés, sans moyens et coûteux pour les usagers. Ce qui était surprenant, c'était que ce plan était en totale contradiction avec le PRS II de l'ARS IDF qui préconisait d'accroître le nombre de lit de SLD de 30 à 50 %, quand l'AP-HP, pour des raisons économiques, voulait en fermer 30 à 50 % sur l'ensemble des sites concernés, comme en témoignait l'annonce de fermeture dans le Val-de-Marne ou à l'Hôpital René Muret à Sevran (93).

La Coordination décida d'apporter son soutien au mouvement que l'Intersyndicale CGT-FO-SUD santé d'E. Roux lança en assemblée générale des personnels, le lundi 11 mars et se poursuivant le 12 en une journée d'action, où nous étions déjà prêts à faire part de propositions alternatives. Selon les chiffres de l'INSEE, en 2013, le Val-de-Marne comptait près de 94 000 habitants de 75 ans ou plus, et ce nombre devait presque doubler d'ici 2050 pour atteindre 185 000. Les besoins sont là!

Pour y répondre, nous proposons de:

- Créer un centre de santé, utile à toute la population de Limeil.
- Avoir de plus de place en Unité Cognitive-Comportementale (UCC)
- Se doter d'un Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) et avoir plus de lits d'Unité de Gériatrie Aigue (UGA).
- Conserver nos lits de Soins de Suite et de Réanimation (SSR)

- Développer une équipe mobile de soins palliatifs.
- Remettre un service d'Hôpital à domicile (HAD)
- Conserver les lits de SLD
- Développer notre Hospitalisation de Jour (HDJ)
- Renforcer notre plateau technique en l'ouvrant plus sur la ville de Limeil et les communes avoisinantes
- Développer notre service de transport, notre service de gériatrie ambulatoire,...

De fait, cela veut dire créer une vraie filière de soins gériatriques, qui permettrait de désengorger les urgences.

Des propositions que nous avons défendu lors de l'opération escargot « Limeil/Créteil » du 11 avril et au Pic Nic du 18 avril dans les Jardins d'E.Roux. Un tour des Hôpitaux et EHPAD du département a été décidé pour mobiliser, avec une pétition. Les organisations syndicales et associations de retraités ont été associées. Il en a été de même en ce qui concernait les conseils municipaux du Val-de-Marne et les parlementaires invités à se positionner contre ce plan de fermeture de lits et de privatisation de la gériatrie, s'inscrivant dans une véritable transformation de notre projet de société. Nous demandâmes au Président du Conseil départemental que nous soyons reçus par l'Agence Régionale de la Santé d'Île de France (ARS IDF). Il fallait que l'ARS IDF s'exprime sur ce projet, qui entraînerait, entre autres, la vente de 50 à 60 % de l'emprise foncière actuelle de l'Hôpital. Pour notre part nous apprécions que le Conseil départemental du Val-de-Marne reprenne notre demande de moratoire sur la fermeture des lits de Soins de Longue durée d'ici 2023 afin de permettre une véritable réflexion sereine sur l'avenir de la filière gériatrique à l'échelle du Département et de l'Île-de-France dans le cadre d'États Généraux de l'Hôpital et du médico-social. Une revendication portée par tous les parlementaires et élus territoriaux du département que nous avons défendue auprès du Préfet, après un rassemblement devant la préfecture.

Mais au regard de la dimension régionale du conflit, la Coordination s'est donnée comme mission de réunir en assemblée générale l'ensemble des services gériatrique et les établissements médico-sociaux de la région Île de France en association avec les organisations syndicales CGT-SUD santé. L'objectif de liquidation de 50 % des lits d'USLD sur toute l'AP-HP mobilisait les établissements de Gériatrie concernés : Emile Roux, René Muret, Vaugirard, Corentin Celton, Broca/La Collégiale, C. Richet (Adelaïde Hautval), Bretonneau, Joffre, G. Clemenceau, Ste Péline, C.Foix, Rotschild, Villemin P. Doumer.

Cette rencontre s'est tenue le 4 juillet à la Bourse du travail à Paris. Elle fit un état des lieux de la prise en charge des personnes âgées et chercha à construire un rapport de force régional, pour sauvegarder la totalité de notre capacité d'accueil en Île-de-France. Elle a permis que s'exprime la colère comme les inquiétudes devant la mise en danger, dans leurs établissements, des personnes âgées. Les participants refusaient le nouveau projet de l'AP-HP, approuvé par une ARS IDF qui reniait son propre plan pourtant daté de novembre 2018. Il a été réaffirmé la volonté de tout mettre en œuvre pour exiger immédiatement un moratoire de toutes les fermetures programmées afin que puisse s'élaborer un vrai projet régional de la filière géronto-gériatrique, département par département, en réponse aux besoins exprimés par les personnels/usagers/élus.

Entre-temps, comme nous nous en doutions, l'AP-HP le 8 juillet, confirmait la concrétisation de son projet de « Nouvelle AP-HP » qui se traduisait notamment par la création de 4 super GHU. L'AP-HP. Hôpitaux universitaires Henri-Mondor » (Henri-Mondor, Albert-Chenevier, Emile-Roux, Dupuytren, Georges-Clemenceau) devenait l'associée du groupe « P-HP. Université Paris Saclay », réunissant les groupes hospitaliers Paris Sud (Bicêtre, Antoine-Béclère, Paul-Brousse) et Paris Île-de-France Ouest (Raymond-Poincaré, Ambroise-Paré, Sainte-Perrine, Berck).

Une raison de plus pour être enfin reçu, début octobre, par le Directeur général de l'ARS IDF accompagné notamment du Directeur général de l'AP-HP. Un rendez-vous, que nous réclamions depuis des mois et qui nous a permis d'évoquer des dossiers importants pour le GHU H.Mondor /A.Chenevier comme ceux de la cardiologie, de la gériatrie et plus largement de la nouvelle AP-HP.

Après avoir marqué d'une ligne rouge à ne pas franchir tout retour aux acquis obtenus en 2011 sauvegardant le service de chirurgie cardiaque et la greffe cardiaque à Mondor, nous avons rappelé notre détermination, tout aussi intacte, en ce qui concerne la filière gériatrique et la défense des lits de Soins de Longue Durée (SLD) à l'hôpital E.Roux comme dans tout le département. Ils ne nous ont pas convaincus de l'absence de motivation d'économie financière dans la suppression programmée de la moitié des lits SLD sur le Val-de-Marne, notamment quand il s'agit de postes de personnels. Une décision qui s'accompagnerait d'un transfert vers les collectivités territoriales ou le privé pour financer des lits de substitution en EHPAD. Nous avons été scandalisés d'apprendre que c'était

bien pour des raisons budgétaires que depuis 27 ans, les responsables de la santé au plan régional comme de l'AP-HP avaient maintenu « *dans un état de vétusté insupportable* » le bâtiment de SLD d'E.Roux au mépris des personnes âgées qui l'ont fréquenté. Sa rénovation devient aujourd'hui l'argument de la remise en cause de 150 lits SLD, devenus inutiles aujourd'hui, alors qu'ils étaient « *indispensables* » dans le Plan Régional Santé de l'ARS IDF fin 2018.

Nous avons été étonnés de la manière dont les Directeurs généraux de l'ARS et de l'AP-HP ont reporté les difficultés rencontrées à satisfaire des besoins légitimes par l'insuffisance du niveau de l'ONDAM (Objectif national des dépenses d'assurance maladie) devant les députés qui nous accompagnés, eux bien muets depuis des années. Nous avons été satisfaits d'entendre que pour l'instant ces restructurations seraient suspendues et que l'ARS rechercherait les formes d'un dialogue réunissant toutes les parties dans un futur proche. À ce jour, toujours pas de nouvelles!

Pour toutes ces raisons et bien d'autres, nous leur avons confirmé la tenue, le 29 novembre, des « États généraux de l'Hôpital et du Médico-social dans le Sud de l'Île-de-France », à Créteil, avec le soutien du Conseil Départemental du Val-de-Marne. Une assemblée qui examinera la situation que dans la rue des milliers de manifestants dénonçaient mais aussi pour proposer des alternatives à l'échelle des départements au sud de l'Île-de-France: Seine-et-Marne, Val-de-Marne et Essonne.

Nous invitons à réfléchir sans avoir comme boussole l'obsession de réduire les budgets qui ne font qu'aggraver le déséquilibre entre les besoins des usagers-es, des personnels et les services proposés. Notre objectif tant dans les interventions que dans les ateliers est d'étudier l'impact des politiques de santé de ces décennies passées dans nos départements comme celles des deux nouvelles réformes celle « Ma santé 2022 » et la « Nouvelle AP-HP ».

Nous ne voulons pas d'un énième diagnostic, mais partir de cette réalité pour élaborer des propositions des urgences d'aujourd'hui aux années 2040, en tenant compte des évolutions médicales et para-médicales, démographiques et populationnelles, urbanistiques comme les transports, universitaires,... et les attentes des syndicalistes, des usagers, des professionnels soignants, des universitaires, des élus...

Une projection qui devra poser la question des moyens tant humains, matériels que financiers, de l'état

des bâtiments et équipements publics, de la concurrence publique/privé comme publique/publique,...

Un projet ambitieux, mais à la hauteur des exigences d'aujourd'hui pour demain, qui ne peut se faire sans ouvrir un vrai dialogue social dans nos territoires du sud de l'Île de France, aujourd'hui confisqué!

Le dossier :
Science médicale & irrationnel

La longue histoire des opinions anti-vaccins

Par Mme Françoise Salvadori

NDLR : Docteur en pharmacie et docteur ès sciences, Françoise Salvadori est maître de conférences en immunologie à l'université de Bourgogne. Ses activités de recherche ont porté, lors de sa thèse à l'Institut Pasteur, sur l'immunité des patients porteurs du VIH, puis sur l'immunité anti-cancéreuse, dans le cadre de l'INSERM à Dijon. Ses travaux s'orientent depuis quelques années vers des thématiques de « science et société », histoire des sciences, et « médiation des savoirs en santé » (laboratoire CIMEOS). En collaboration avec l'historien Laurent-Henri Vignaud, elle a travaillé sur un fonds d'archives inédites, les cahiers de traductions de publications contemporaines de Pasteur, exécutées à sa demande et annotées par lui, bel exemple de bibliographie d'un savant du XIX^e siècle (publié dans *Les récits de la pasteurisation – récits, savoirs, actions (1865-2015)*, Éditions Universitaires de Dijon (EUD), pp.95-112, 2015). Plus récemment, ils ont publié ensemble une étude des oppositions passées et présentes à la vaccination : *Antivax. La résistance aux vaccins du XVIII^e siècle à nos jours* (Vendémiaire, 2019).

Tellement de morts, et seulement la prière... Pendant de longs siècles, les maladies infectieuses ont été partout dans le monde les premières pourvoyeuses de maladies et de morts, les épidémies (longtemps nommées du terme générique de « pestes ») se succédaient, frappant pensait-on au hasard, à moins qu'on en accuse les Juifs (mythe de l'empoisonnement des puits propageant la lèpre ou la peste) ou qu'on leur prête une origine forcément « étrangère » (la syphilis, mal français ou mal de Naples, la grippe espagnole ou mexicaine...).

Étrangère, la variole l'était aussi dans le Nouveau Monde quand les conquistadors l'introduisirent lors de la conquête, causant la mort de plus de 5 millions d'Azèques qui n'avaient aucune immunité vis-à-vis de ce virus nouveau sur ce continent. Aux XVII^e, XVIII^e et encore au XIX^e siècles, la variole n'était pas nouvelle en Europe, mais y représentait le premier facteur de mortalité, les épidémies devenant plus fréquentes avec l'urbanisation ; elle aurait provoqué 60 millions de morts

au seul XVIII^e siècle²⁹. Les survivants en gardaient à vie de profondes cicatrices très disgracieuses, ou des séquelles oculaires qui les laissaient aveugles. « Les rois aussi en mouraient », comme le dit Catriona Seth dans l'ouvrage du même nom, dont Louis XV en France en 1774 ; Mirabeau et Danton en gardèrent des marques, tout comme Mozart et Beethoven, et des millions d'anonymes appartenant à toutes les couches de la société.

On trouve dans de nombreux pays des divinités liées à la variole : Sopona, dieu Yoruba de la variole, rôle quand le soleil est chaud et apporte la calamité, mais est aussi capable de la guérir ; Shitala Mata est tenue pour responsable en Inde des épidémies de variole (et de beaucoup d'autres maladies, dont encore le SIDA récemment) qui peuvent être guéries, pense-t-on, par des prières et des offrandes propitiatoires à son intention.

On comprend alors que la revue de l'OMS ait consacré en mai 1980 un numéro spécial à la « mort de la variole » : *small pox is dead!* Jusqu'à ce jour seule maladie éradiquée grâce à la vaccination, il aura fallu près de trois siècles pour y parvenir. Trois siècles où se sont succédées des pratiques et techniques diverses, de l'empirisme aux techniques de culture cellulaire et virale, couronnés par les efforts finaux de l'OMS, par son Programme d'éradication Globale et la stratégie choisie de vaccination « en anneau » autour des foyers épidémiques. Ali Maow Malin est le dernier homme qui ait contracté la variole, en Somalie, en octobre 1977, mais le virus existe encore dans deux centres spécialisés et agréés par l'OMS, le CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) d'Atlanta aux États-Unis, et le centre de recherche *Vektor*, à Koltsovo en Russie (très récemment marqué par un incendie dont les conséquences sont encore mal connues). Cette épopée des vaccins, marquée par des femmes et des hommes dont les noms et les portraits font partie de l'histoire collective, n'a pourtant pas été un long fleuve tranquille. Car l'acte vaccinal n'a jamais été perçu comme anodin ; chargé de représentations mythiques, symboliques, culturelles, scientifiques, et politiques depuis le début des pratiques d'inoculation, il est sans doute un objet à part dans l'histoire de la

29 Pierre Darmon, *La longue traque de la variole*, Paris, Perrin, 1986 (p. 56).

médecine, par la variété mais aussi la constance des oppositions individuelles et collectives qu'il a suscitées³⁰.

La controverse originelle : l'inoculation de la petite vérole

Il est très difficile de dater et localiser l'origine de la pratique de l'inoculation, mais il est quasi certain qu'à la fin du XVII^e siècle, dans plusieurs pays en particulier orientaux, on avait eu l'idée de donner délibérément la variole à des sujets sains pour les protéger d'une variole future ; ces pratiques diverses reposaient sur l'observation que cette maladie ne se contractait qu'une fois. Elles consistaient à prélever chez un individu atteint d'une « bonne variole » un peu de pus qui était séché, broyé, mélangé à diverses herbes, soumis à différents rituels, avant d'être injecté sous la peau, dans le nez, ou dans une veine d'un sujet ainsi « inoculé ». Le père Jésuite d'Entrecolles raconte en France en 1726 la pratique chinoise, mais celle qui eut le plus d'audace et de confiance dans cette nouvelle « médecine » fut sans doute Lady Wortley Montagu, épouse de l'ambassadeur anglais à Constantinople, qui observa avec admiration des femmes des quartiers populaires pratiquer avec succès cette opération ; elle qui avait perdu son frère de la variole, qui en avait gardé un visage abimé, osa la faire pratiquer sur place sur son jeune fils en 1718, puis de retour à Londres, s'attacha à convaincre de son utilité en réitérant l'inoculation pour sa fille en 1721³¹. C'est à elle qu'on attribue l'importation de cette pratique en Europe occidentale, où elle commence à se répandre d'abord lentement et à l'échelle restreinte des salons et des cours. Quelques médecins « à la lancette » adhèrent en France, où l'on estime qu'il y avait moins de 2000 inoculés au début des années 1770. Les oppositions sont légion ; il faut dire que se soumettre à l'inoculation n'est alors pas sans risque : on pouvait en mourir une fois sur 100 à 300, selon les périodes et les inoculateurs (alors que la variole déclarée tuait environ une fois sur 6 ou 7). Les principales critiques portent sur l'origine « barbare » de cette pratique, qui plus est féminine, et passée par l'Angleterre ; ce n'est pas de la médecine, la théorie des humeurs n'a rien à y voir, et à peine de la chirurgie ; c'est sans doute une pollution de l'âme en même temps que du corps, et l'inoculation transmet la vérole (la vraie, pas la « petite » qui est justement la variole) quand ce n'est pas le « philosophisme » ou le

libertinage (les inoculés étaient dispensés de messe, de carême et de corset!). Mais c'est aussi un attentat contre Dieu et la providence, soutenu par Voltaire ; les chrétiens ne sont toutefois pas unanimes à la condamner, car certains mettent en avant le fait que prolonger la vie, don de Dieu, ne peut déplaire au créateur. La faculté de théologie ne peut trancher, mais les critiques se déplacent vers la morale car « l'inoculateur est vénal et courtisan ». On cherche des arguments du côté des statistiques, mais le débat n'est toujours pas tranché : alors que le Suisse Bernoulli raisonne sur une population et calcule un gain général de 3 ans de vie environ par l'inoculation, D'Alembert pourtant favorable met en avant l'individu, et considère la temporalité du risque (immédiat avec la vaccination, retardé et aléatoire avec la maladie) et des facteurs moraux (il se refuse à comparer le « désespoir de hâter la mort » et le « malheur de la subir »).

Jenner et Pasteur : vers la science des vaccins, malgré les vaccinophobes

Le médecin de campagne Edward Jenner avait remarqué que de jeunes fermières contractaient parfois au contact des vaches la vaccine, une maladie éruptive proche de la variole, mais beaucoup moins grave, qui les rendait réfractaires à la variole (et à l'inoculation). Il a l'idée d'utiliser le pus de pustules de vaccine plutôt que de variole pour protéger contre la variole humaine, ce qu'il réalise avec succès en 1796 sur un jeune garçon : inoculé « à l'ancienne » par du pus variolique, il ne réagit pas, il est donc protégé ! La pratique a immédiatement un large succès, en Angleterre, en Europe et dans le monde entier, faisant rapidement chuter la mortalité variolique. Des effets néfastes graves subsistent, mais beaucoup plus rarement que par l'inoculation : ils sont liés au fait que la vaccine étant une maladie rare chez les bovins, le pus vaccinal l'est aussi, et la pratique qui se répand est celle « de bras à bras » depuis un sujet vacciné vers un nouveau qui pourra à son tour donner un peu de ses pustules : en même temps que la « matière vaccinale » inoculée, il arrive qu'on injecte ainsi les germes d'autres maladies présentes chez les donneurs plus ou moins volontaires et/ou malades, en particulier la syphilis. Au XIX^e siècle, les caricatures des opposants à la nouvelle pratique, qui s'est médicalisée car émanant d'un médecin, montrent une crainte d'« animalisation », voire de « minotaurisation », devant cette introduction de matière animale chez l'homme ; en réalité, c'est plutôt une crainte de « chimérisation », de pollution, voire de dégénérescence qui semble dominer. Le Dr Verdé-Delisle

30 Françoise Salvadori et Laurent-Henri Vignaud, Antivax. *La résistance aux vaccins du XVIII^e siècle à nos jours*, Paris, Vendémiaire, 2019.

31 M.W. Montagu, *L'Islam au péril des femmes. Une Anglaise en Turquie au XVIII^e siècle*, A.-M. Moulin, P. Chuvin (éd. et trad.), Paris, La Découverte, 2001.

publie en 1855 un ouvrage sur ce thème³², où il explique sa théorie de la variole « endogène », « crise sublime » qui doit sortir pour protéger d'autres maux ; la génération vaccinée dégénère, les soldats sont chétifs et « efféminés » selon lui, mais s'ils succombent en masse à la variole en 1870, c'est qu'au contraire des Prussiens ils n'avaient pas été revaccinés ! Pendant ce temps, les Anglais qui voient les succès de la vaccination jennérienne décident de la rendre obligatoire dès 1853, ce qui donne lieu à des réactions très violentes au pays de l'*Habeas Corpus*, et la constitution dès 1866 d'une ligue anti-vaccination qui va vite s'internationaliser. Les États ne peuvent pas sans conditions ni résistance prendre le pouvoir sur les corps des citoyens. Dans les pays colonisés, les vaccinations de masse sont vécues comme une violence supplémentaire : dans l'Inde anglaise ou l'Algérie française, les « citoyens de seconde zone » opposent aux équipes de vaccination leurs convictions religieuses, et refusent ce « marquage » (la vaccination antivariolique laissait une cicatrice très visible), symbole de leur asservissement, et qu'ils vivent parfois comme un moyen de recensement, voire un baptême chrétien ou même une entreprise de stérilisation visant à « l'extinction de la race arabe ».

Pasteur, chimiste et microbiologiste, après avoir démontré que chaque maladie est due à un germe spécifique, met au point des protocoles d'atténuation contrôlée de ces germes qui pourraient permettre de protéger contre les maladies concernées : il réussit avec le choléra des poules, le charbon des moutons, et ose tenter chez l'homme en vaccinant en 1885 le jeune Joseph Meister qui risquait la rage après une morsure de chien. Meister n'aura pas la rage, et des centaines de mordus de toute l'Europe viendront se faire vacciner à sa suite ; surtout, on pense que toutes les maladies pourront être vaincues par des approches similaires, une utopie qui ne s'est pas encore réalisée... Mais les oppositions sont nombreuses et féroces : on attaque les théories pasteuriennes, et surtout l'homme, pour ses convictions politiques conservatrices, son autoritarisme ou son orgueil, on le traite de « chimiste-financier », de chantre de la vivisection.

Au tout début du XX^e siècle, alors que l'immunologie se constitue comme une nouvelle discipline qui va commencer à expliquer les principes de la vaccination, des manifestations populaires s'observent un peu partout où les citoyens se voient contraints à la vaccination : en 1904, la *Revolta da vacina*, née dans les quartiers pauvres

de Rio, répond aux autorités de la ville et leurs désirs de modernisation et de lutte contre la variole, qui les autorisent à entrer dans les foyers ; des manifestations ont lieu au même moment dans plusieurs grandes villes d'Amérique du Nord, alors que l'Angleterre se voit obligée d'ajouter une « clause de conscience » à sa loi d'obligation.

La vaccination est-elle aujourd'hui une controverse scientifique ?

La vaccination est une pratique médicale préventive qui a des caractéristiques particulières, dont certaines étaient déjà mises à jour lors du fameux débat entre Bernoulli et D'Alembert : on est vacciné alors qu'on est en pleine santé et/ou très jeune, on n'éprouve jamais personnellement l'efficacité des vaccins reçus, celle-ci est dépendante de la notion un peu complexe et mathématique de « couverture vaccinale », et il faut accepter le risque d'un éventuel effet néfaste immédiat pour se protéger d'un mal futur et hypothétique. D'abord pratique empirique, elle est devenue médicale avec Jenner, puis objet de science expérimentale avec Pasteur, l'immunologie, puis la vaccinologie. L'immunologie est actuellement une science « normale », très active, avec des hypothèses, des modèles, des expériences, et bien sûr encore des questions. La preuve de l'efficacité est établie grâce à de multiples études épidémiologiques qui comparent l'incidence des maladies dans les populations vaccinées et non vaccinées, et qui observent qu'une diminution de la couverture vaccinale contre telle maladie est toujours suivie d'une augmentation de son incidence (exemple récent de la rougeole). La démonstration la plus emblématique est sans doute l'éradication de la variole, évoquée précédemment, mais on peut espérer raisonnablement que deux maladies spécifiquement humaines devraient disparaître prochainement : la poliomyélite (une trentaine de cas recensés dans le monde en 2018, au Pakistan et en Afghanistan), et la rougeole dont on voit actuellement la recrudescence, en grande partie à cause de mouvements d'opposition, après une éradication proclamée dans plusieurs zones du globe. Les vaccinations éviteraient selon l'OMS environ 40 000 décès/an en France, et 2 à 3 millions dans le monde, en grande partie des enfants.

Le mode d'action des vaccins est établi par l'immunologie depuis plusieurs décennies : l'injection d'une forme atténuée ou inactivée d'un agent pathogène (bactérie ou virus), ou d'un fragment de celui-ci, induit une réponse immunitaire spécifique (lymphocytes T et B, production d'anticorps) qui persistera dans l'organisme

32 Verdé-Delisle Henri, *De la dégénérescence physique et morale de l'espèce humaine, déterminée par le vaccin*, Paris, Charpentier, 1855.

vacciné sous forme de lymphocytes « mémoires » ; lors d'un éventuel futur contact avec le pathogène virulent, ces cellules mémoires pourront se mobiliser rapidement, et mettre en place des mécanismes de défense efficaces, qui empêcheront la maladie de se développer.

Les adjuvants, souvent décriés et objets de crainte, sont utilisés depuis près d'un siècle (Gaston Ramon, 1925), mais on connaît mieux depuis le début des années 2000 leur mode d'action : indispensables dans les vaccins inactivés pour initier la réponse immune, ils créent une inflammation locale au site d'injection constituant un environnement favorable à la maturation des cellules dendritiques, cellules de l'immunité innée qui sont indispensables au dialogue avec les lymphocytes T au niveau des ganglions lymphatiques. Certains adjuvants permettent aussi de diminuer les doses d'antigènes dans les vaccins, de réduire le nombre de rappels, et/ou d'élargir le spectre de protection du vaccin à des souches dérivées de celle présente dans le vaccin. Dans les vaccins vivants atténués, comme le ROR qui protège contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, l'adjuvant est inutile (ce vaccin n'en contient donc pas), et il n'y en a pas non plus dans les vaccins saisonniers contre la grippe.

Les adjuvants les plus utilisés, et décriés, sont les sels d'aluminium, ce sont aussi ceux pour lesquels les données de sécurité sont les plus nombreuses ; des travaux de recherche sont poursuivis pour élargir la panoplie des adjuvants, par exemple pour améliorer l'efficacité des vaccins antigrippaux. La veille et la pharmacovigilance sont indispensables pour continuer à surveiller l'apparition d'éventuels effets néfastes très rares, ou liés à certains terrains génétiques ; mais sur la base des très nombreuses études existantes, l'utilisation des adjuvants, y compris aluminiques, ne peut être remise en cause.

Les vaccins, objets de controverses sociétales

Si les controverses qu'ils suscitent chez les scientifiques sont minimales, ou techniques, de l'ordre du fonctionnement normal de la science, il n'en est pas de même chez les citoyens ; la controverse sur la vaccination peut être classée comme socio-scientifique, car ses acteurs en sont les individus (et leurs différents degrés d'organisation : crèche, école, région, nation/autorités sanitaires, monde/OMS...), mais aussi les médias (comprenant les réseaux sociaux), le tout dans un contexte politique particulier de recommandation / obligation, sous l'autorité d'experts dont la définition et la légitimité font débat dans une démocratie sanitaire moderne.

La France fait partie des pays les plus méfiants vis-à-vis de la vaccination, particulièrement contre certains vaccins, et surtout vis-à-vis de leur sécurité : selon la dernière étude menée par l'institut Gallup pour l'ONG anglaise Wellcome, un tiers des Français ne croient pas que les vaccins soient sûrs, et 20 % doutent de leur efficacité. Ce vaccino-scepticisme recouvre des réalités très différentes : de la simple crainte légitime de parents qui s'effraient de 11 vaccins dans le petit corps de leur enfant aux scénarios complotistes des diffuseurs de fake news, militants actifs sur les réseaux sociaux, ou de l'expression d'un doute à propos de l'opportunité de tel vaccin au rejet total de toute vaccination (ce rejet total qui conduirait par exemple à déscolariser un enfant, ou à se procurer un faux certificat auprès d'un médecin « complaisant », est sans doute rare bien que difficile à évaluer). Les hésitations ou les rejets ont des fondements divers, parfois combinés et mêlés, mais on peut identifier des motivations assez constantes : revendications d'incompatibilité avec une religion, conception sacralisée ou au moins idéalisée de la nature, arguments pseudo-scientifiques (ou « alter-scientifiques ») ou encore non-acceptation de l'obligation légale ou condamnation des profits de l'industrie pharmaceutique.

Motivations religieuses

Des motifs religieux sont encore mis en avant partout dans le monde, au nom de toutes les religions, pour refuser la vaccination : une enquête réalisée en 2016 par l'École d'Hygiène de Londres³³ dans 65 pays fait apparaître qu'en moyenne 15 % des citoyens interrogés déclarent une incompatibilité religieuse à la vaccination, avec des écarts considérables et difficiles à expliquer entre les pays : 2 % seulement en Arabie Saoudite (qui impose certains vaccins pour le pèlerinage à La Mecque, suite à des épidémies de méningite en particulier), mais 50 % en Mongolie et 44 % en Thaïlande... Ce « motif religieux » est utilisé par les parents dans certains états des USA pour échapper à l'obligation vaccinale scolaire, sans pourtant que leur foi ou la théologie n'en viennent à l'appui. Au printemps 2019 des juifs hassidiques de Brooklyn ont diffusé la rougeole à New York, obligeant le maire démocrate à décréter l'état d'urgence. De même, les communautés protestantes orthodoxes de la « Bible Belt » aux Pays-Bas et leurs épidémies récurrentes de rougeole, ou les écoles de la fraternité Saint Pie X en France à l'origine de l'importante résurgence de rougeole

33 Heidi J. Larson et coll., The State of Vaccine Confidence 2016 : Global Insights Through a 67-Country Survey, *EBioMedicine* 2016 Oct ; 12: 295-301.

de 2008-2012³⁴. Les derniers cas de polio dans le monde s'observent au Pakistan, dans de petites communautés talibanes qui refusent le vaccin mais mettent en avant les risques (de stérilité entre autres) autant que le refus de s'opposer à la providence; plusieurs dizaines de vacinateurs y ont même été assassinés depuis 2012, en partie suite à la fausse campagne de vaccination utilisée par la CIA pour traquer Oussama Ben Laden. Dans chaque cas, de petites communautés font prendre des risques à des populations plus larges si celles-ci ne sont pas protégées par une couverture vaccinale optimale.

Les motifs d'opposition ne sont que très rarement d'ordre théologique, ou seulement de cette nature, mais peuvent se muer en argumentaires moraux ou moralisateurs; ainsi certains groupes religieux chrétiens conservateurs ont-ils pu condamner la vaccination contre le papillomavirus car elle favoriserait une « désinhibition » sexuelle, dans la continuité des préventions contre les tentatives de « syphilisation » au XIX^e siècle. L'utilisation de cellules fœtales humaines, indispensable pour cultiver le virus vaccinal de la rubéole, a été dénoncée par des catholiques, mais les instances bioéthiques du Vatican ont mis en avant l'obligation morale à assurer la santé des enfants sur le « moindre mal » que constitue dans ce cas l'emploi de produits d'avortement.

Rien ne vaut la nature

On peut dater des années 1950 la naissance de l'écologie politique, suite aux transformations massives des pratiques agricoles. Geffroy, fondateur de *La Vie Claire*, affiche alors par exemple une vision essentialiste de la nature et pourfend Pasteur et ses vaccins, qui brisent les lois de la sélection naturelle et seraient cause d'un nouveau « massacre des innocents ». Quand l'écologie politique essaie ensuite de se structurer, des positions anti-vaccination émanent de personnalités ou d'associations « radicales », comme Pierre Fournier qui voit les maladies comme « processus naturels de retour à un métabolisme normal ».

L'écologie politique contemporaine n'affiche pas de positionnement univoque sur la vaccination, mais on trouve parfois dans les argumentaires électoraux de ses listes des revendications de liberté vaccinale, ou encore de « transparence » sur les adjuvants. Michèle Rivasi, plusieurs fois candidate pour le mouvement Europe

Écologie-Les Verts, par ailleurs agrégée de sciences naturelles, a eu quant à elle au sujet des vaccins des propos et attitudes ambigus: s'affirmant seulement « vaccin-critique », mais trouvant que « les vaccins créent plus de problèmes qu'ils n'en résolvent », elle a souhaité inviter en février 2017 au Parlement de Bruxelles Andrew Wakefield, figure de proue du mouvement anti-vaccins aux États-Unis, et bien connu comme le médecin de l'affaire du faux lien vaccin ROR/autisme, pour la présentation de son film *Vaxxed: from Cover-Up to Catastrophe*. La projection n'a finalement pas eu lieu, mais le positionnement de Michèle Rivasi a mis ses colistiers en porte à faux lors des débats nationaux des dernières européennes.

Au-delà de l'écologie politique, de nombreuses enquêtes montrent que les parents hésitants ou opposés à la vaccination se réfèrent volontiers à une dialectique d'opposition naturel/artificiel. Faire confiance à la nature est pour eux un credo, et la nature est ici le « terrain », plus souvent mis en avant que les bactéries ou virus comme cause des maladies infectieuses; ce terrain est pour eux affaire de régime alimentaire, de bonne éducation, d'hygiène, et c'est à la famille (à la mère le plus souvent) que revient la responsabilité de veiller à sa qualité, plus qu'à l'industrie pharmaceutique ou aux autorités de santé et leurs vaccins obligatoires. Si la notion assez floue de « terrain » est en effet en jeu dans le déclenchement ou la gravité d'une maladie, il peut paraître naïf de penser que l'hygiène ou un régime bio empêcheraient la rougeole... L'immunisation « naturelle » vaut plus que tout pour certains parents, et ils préfèrent parfois aux vaccins les *pox-parties*, ou *measle-parties*, petites fêtes où se partagent les virus de varicelle ou de rougeole comme les bonbons. Un courant de pensée vitaliste actuellement actif laisse croire qu'on porte en soi une capacité d'auto-guérison qu'il suffit de préserver (par divers régimes, voire une bonne moralité) ou de stimuler (par les médecines holistes, ou « énergétiques », telle la chiropraxie qui vise à restaurer le « flux vital » pour retrouver un équilibre naturel, ou la naturopathie, qui propose même des protocoles pour « annuler la vaccination »). Compter sur cette force d'auto-guérison n'a pourtant pas été d'une grande aide dans les siècles précédents, sans vaccins ni sans antibiotiques, comme elle ne l'est toujours pas dans les pays où ils manquent encore.

Au nom de la science

Le rapport à la science des groupes anti-vaccins est souvent ambigu: la science et les milieux scientifiques et

34 Lucie Guimier, « La résistance aux vaccinations: d'un défi de santé publique à un enjeu de société », rapport d'activité 2016 de la MIVILUDES, p. 115-127.

médicaux sont présentés comme indignes de confiance, corrompus, ou adeptes d'une soi-disant « religion vaccinale », mais les mêmes militants s'emparent volontiers de données des laboratoires pour les détourner au profit de leur cause, en les falsifiant ou les extrayant de leur contexte. Des discours ou méthodes qui ont l'apparence de ceux utilisés par les scientifiques, s'appuyant sur des graphiques ou des statistiques, peuvent parfois servir à légitimer une pseudo-démonstration du risque ou de l'inutilité de tel vaccin. Des liens temporels sont très fréquemment confondus avec des liens de causalité : ainsi on a accusé dans les années 80 le vaccin contre la coqueluche d'être à l'origine de morts subites du nourrisson, alors que l'augmentation de ces décès était due à la pratique dans le même temps du couchage sur le ventre. L'augmentation des cas d'autisme a elle aussi été mise sur le compte du vaccin contre la rougeole, car les premiers signes apparaissent souvent au moment de la vaccination ROR, et l'étude frauduleuse de Wakefield le suggérait ; en réalité aucune étude sérieuse de cohortes ne l'a démontré, mais d'autres raisons peuvent expliquer cette hausse, telles qu'une définition de plus en plus étendue de l'autisme et des troubles associés, l'amélioration du diagnostic et peut-être certains facteurs environnementaux ou médicamenteux encore à l'étude. La science est faillible et toujours « en marche », mais les rumeurs persistantes, parfois « nationales », sur des risques d'empoisonnement par tel vaccin sont peu légitimes quand des dizaines d'études épidémiologiques ont montré que les risques étaient non avérés. Ainsi le vaccin contre l'hépatite B est-il fréquemment accusé de favoriser le déclenchement de sclérose en plaques, particulièrement en France... malgré des travaux très nombreux et indépendants montrant l'absence de risque accru de cette pathologie auto-immune suite à cette vaccination. Dans la dernière étude allemande, portant sur plus de 12 000 patients atteints de SEP (sclérose en plaques) et plus de 200 000 patients « contrôles », les auteurs montrent l'absence d'association entre vaccination (une dizaine de vaccins testés, seuls ou en combinaison) et SEP, suggérant même un rôle protecteur de la vaccination (antigrippale en particulier)³⁵. Les Français craignent également la myofasciite à macrophages qui serait liée à l'aluminium utilisé comme adjuvant, sans qu'il n'existe aujourd'hui de preuve convaincante du lien entre le dépôt persistant d'aluminium au site d'injection et les symptômes neurologiques décrits dans cette entité aux symptômes assez variables.

La tentation est parfois grande de voir dans l'origine des oppositions surtout une grande ignorance, ou inculture scientifique... Il n'en est rien, ou pas grand-chose, car des affirmations non fondées, voire abondamment réfutées, viennent justement de scientifiques, de médecins ou de pharmaciens, qui pratiquent de « l'alterscience », en apportant *à/de l'intérieur* de la science une remise en cause de certains de ses résultats³⁶ : le Pr Joyeux, cancérologue, défend le lait maternel comme « le meilleur des vaccins » et dénonce l'adjuvant aluminium, le Pr Montagnier codécouvreur du virus du SIDA explique sur la scène d'un théâtre parisien le lien entre vaccination et mort subite du nourrisson, le pharmacien Serge Rader clame sur le media en ligne « Prévention Santé » que les vaccins sont des « préparations purulentes »... Les parents inquiets de voir leur jeune bébé subir de nombreuses injections pensent pouvoir faire confiance à ces « savants » : la pétition en ligne du Pr Joyeux qui condamnait le vaccin hexavalent a récolté plus d'un million de signatures.

C'est même de *mal-science*³⁷ qu'on peut parler à propos du Dr Wakefield, qui publie en 1998 dans *Lancet* un article suggérant un lien entre le vaccin ROR et l'autisme. La suite montrera combien ce scientifique, voire le système de la communication scientifique, étaient lourdement fautifs : rémunéré par un avocat mandaté pour appuyer une plainte contre le vaccin ROR, ce médecin de Londres a accumulé les manquements éthiques et scientifiques, falsifiant données cliniques, biologiques, et dates des vaccins, tout en prévoyant de commercialiser un test de la maladie qu'il décrivait. Comment ne pas s'étonner que cette étude très partielle, ne portant que sur 12 enfants « choisis », ait pu convaincre des *reviewers* pour être publiée par ce journal prestigieux ? Puis qu'il ait fallu 12 ans pour que Wakefield soit interdit d'exercice en Angleterre, et que l'article soit désavoué par le *Lancet* ? Ce délai et la couverture médiatique très complaisante ont eu des effets délétères et durables, en Angleterre et aux États-Unis surtout ; la rumeur n'est pas éteinte malgré les dizaines d'études produites pour y répondre (dont aucune ne montre de lien causal), et un discrédit regrettable a été jeté sur les pratiques des scientifiques.

Ces comportements sont à distinguer de conceptions erronées, assez partagées autour de la vaccination, telles que l'idée très commune que le vaccin (en particulier contre la grippe) donne la grippe, ou que les vaccins

35 <https://n.neurology.org/content/93/9/e908> (données de l'Association bavaroise des médecins de l'assurance maladie sur la période 2005-2017).

36 Alexandre Moatti, *Alterscience – Postures, dogme, idéologie*, Odile Jacob, Paris 2013.

37 Nicolas Chevassus-au-Louis, *Mal-science, de la fraude dans les labos*, Seuil, Paris 2016.

surchargent le système immunitaire des bébés : sur ces points une éducation est sans doute possible.

Big Pharma

Les laboratoires pharmaceutiques dégagent de très gros bénéfices, sur les vaccins comme sur tous les produits de santé³⁸. Ils se partagent à quatre plus de 65 % des parts du marché mondial des vaccins, même si ce segment ne représente qu'une part très minoritaire du marché pharmaceutique mondial. Est-ce plus inacceptable dans le cas des vaccins ? Ceux-ci ne sont peut-être pas perçus comme des médicaments, justement, puisqu'ils sont administrés à des sujets en pleine santé, et surtout des enfants... Le directeur de Sanofi a légitimement choqué en 2009 quand il a parlé à propos des vaccins contre le virus de la grippe H1N1 d'« un joli coup de fouet à court terme pour le CA et le cash-flow » ! Les millions de doses achetées cette année-là, qui ont été jetées en grande partie, ont eu du mal à passer... Mais la décision d'achat était bien celle du Ministère de la Santé, en application d'un principe de précaution acceptable suite aux déclarations un peu alarmistes de l'OMS. Beaucoup de vaccins sont développés depuis longtemps et leur technicité n'apparaît pas à la hauteur des derniers antiviraux ou anti-cancéreux. Leur prix de revient est en fait surtout celui de la sécurité : plus de 1 000 tests sont réalisés dans la chaîne de fabrication du vaccin hexavalent pédiatrique (InfanrixHexa®) : un corollaire peut en être la pénurie, si une étape ne satisfait pas au cahier des charges... Le prix des vaccins n'est pas très élevé en moyenne, surtout car il est négocié avec l'assurance maladie quand les vaccins sont recommandés ou obligatoires ; mais le marché est alors assuré, et les pénuries sont inacceptables. Fabriquer des produits aussi complexes et sensibles, à partir de souches virales ou bactériennes (donc à partir du vivant, même si le produit final ne l'est plus) ne peut se faire sans aléas techniques ; par ailleurs, le marché étant mondial, la demande peut croître rapidement pour certains vaccins en raison d'une politique sanitaire particulière en Chine ou de telle décision de l'OMS. On pourrait légitimement espérer que l'État prescripteur préachète des stocks « tampons » satisfaisant à sa politique d'obligation et recommandation, ce qui se pratique en Angleterre par exemple, montrant là qu'il assume pleinement ses décisions. Les derniers vaccins, comme celui contre le papillomavirus, sont des produits assez techniques,

dont le prix de revient est plus élevé ; les industriels du médicament projettent d'ailleurs avec les futurs vaccins en développement qu'une part croissante de leur chiffre d'affaires portera sur les vaccins : le LEEM (le syndicat des entreprises du médicament) évalue que le marché mondial des vaccins, de 42 milliards en 2016, pourrait représenter 80 milliards en 2025, par l'augmentation du nombre et de la technicité des vaccins, et par la croissance du marché potentiel (l'Inde, le Brésil et la Chine fabriquent déjà de nombreux vaccins pour tendre à l'autosuffisance, et se développent à l'échelle mondiale).

Obliger ou recommander ?

Depuis le 1^{er} janvier 2018, tout enfant né en France doit obligatoirement recevoir avant ses 2 ans 11 vaccins (diphtérie, tétanos, polio, rougeole, oreillons, rubéole, trois types de méningites, hépatite B, coqueluche). Nous avons avec l'Italie le système européen le plus contraignant, pour des résultats encore insuffisants en termes de couverture vaccinale pour certaines maladies. Pourquoi et comment en est-on arrivé là ? Notre système était auparavant illisible : pour des raisons en grande partie historiques, des vaccins vraiment d'actualité se trouvaient « seulement » recommandés (ROR par exemple), alors que d'autres qui paraissaient un peu « dépassés » (diphtérie et polio ne sont plus des problèmes de santé publique en France) étaient restés obligatoires. Dans un contexte d'opposition marquée et sur le constat qu'il y a trop de maladies évitables sur notre territoire (rougeole, méningites, hépatite B...), sur injonction aussi du conseil d'État, cette décision a été prise par la ministre Agnès Buzyn, mettant en avant la responsabilité de l'État face à des comportements individuels à risque collectif, en vue de protéger les plus faibles, et « ramener la confiance ». Les premiers résultats montrent bien sûr une augmentation des couvertures vaccinales, mais le retour de la confiance n'est pas assuré pour le moment. Les risques potentiels sont d'attiser les oppositions, comme cela s'est observé maintes fois dans l'histoire, et/ou d'augmenter les comportements d'évitement/contournement (faux certificats, retards d'inscription en collectivité), et peut-être de ne pas favoriser la confiance : les médecins peuvent se sentir privés du dialogue d'information et de conviction auprès de leurs patients, l'obligation constitue une forme de paternalisme qui semble d'un autre âge, on peut s'inquiéter aussi des modalités de sortie de ce régime d'obligation présenté comme provisoire.

38 En 2016, Sanofi a réalisé un CA de 4,58 milliards d'euros sur les vaccins, ce qui représentait 13 % du CA global du groupe de 34 milliards d'€ ; les chiffres étaient similaires pour GSK (5 milliards d'€ sur les vaccins sur 31 milliards de CA total, soit 16 %).

Les modes d'application de cette obligation « à la française » posent question également : elle sera contrôlée

à l'entrée de l'enfant *en collectivité*, ce qui en fait une exigibilité davantage qu'une obligation. Qu'est-ce que la collectivité finalement? Quid des enfants, nombreux, qui ne sont pas gardés en crèche avant 2 ans? Les assistantes maternelles devraient-elles vérifier les carnets de santé? Lourde responsabilité aussi pour un directeur d'école que de faire appliquer la loi: faudra-t-il refuser d'inscrire un enfant dont le carnet n'est pas à jour? Quand on connaît l'état de la santé scolaire en France, vers qui se tournera-t-il? Une forte interrogation aussi sur « l'après 2 ans »: quelles dispositions pour que les rappels soient effectués dans l'enfance, dans la vie adulte, quelle santé publique finalement? Dans un contexte où la confiance semble profondément ébranlée, mais où l'on rêve d'une véritable démocratie sanitaire, l'État s'engage-t-il suffisamment en « vaccination publique » pour accompagner la contrainte?

Les fondements de la médecine anthroposophique : une immersion dans la genèse des concepts médicaux de Rudolf Steiner

Par Grégoire Perra

Quelques éléments du contexte dans lequel j'écris cet article

Dans un article paru sur mon blog le 7 octobre 2018 et intitulé *Mon expérience de la médecine anthroposophique*, je faisais état de mes diverses observations de la pratique médicale anthroposophique telle que je l'ai vu à l'œuvre pendant plus de 30 ans au sein du milieu anthroposophique, malgré une stratégie de multiplication de procédures-baillons, émanant de diverses instances ou personnes apparemment indépendantes les unes des autres, mais agissant de manière coordonnée et toutes liées à l'anthroposophie.

La dénonciation de la médecine anthroposophique fait partie du travail nécessaire de lutte contre les dérives sectaires en France. Témoigner de ce qu'est vraiment l'anthroposophie est de surcroît indispensable car il en va selon moi de l'avenir des mouvements politiques se revendiquant de valeurs progressistes intégrant la dimension de l'écologie ou de l'économie solidaire, mais qui n'ont pas été assez vigilants quant à l'entrisme du mouvement anthroposophique au sein d'une famille de pensée dans laquelle elle n'avait pas sa place, ses racines idéologiques se situant plutôt dans une proximité avec l'extrême droite et même le nazisme, comme l'ont révélé les travaux universitaires de l'historien Peter Staudenmaier (*Between Occultism and Nazism : Anthroposophy and the Politics of Race in the Fascist Era*, Ed. Brill).

Le milieu anthroposophique et la médecine anthroposophique

Ce que j'appelle le milieu anthroposophique désigne l'univers social, idéologique et institutionnel dans lequel il est possible d'évoluer lorsqu'on fréquente conjointement plusieurs émanations issues de l'Anthroposophie : les écoles Steiner-Waldorf, les banques comme la NEF, Triodos ou GLS, l'agriculture biodynamique, les produits issus de la firme Weleda, les médecins pratiquant la médecine anthroposophique, etc. Dans un autre article antérieur intitulé *L'endoctrinement des élèves à l'Anthroposophie dans les écoles Steiner-Waldorf*, paru sur le site de l'UNADFI, la principale association de lutte contre les

dérives sectaires en France, j'ai montré comment toutes ces institutions en apparence indépendantes les unes des autres sont en réalité reliées et coordonnées par la Société Anthroposophique Universelle et son organe interne nommé Ecole de Science de l'Esprit.

La médecine anthroposophique joue un rôle pivot au sein du milieu anthroposophique : c'est vers des médecins anthroposophes que se dirigent ou sont dirigés les parents et les enfants des écoles Steiner-Waldorf, ou les salariés des institutions liés de près ou de loin à l'anthroposophie, comme la firme Weleda, ou Déméter, ou la NEF, ou les acteurs de l'agriculture Biodynamique, etc. Dans mon article intitulé *Mon expérience de la médecine anthroposophique*, j'ai voulu montrer que la logique de dissimulation inhérente au milieu anthroposophique, qui cache soigneusement tout ou partie de sa doctrine au public, sans parler de certaines de ses pratiques, n'épargnait pas les médecins anthroposophes, y compris ceux qui sont médecins scolaires des écoles Steiner-Waldorf, ceux-ci contribuant à leur tour à cette logique de dissimulation et la renforçant de manière efficace.

Un examen critique des fondements théoriques de la médecine anthroposophique

Dans le présent écrit, je voudrais examiner certains fondements théoriques de la médecine anthroposophique, m'appuyant à cet effet sur la lecture attentive d'un ouvrage de base de Rudolf Steiner intitulé *Médicament et médecine à l'image de l'homme, 11 conférences faites entre le 28 août 1923 et le 29 août 1924*, éditions anthroposophiques romandes, 2009. En effet, il me semble que c'est en se confrontant à l'examen de ce texte théorique que s'explique un grand nombre des comportements déviants que j'ai pu observer dans la pratique médicale anthroposophique et que j'ai décrit dans l'article précédemment mentionné, *Mon expérience de la médecine anthroposophique*, à la lecture duquel je renvoie le lecteur avec insistance.

Je précise que je ne suis pas médecin, mais professeur de Philosophie, et que c'est à ce titre que je vais procéder à cet examen critique. Il ne s'agira donc pas pour moi

d'émettre un avis médical au sujet de la médecine anthroposophique, mais d'examiner ses bases avec un regard philosophique. En effet, ma formation à la Philosophie m'a rendu attentif aux processus de formations idées et de constructions des idéologies. Je voudrais donc montrer par quel processus de pensée le fondateur de l'Anthroposophie, qui n'était pas médecin non plus, a conçu et élaboré la médecine anthroposophique, non pas en se basant sur l'expérience et l'observation médicale, mais à partir de concepts préétablis, d'une vision déjà construite du monde qu'il a en quelque sorte plaquée sur les phénomènes dont traite le domaine médical. Ma connaissance de l'ensemble de la doctrine anthroposophique me permet en effet d'avancer l'hypothèse, confirmée par la lecture attentive de *Médicament et médecine à l'image de l'homme* que Rudolf Steiner a tout bonnement projeté sur les phénomènes médicaux ses dogmes ésotériques que l'on trouve dans ses ouvrages antérieurs, comme la tripartition de l'âme humaine, la polarité des forces du Mal, les quatre éléments et tempéraments, etc.

Si mon hypothèse est exacte, il n'aurait donc nullement procédé comme doivent le faire un chercheur et un scientifique, mais aurait produit des écrits médicaux qui s'appuient sur une cosmologie ésotérique que l'on peut qualifier de délirante. À ce titre, sous réserve que j'aie raison, la médecine anthroposophe pourrait être qualifiée de charlatanerie liée à une dérive sectaire.

La médecine anthroposophique et la médecine conventionnelle

Pour comprendre la nature de la médecine anthroposophique, il convient d'examiner le rapport de celle-ci à la science médicale conventionnelle. Ou plus exactement, comment Rudolf Steiner s'exprime au sujet de ce lien. En examinant attentivement les conférences de Rudolf Steiner, nous découvrons en effet une position non seulement ambivalente, mais également ambiguë et même hypocrite.

Tout d'abord, nous pouvons relever de nombreux éléments de langage tendant à affirmer que la médecine anthroposophique ne serait en aucun cas en opposition avec la science médicale conventionnelle : « *Il ne s'agit d'aucune opposition à la science officielle, ni à la médecine officielle.* » [Rudolf Steiner : *Médicament et médecine à l'image de l'homme, 11 conférences faites entre le 28 août 1923 et le 29 août 1924*, éditions anthroposophiques romandes, 2009, p. 39

De même, à la fin du cycle de conférences, le fondateur de l'anthroposophie déclare : « *L'anthroposophie ne veut pas corriger la médecine ordinaire, mais la compléter, puisqu'elle en éprouve elle-même le besoin.* » [Ibid, p. 268

En fondant la médecine anthroposophique, Rudolf Steiner aurait en quelque sorte humblement rendu service à la médecine conventionnelle, qui ressentait elle-même le désir de dépasser ses propres limites en ayant conscience de ses insuffisances. Nous avons là, à ma connaissance, un élément de langage typique des anthroposophes, qui disent toujours volontiers que Steiner ne faisait que répondre à des demandes des sollicitations extérieures quand il fondait quelque chose de nouveau, comme l'agriculture biodynamique ou la pédagogie Steiner-Waldorf. Je crois au contraire que Rudolf Steiner ne répondait à aucune demande, mais suivait sa propre stratégie lorsqu'il a donné naissance tour à tour à ces institutions, conformément à un plan élaboré en amont consistant à remplacer morceaux par morceaux les composantes de notre civilisation par des composantes anthroposophiques. (Lire à ce sujet : Grégoire Perra, *La stratégie du figuier étrangleur, réflexion sur le projet anthroposophique*)

Toutefois, cette reconnaissance de la science médicale conventionnelle s'accompagne toujours chez Rudolf Steiner d'une critique cinglante, à savoir son incapacité selon lui à comprendre l'être humain, y compris sur le plan de son organisme corporel : « *J'admets pleinement cette dernière (la médecine basée sur la science) avec ses mérites et je tiens à préciser à ce que notre manière de voir repose sur cette base. Cependant, il faut réaliser que cette science est encore incapable de percevoir avec exactitude la nature humaine.* » [Ibid, p. 206

Steiner admet donc les mérites de la science médicale conventionnelle... tout en déclarant que celle-ci ne comprend rien à l'être humain. Ce qui revient à dire, si on lit bien ce qui est écrit, que la médecine officielle devrait se borner à former des vétérinaires, mais pas des médecins. On avouera que le compliment ne manque pas d'ambiguïté. C'est un peu comme si vous vantiez les qualités intellectuelles d'une personne que vous avez qualifié par ailleurs de stupide. On comprend dès lors mieux le concept « d'élargissement de l'art de guérir », tel que la conçoit la médecine anthroposophique : il ne s'agit pas de la compléter par le biais d'un additif optionnel, mais de lui apporter ce qui lui ferait gravement défaut : rien de moins que la capacité à soigner les êtres humains. Cette prétention arrogante de la médecine anthroposophique est réitérée à de nombreuses reprises

par Steiner : « *Comme les sciences naturelles ne font aucun cas de cette activité du moi, des processus de l'astral, ni de la vie opérant dans l'éthérique, elles ne réalisent pas une approche véritable de l'homme.* » [Ibid., p. 13]

Si la médecine officielle ne comprend pas l'être humain parce qu'elle ne possède pas les concepts de bases de l'Anthroposophie (corps physique, corps éthérique, corps astral, corps du Moi), autant dire clairement et non à demi-mot qu'elle est nulle et qu'il faut la remplacer par autre chose. Ceci serait moins hypocrite que de parler d'« élargissement » : « *Quant à moi il n'est pas question de m'élever contre la médecine officielle. Celle-ci doit encore dépasser certaines limites. Et cet élargissement peut se faire à l'aide de l'anthroposophie.* » [Ibid., p. 28]

En bon français, élargir signifie opérer une extension de quelque chose sans remettre en question sa forme première. Mais en niant à la médecine conventionnelle la capacité de comprendre et donc de soigner l'être humain, Rudolf Steiner ne peut « élargir » cette dernière. Il la remet en cause pour la remplacer par autre chose.

La critique de la médecine scientifique conventionnelle ne s'arrête cependant pas là pour Steiner. Il va même jusqu'à lui reprocher de sombrer parfois dans des constructions délirantes l'éloignant radicalement de la réalité physiologique du corps humain. Par exemple, le fondateur de l'Anthroposophie qualifie de « pure invention » l'existence des nerfs moteurs : « *En construisant deux nerfs qui n'existent nullement – il n'y a qu'une sorte de nerfs – vous vous interdisez la porte s'ouvrant sur la nature spirituelle de l'homme. Et voilà ce que nous devons aux sciences (à la physiologie, Ndlr) pourtant dignes d'admiration et grandioses quant à l'homme extérieur. Elles sont allées jusqu'à remplacer la réalité par une théorie de pure invention.* » [Ibid., p. 68]

De même, lorsque la médecine qualifie de pompe la fonction du cœur : « *On (la médecine officielle, alias la médecine scientifique, Ndlr) a fermé la porte permettant de passer à l'homme spirituel, à la nature spirituelle de l'être humain par la théorie des deux sortes de nerfs et la théorie cardiaque.* » [Ibid., p.70]

Qualifier de « conceptions délirantes » le concept de nerfs moteurs ou contester que le cœur serve de pompe au flux sanguin dans l'organisme, ce n'est pas une critique à la marge de la médecine conventionnelle et de ses découvertes scientifiques depuis la Renaissance. C'est une remise en cause totale de ses principales avancées et de ses fondements. Pourtant, Rudolf Steiner continue

d'affirmer sans sourciller : « *L'anthroposophie ne cherche en rien à s'opposer aux données scientifiques aujourd'hui admises.* » [Ibid., p.172]

Soit Steiner n'avait pas conscience de la virulence de ses critiques, ce qui montrerait de sa part un dilettantisme total en matière médicale, soit il avait cette conscience et formule sciemment des phrases hypocrites destinées à masquer l'opposition radicale de la médecine conventionnelle et de la médecine anthroposophique. Pour notre part, nous penchons pour la seconde hypothèse. Pourtant, le leitmotiv de cette absence d'opposition est réitéré comme un slogan tout au long de ce cycle de conférences : « *Il ne s'agit donc pas pour l'anthroposophie de se livrer à l'amateurisme en matière de thérapie, ou à se mettre en opposition aux sciences actuelles, mais de montrer comment certaines méthodes spirituelles permettent d'ajouter quelque chose à ce qui est déjà établi, et que cela ne peut se faire qu'en étendant la recherche sérieuse au monde spirituel.* » [Ibid., p.173]

L'idée, martelée ici par Steiner, selon laquelle il n'existerait aucune opposition entre la médecine conventionnelle et la médecine anthroposophique ne semble donc pas sincère. Elle relève selon moi bien plutôt d'une stratégie de communication dont le mot d'ordre est « Entrer dans la peau du Dragon » et dont nous avons exposé la logique dans notre précédent article : *Mon expérience de la médecine anthroposophique.*

Unir médecine et médiumnité

Qu'en est-il donc réellement du vrai projet de la médecine anthroposophique et sur quelle base repose-t-elle ? La lecture attentive de Rudolf Steiner : *Médicament et médecine à l'image de l'homme* nous apprend qu'il s'agit en réalité du projet de fonder la médecine sur la clairvoyance et la médiumnité, plutôt que sur les bases scientifiques reconnues. Cette médiumnité anthroposophique requiert toutefois la pratique de la méditation anthroposophique, telle que Steiner la décrit dans son ouvrage intitulé *L'Initiation* : « *D'où, sur le terrain de l'anthroposophie, une sorte de développement de soi que l'on entreprend pour dépasser l'état ordinaire de la conscience. (...) Dans mes écrits, surtout dans « L'Initiation ou comment acquérir la connaissance des mondes supérieurs » et dans « La Science de l'occulte », j'appelle méditation cette culture intérieure de la pensée.* » [Rudolf Steiner : *Médicament et médecine à l'image de l'homme*, 11 conférences faites entre le 28 août 1923 et le 29 août 1924, éditions anthroposophiques romandes, 2009, p. 174]

Rudolf Steiner donne donc comme base à sa médecine anthroposophique son livre intitulé *L'Initiation*, et la série d'exercices méditatifs que celui-ci contient, pour accéder à une initiation dont certaines étapes sont « l'illumination » et « la rencontre avec le Gardien du Seuil ». Quiconque a lu cet ouvrage comme doivent le lire les anthroposophes sait qu'il s'agit d'un livre initiatique où le lecteur s'engage sur un chemin de transformation radicale de soi-même et d'abandon de sa personnalité antérieure afin d'acquérir des pouvoirs de perception spirituelle, voire d'action magique sur les événements. Dire que ce chemin serait compatible avec la médecine conventionnelle, alors que l'une des exigences posées au départ de ce livre est de « faire taire en soi l'esprit critique », ne paraît là encore ni cohérent ni honnête de la part de Rudolf Steiner.

D'autant plus que cette initiation vise à permettre un détachement du corps, la capacité à extraire son âme de son enveloppe corporelle : « *La connaissance imagée fait ressentir que l'on se sépare de son corps. Et voilà qu'on apprend à connaître la nature spirituelle et psychique de l'homme telle qu'elle sera après la mort.* » [Ibid., p. 185]

En pratiquant les exercices de l'Initiation, le médecin anthroposophe pourrait donc acquérir la capacité surnaturelle de sortir de son propre corps, à la manière d'un chamane. Steiner affirme ainsi que le médecin anthroposophe aurait la capacité de sortir volontairement de son propre corps sur commande : « *On découvre donc, que durant le sommeil, l'être humain peut extraire de l'organisation du moi, une donnée réelle de nature psycho-spirituelle. Puis on découvre encore que même à l'état de veille, ce dégagement hors de l'organisation physique qui est radical dans le sommeil, peut se produire partiellement.* » [Ibid., p. 220 et 221]

Même si ce dégagement du corps est qualifié de « partiel », il est clair que la médecine anthroposophique conduit à des pratiques qui relèvent du mysticisme, du chamanisme, de la magie, etc., plutôt que de la science. À cela, les anthroposophes répondent que la conception de la science moderne serait trop étroite en refusant d'englober de telles pratiques et de telles croyances. Ils qualifient l'anthroposophie de « Science de l'Esprit ». Le problème d'un tel discours est qu'il affaiblit le concept même de scientificité, en affirmant possible des états de conscience qui n'ont jamais été démontrés, comme la capacité à sortir de son corps sur commande. Pour ma part, en trente années de fréquentation des anthroposophes, dont beaucoup pratiquaient assidûment pendant des décennies les exercices de l'Initiation, je n'ai jamais

rencontré le moindre anthroposophe ni le moindre médecin anthroposophe qui avait la capacité de sortir de son corps, même partiellement, ni aucun non plus qui ait des dons avérés de clairvoyance ou perception médiumnique. Au contraire, j'ai plutôt rencontré des gens que ces exercices avaient rendus psychiquement perturbés, en proie à des fantasmes délirants qu'ils confondaient avec la réalité, etc.

Au final, Rudolf Steiner ne cache pas son ambition, pour la médecine anthroposophique, de revenir à la médecine telle qu'elle se pratiquait autrefois dans les temples de la Grèce antique, par exemple à Epidaure où les prêtres soignaient en recourant au « sommeil sacré » qui permettait au malade de rencontrer le dieu Asclépios dans leur sommeil : « *C'est pourquoi les mystères de l'antiquité unissaient avant tout à cette vision initiatique ce qui se rapportait à la guérison de l'homme, à l'art de guérir. (...) Le Goetheanum, et la clinique du docteur Madame Wegman, est le lieu où l'on cultive un lien étroit avec la vision spirituelle du monde. Il s'y offre la possibilité de rétablir ce qui allait de soi quand dans l'Antiquité la connaissance était connaissance selon les mystères.* » [Ibid., p. 226 à 298]

On voit ici comment Rudolf Steiner fait ici la promotion de la clinique de la doctoresse I. W., en comparant son institution à un centre de guérison des mystères de l'Antiquité. Ce qui me gêne profondément, c'est que ces fondements invitent le médecin anthroposophe à se croire doté, dans l'exercice de son métier, de sortes de supers pouvoirs, comme la médiumnité ou le voyage hors de son corps, ce qui peut le conduire facilement à une surestimation de soi et une négation de ses limites naturelles. De plus, certains passages d'autres écrits de Rudolf Steiner font état de diagnostics médicaux d'organes internes obtenus par la seule clairvoyance, comme ce fameux passage où Steiner déclare avoir pu constater qu'une personne serait athée parce qu'elle aurait un organe malade (GA 182, « Comment puis-je trouver le Christ? »). Dans ce passage, Steiner laisse entendre qu'il posséderait une forme de capacité à percevoir l'état de santé des organes des gens qu'il rencontrait de manière à pouvoir en faire un diagnostic médical instantané. Un médecin qui pratiquerait les exercices de méditation de l'Initiation ne risque-t-il pas lui-aussi de se croire doté d'une telle faculté, comparable à celle de Superman voyant en transparence les corps, négligeant de fait les moyens conventionnels de faire des diagnostics médicaux, comme les radios, les échographies ou les scanners? N'est-ce pas la porte ouverte aux pires dérives?

De même, je me demande si ces conceptions de la médecine anthroposophique ne sont pas susceptibles de provoquer un sentiment de toute-puissance de l'ordre du délire dans les esprits de pédagogues Steiner-Waldorf qui y adhèrent. En effet, on trouve dans les Rudolf Steiner : *Médicament et médecine à l'image de l'homme* des passages inquiétants où Steiner évoque la capacité des enseignants d'agir directement par leurs choix pédagogiques sur l'état de santé ultérieurs de leurs élèves : « *L'effort que l'âme doit faire par un appel excessif à la mémoire, par un dressage de la mémoire, se répercute plus tard par toutes sortes de maladies physiques. On peut prouver le rapport entre le diabète et de fausses méthodes d'enseignement.* » [Ibid., p. 35]

Pour ma part, je crois qu'un enseignant qui se sentirait responsable du diabète de ses élèves une fois devenus adultes parce qu'il leur aurait demandé trop d'efforts de mémorisation durant leur scolarité présumerait de ses capacités d'une part et aurait une bien mauvaise connaissance des causes réelles du diabète de l'autre. À mon sens, la médecine anthroposophique est ici dangereuse, dans le sens où elle fait croire à des rapports de causalité complètement farfelus susceptibles de provoquer des sentiments de culpabilité ou de fierté totalement inappropriés à la réalité. Car, avec des telles conceptions, comment empêcher par exemple qu'un adulte ne vienne reprocher son diabète à son ancien instituteur ?

Une conception problématique et potentiellement dangereuse de la maladie

D'autre part, le danger inhérent à la médecine anthroposophique me semble provenir de la manière dont elle conçoit la maladie sur le plan conceptuel. En effet, on s'aperçoit que, pour Rudolf Steiner, la maladie est conçue comme un processus qu'il ne s'agit pas toujours de combattre : « *Il ne faut pas croire qu'il s'agit partout et toujours de combattre le processus pathologique de la maladie. Il s'agit plutôt de le capter en quelque sorte. (...) En règle générale celle-ci consiste au fond toujours en l'interception du processus pathologique par un processus intercalé du dehors.* » [Ibid., p. 122 et 123]

Récuser la nécessité de combattre les pathologies au motif que la thérapie véritable consisterait à les capter pour la faire changer de plan subtil, plutôt de que chercher à les supprimer, c'est s'exposer selon moi à une attitude qui peut consister à laisser la maladie exister au détriment de la santé du patient, au motif que cette dernière ne

serait pas mauvaise en elle-même, mais seulement un processus qui ne serait pas à sa place. J'ai personnellement trop vu de médecins anthroposophes laisser souffrir plus que nécessaire leurs patients, comme je le raconte dans Mon expérience de la médecine anthroposophique, pour ne pas considérer que cette conception de la maladie a quelque chose de profondément délétère pour la pratique médicale. Pourtant, cette idée que la maladie serait un processus mal situé « *chez l'homme, l'état de santé ainsi que la maladie, dépendent de l'action des réalités physiques, psychiques et spirituelles. En divisant l'homme d'après le système neurosensoriel, le système rythmique et le système du métabolisme et des membres, on discerne également les différents processus et leurs degrés.* » est fondamental dans la médecine anthroposophique, comme le fait par exemple remarquer Steiner au sujet de la fièvre typhoïde : « *De l'apparition dans un autre système d'un processus appartenant par exemple au système neurosensoriel, va résulter un processus pathologique. C'est le cas de la fièvre typhoïde. Cette maladie représente un processus appartenant au système nerveux. Alors qu'il devrait se dérouler dans l'organisation physique de ce système, il s'accomplit en fait dans la région du système métabolique, au sein de l'organisation éthérique, du corps éthérique. Elle se transmet au corps physique et se déclare sous forme de typhoïde.* » [Ibid., p. 215]

La fièvre typhoïde serait pour la médecine anthroposophique un processus normal du système métabolique éthérique qui se serait déplacé dans le système nerveux physique. En tant que tel, il ne serait donc pas une mauvaise chose. Cette conception est à mon sens à rapprocher de la conception générale du Bien et du Mal dans la cosmologie ésotérique de Rudolf Steiner, selon laquelle le Mal serait seulement un Bien qui n'est pas à sa place (Rudolf Steiner, Lucifer et Ahriman, Ed. EAR). Ainsi, l'entité de Lucifer serait un être bénéfique mais retardataire dans l'évolution cosmique. Tant qu'on en reste à cette conception mettant en jeu les entités cosmiques, réelles ou imaginaires, auxquelles croyait Rudolf Steiner, cela ne me dérange pas. Mais lorsque l'on commence à traiter des phénomènes concrets comme la santé et la maladie à partir de ces grands principes cosmologiques pour en faire une médecine exercée par des praticiens assermentés, il me semble qu'il y a là un grave danger. Car l'idée que la maladie serait « un bien qui n'est pas à sa place », tout comme Lucifer et Ahriman seraient des entités cosmiques retardataires, c'est considérer la maladie dans une perspective beaucoup trop tolérante. Malheureusement, cette tolérance de la médecine anthroposophique à l'égard de la maladie est encore renforcée par d'autres propos de Steiner : « *Pour que l'entité humaine puisse exister comme être spirituel et pensant,*

il est nécessaire que sous une certaine forme se manifestent toujours en l'homme des processus qui sont maladie à l'état normal, qui font reculer l'évolution. Sans risquer la maladie, nous ne pourrions exister comme des entités spirituelles, car nous n'avons cette faculté que parce qu'il nous est possible de tomber malade. (...) Alors l'évolution spirituelle et le prix à payer pour elle, la maladie, se présenteront comme les deux extrêmes de la même condition humaine, et notre entendement et notre sentiment nous diront comment aborder la maladie et les processus thérapeutiques correspondants. » [Rudolf Steiner : Médicament et médecine à l'image de l'homme, 11 conférences faites entre le 28 août 1923 et le 29 août 1924, éditions anthroposophiques romandes, 2009. p. 245 et 246]

Ici, Rudolf Steiner va jusqu'à dire que la maladie serait nécessaire et même souhaitable pour la pensée et la spiritualité de l'Homme. Cette affirmation n'est-elle pas à mettre en rapport avec certaines pratiques curieuses du milieu anthroposophique, relatées dernièrement par un journal Suisse, selon lequel dans les écoles Steiner-Waldorf des fêtes destinées à permettre aux enfants d'être infectés par la virus de la rougeole auraient été organisées, au motif que selon l'anthroposophie certaines maladies infantiles seraient indispensables à la libération de l'entité spirituelle de l'enfant de l'hérédité des parents? Rudolf Steiner déclare en effet : « *Les maladies infantiles ne s'expliquent bien, qu'en les considérant comme l'adaptation du noyau éternel de l'homme, de son assise spirituelle véritable, au patrimoine héréditaire.* » [Ibid., p. 292]

Quand on considère la maladie comme un processus nécessaire et même indispensable d'un certain point de vue, qu'est-ce qui interdit de se livrer à des pratiques d'auto-contamination ou de contamination volontaire des autres? (https://www.swissinfo.ch/fre/societe/sant%C3%A9_se-m%C3%A9fier-des-vaccins--une-attitude-de-riches/44864602).

Pour ma part, le lien entre la conception steinerienne de la maladie comme nécessité spirituelle et des pratiques comme la contamination volontaire, ou le refus de la vaccination, souvent constatées par la presse dans les écoles Steiner-Waldorf, me semble évident. Que les écoles Steiner-Waldorf affirment par la voie de leurs représentants officiels qu'elles ne sont pas contre la vaccination tout en vendant aux parents lors de leurs kermesses des livres de Rudolf Steiner, comme Données pour un élargissement de l'art de guérir, Médicament et Médecine à l'image de l'homme ou La Chute des esprits de ténèbres, qui contiennent des propos problématiques sur la vaccination ou qui vantent les bienfaits spirituels

de certaines maladies, me semble soit relever d'une totale inconscience, soit provenir d'une parfaite hypocrisie dans leur stratégie de communication.

Pourquoi il n'y a pas de nerfs moteurs dans la médecine anthroposophique?

Après avoir examiné ces fondements théoriques généraux de la médecine anthroposophique, nous voudrions à présent considérer plusieurs cas précis de maladies et de thérapies telles que les conçoit cette médecine, afin de montrer que ces idées ne reposent pas sur des conceptions médicales à proprement parler, mais bien plutôt sur des conceptions idéologiques issues de la cosmologie ésotérique de Rudolf Steiner, appliquées dogmatiquement aux phénomènes du domaine de la santé et de la maladie.

Prenons pour commencer une affirmation radicale de la médecine anthroposophique selon laquelle les nerfs moteurs n'existeraient pas. En tant qu'ancien élève Steiner-Waldorf, je me souviens que cette conception m'avait été inculquée pendant mes cours. N'étant pas médecin, je ne vais pas la réfuter ici d'un point de vue médical. En revanche, je pense pouvoir montrer qu'elle est issue non pas de l'observation scientifique ni de l'expérience médicale, mais de la construction intellectuelle de la cosmologie anthroposophique. Voyons comment cette affirmation est amenée par Rudolf Steiner dans Rudolf Steiner : *Médicament et médecine à l'image de l'homme* : « *De même que le monde affectif de l'homme intervient dans le système rythmique, la volonté intervient directement dans le système du métabolisme et des mouvements. Les nerfs qu'aujourd'hui nous appelons nerfs moteurs ne sont rien d'autre, selon leur fonction, que des nerfs sensibles. Alors que le nerf sensitif va vers les sens pour percevoir le monde extérieur, le nerf soi-disant moteur qui n'est autre qu'un nerf sensitif interne, va vers l'intérieur et transmet par exemple les perceptions que j'ai en mobilisant un membre ou quand je dois effectuer quelque mouvement intérieur inconscient. Le nerf ne fait que transmettre des perceptions extérieures ou intérieures. Il n'y a pas deux genres de nerfs, sensitifs et moteurs.* » [Ibid., p. 64 à 66]

Si nous lisons attentivement ce passage, nous pouvons deviner pourquoi il ne saurait y avoir de nerfs moteurs dans la cosmologie et donc dans la médecine anthroposophique. En effet, l'existence de nerfs moteurs induit l'idée que les mouvements de l'être humain seraient actionnés depuis le cerveau par le réseau nerveux. Or, pour Steiner, ce n'est pas le cerveau ni la tête qui commandent à la volonté, puisque l'être humain est tripartite, c'est-

à-dire composé de trois parties fondamentalement différentes et autonomes sur leurs principes les unes des autres : la pensée, le sentiment et la volonté. La pensée est liée à la tête, le sentiment au système cardiaque et respiratoire, la volonté aux membres. De plus, tandis que la tête est de la substance spirituelle parvenue à un état de matérialisation mortifère (Steiner compare même le cerveau à un « tas de fumier » (Rudolf Steiner, Agriculture – Fondements spirituels de la méthode biodynamique, 1924. Selon lui, la masse cérébrale serait comme « un tas de fumier à son stade supérieur » : « À en juger d'après les processus auxquels il est soumis, le contenu de l'intestin est de même nature que le contenu du cerveau »), la volonté est quant à elle de la matière en voie de spiritualisation (le sang serait « mu dans le corps par les forces cosmiques »).

Cette idée est développée dans un cycle de conférences destiné à la formation des professeurs Steiner-Waldorf intitulé Nature humaine. On y lit par exemple : « *Le système nerveux entretient avec l'esprit une relation singulière. C'est un ensemble d'organes qui a constamment tendance de par les fonctions du corps, à se décomposer, à se minéralisée. (...) Dans son système nerveux l'homme meurt constamment. (...) Le sang, les muscles, etc., entretiennent toujours des rapports directs avec l'âme et l'esprit.* » [Rudolf Steiner, Nature humaine, fondement de la pédagogie, septième conférence, Ed. Triades, 2004, p. 139]

De ce fait, la volonté liée au sang serait purement spirituelle, tandis que la pensée liée au nerfs serait principalement matérielle. Or si un nerf était moteur, cela signifierait que la volonté, qui est censée être purement spirituelle, serait commandée par un composant matériel. Cela reviendrait, pour Steiner, à accréder une conception matérialiste, c'est-à-dire une conception selon laquelle la matière pourrait agir sur ce qui est spirituel, voire être la cause de ce dernier : « *En ce qui concerne les nerfs moteurs et sensibles, la réalité est fort différente de ce que croit la science aujourd'hui. Elle réside dans une action spirituelle-psychique-physique que les nerfs moteurs portent à la conscience.* » [Rudolf Steiner : *Médicament et médecine à l'image de l'homme, 11 conférences faites entre le 28 août 1923 et le 29 août 1924*, éditions anthroposophiques romandes, 2009, p. 99]

Pour lui, dans le cadre de sa conception spiritualiste, ce serait une pure hérésie que de croire qu'un nerf puisse transmettre une action volontaire. Il lui faut donc nier absolument l'existence des nerfs moteurs et par là même la conception selon laquelle la matière pourrait être causale sur ce qui spirituel. D'où son étrange remise

en question de la notion même de lois de la nature en ce qui concerne le corps humain : « *Les lois de la nature sont de moins en moins valables à mesure qu'on pénètre vraiment dans la nature de l'homme.* » [*Médicament et médecine à l'image de l'homme*, p. 64]

Reconnaître l'existence des nerfs moteurs, ce serait reconnaître que les lois de la nature agissent sur l'entité spirituelle de l'Homme, puisque les nerfs appartiennent au domaine de la matière morte et non pas de la spiritualité vivante. Il était donc absolument nécessaire à Steiner de nier leur existence, totalement incompatible avec son système de pensée. Mais cette nécessité provient de l'idéologie sous-jacente à sa cosmologie ésotérique, pas de l'observation de la réalité. Sans avoir ici besoin de m'appuyer sur la médecine conventionnelle qui ferait probablement remarquer sans ménagement à Steiner que les nerfs moteurs existent bel et bien, je pense avoir montré comment cette conception bizarre de la médecine anthroposophique est en fait issue d'une nécessité de son système. Nous verrons qu'il en est de même pour la manière dont la médecine anthroposophique considère d'autres phénomènes physiologiques.

Pourquoi le cœur n'est pas une pompe dans la médecine anthroposophique ?

Que le cœur ne soit pas une pompe est une autre de ces affirmations étranges de la médecine anthroposophique. Je me souviens également qu'elle m'avait été enseignée au cours de ma scolarité Steiner-Waldorf. Regardons comment Rudolf Steiner exprime cette idée : « *On considère que le cœur émet des impulsions qui doivent faire passer le sang à travers l'organisme. C'est le contraire qui est vrai. (...) Le cœur et son activité ne sont pas la cause de la circulation. Son activité résulte plutôt de la circulation (...).* » [Ibid., p. 68]

Dans cet extrait, il est clair que Rudolf Steiner fait à intervenir sa conception de la tripartition de l'être humain. Pour lui, la circulation des fluides, dont le sang, appartient au domaine du métabolisme, pas au domaine cœur-poumons. Attribuer le flux sanguin au cœur, ce serait donc attribuer une manifestation du pôle volonté (membres et métabolisme) au pôle du sentiment (cœur et poumons). Cette idéologie d'un corps humain tripartite est si forte dans l'esprit de Steiner qu'elle le conduit donc à nier le rôle moteur du cœur pour la circulation sanguine. Rudolf Steiner tient tellement à considérer le corps humain comme un être tripartite (métabolisme/membres, cœur/poumons, cerveau/nerfs), reflet d'une âme elle aussi tripartite (volonté, sentiment, pensée),

qu'il en vient à nier que le cœur soit une pompe pour le sang: « *Voilà deux notions qu'il faut faire entrer peu à peu comme fondamentales dans la physiologie, base de la médecine : le concept de l'unité des nerfs et de l'appartenance de toute la vie nerveuse à la vie représentative et celui par ailleurs de l'origine directement spirituelle du mouvement des éléments liquides et gazeux dans l'homme, faisant des mouvements du cœur la conséquence et non la cause des mouvements rythmiques dans l'homme.* » [Ibid., p.68]

Il me semble que l'on doit mesurer ici le degré de fanatisme et même de folie (perceptible dans la sophistication de ses arguments) nécessaire pour refuser des faits aussi évidents que ceux que Rudolf Steiner nient! Le malheur est que ce sont pas seulement ses conceptions que Steiner a transmis aux médecins anthroposophes à travers ses écrits, mais également quelque chose de ce fanatisme et de cette folie.

Pourquoi le gui peut soigner le cancer dans la médecine anthroposophique?

Nous pouvons à présent aborder l'une des affirmations les plus problématiques et les plus contestées de la médecine anthroposophique, à savoir que le gui pourrait permettre de guérir le cancer. Ce point précis a fait l'objet, en mai 2019, d'un article remarquable dans Sciences et Avenir, sous la plume du journaliste Olivier Hertel, dénonçant ce qu'il considère être une aberration médicale, à savoir la pratique d'injections de *Viscum album* fermenté pour soigner des tumeurs cancéreuses, sous la forme d'un médicament du nom d'Iscaador, qui aurait été selon ce journaliste écoulé en France sans autorisation par la firme Weleda, et ayant fait au moins deux victimes, entraînant la condamnation de deux médecins traitants anthroposophes, en raison du caractère dangereux de telles injections à proximité des tumeurs ([https://www.sciencesetavenir.fr/sante/weleda-un-medicament-anti-cancer-vendu-sans autorisation_133575](https://www.sciencesetavenir.fr/sante/weleda-un-medicament-anti-cancer-vendu-sans-autorisation_133575)).

Là encore, il ne saurait être question pour nous de nous prononcer sur ce point d'un point de vue médical. En revanche, il nous semble possible de montrer, en nous appuyant sur les textes, que cette affirmation de Rudolf Steiner n'est pas issue d'une démarche scientifique ni médicale, mais de sa cosmologie ésotérique. Examinons comment cette agitation apparaît dans *Médicament et médecine à l'image de l'homme*: « *On peut réellement espérer l'aboutissement des recherches en vue d'un remède anticancéreux. Le moyen qui se propose est l'utilisation du jus de différentes variétés de viscum (...) Ce n'est qu'à la fin de son évolution que l'homme a intégré la tendance à former*

des organes sensoriels. En suivant le processus de formation du gui, nous y trouvons un processus correspondant à une période terrestre très ancienne. Lorsque nous introduisons ce processus dans l'organisme humain, surtout par injection directe dans le processus circulatoire, nous remplaçons l'être humain dans un état plus ancien de son existence terrestre, de son évolution et nous nous opposons ainsi à ces processus qui sont plus tardifs (...). » [p. 84 à 88]

Selon la doctrine anthroposophique, la Terre et même le système solaire tout entier se réincarnent. Il aurait ainsi existé un état antérieur de la Terre où celle-ci avait des règnes sensiblement différents de ceux que nous connaissons, dont un règne intermédiaire entre la plante et l'animal. Le gui aurait été l'une de ces plantes-animaux de cette Ancienne Lune, c'est-à-dire de la précédente incarnation de la Terre. Steiner évoque cela dans des écrits bien antérieures à sa fondation de la médecine anthroposophique, comme son cycle de conférences sur l'Apocalypse: « *Elle est d'un aspect bien étrange, cette ancienne Lune. Bien qu'elle ait déjà tourné autour de son Soleil, rien de solide ne s'y trouvait encore, ni rochers, ni terre, rien de minéral. Alors que la masse principale de notre Terre est faite d'un sol ferme, labourable, celle de l'ancienne Lune – sur laquelle les êtres se déplaçaient comme en sautillant – consistait en une sorte de bouillie, d'une consistance de laitue cuite ou d'épinards. D'autres corps s'y inséraient qui ressemblaient à du bois ou à de l'écorce d'arbre. (...) Ce sol bourgeonnait; il était vivant pour ainsi dire. (...) Du sol sont sortis des animaux-plantes qui étaient déjà doués de sensibilité; quand on les touchait, ils faisaient entendre des gémissements. Ils étaient en fait mi-bêtes, mi-plantes; plantes en ce sens qu'ils s'enracinaient en général dans le sol, bêtes dans la mesure où ils étaient capables de sentir. (...) Le gui est une plante de cette espèce. Il lui faut vivre en parasite dans notre monde végétal actuel parce que c'est un être retardataire. Il a perdu sa sensibilité bien que le halo astral qui l'enveloppe soit très différent de celui des autres plantes. Et la légende dont je parle laisse bien entendre que le gui n'appartient pas réellement à notre Terre, qu'il lui est étranger. Seul le gui peut lui servir à cette fin, car c'est une créature étrangère sur terre, tout comme Loki est un étranger parmi les divinités terrestres.* » [Rudolf Steiner, L'Apocalypse, cinquième conférence, Ed. Triades.]

Pour ma part, la lecture de ce passage me fait toujours penser à certaines scènes du film *Dark Crystal*, de Jim Henson. Il est clair que nous sommes en pleine projection d'un monde fantastique issu de l'imagination de Rudolf Steiner, qui aurait peut-être mieux fait d'écrire des livres de Fantasy que des traités de pédagogie ou de médecine. Toujours est-il que, pour la médecine anthroposophique,

la capacité actuelle du gui à servir de médicament contre le cancer lui viendrait de son origine dans un monde où la « tendance à former des organes sensoriels » n'existait pas encore. Dans son cycle de conférences intitulé La Création selon la Bible, les mystères de la Genèse 11 conférences faites à Munich du 16 au 26 août 1910, Rudolf Steiner explique que cette tendance à former des organes sensoriels proviendrait de ce qu'il appelle « la tentation luciférienne ». Pour Rudolf Steiner, une tumeur cancéreuse est donc une sorte d'organe sensoriel qui se forme dans le corps à un endroit inapproprié, en raison de l'influence des entités lucifériennes, toujours selon le principe selon laquelle une maladie est un processus qui n'est pas à sa place. Partant de cette conception, Steiner fait preuve d'un optimisme médical étonnant, pour ne pas dire autre chose, en affirmant que ce traitement à base de gui pourrait permettre d'éviter à l'avenir les actes chirurgicaux : « *Il importera particulièrement de pouvoir traiter les maladies qui jusqu'alors ne relèvent que de la chirurgie, par exemple le cancer. En cela nous sommes en bonne voie. (...) Reconnu à temps, le cancer pourra être combattu par voie médicamenteuse grâce aux préparations que nous produisons à partir du viscum. Il y a d'abord les remèdes absorbés par voie interne qui empruntent finalement la même voie dans l'organisme que le processus digestif. La deuxième voie est celle des injections et par ce moyen nous essayons en quelque sorte d'introduire le processus, la fonction thérapeutique dans l'organisme rythmique. La troisième voie est celle des bains, où l'on agit par voie externe. Cette troisième voie agit sur le processus neurosensoriel.* » [p.154 à 156]

Il est sidérant de voir que Rudolf Steiner envisageait réellement de pouvoir soigner le cancer par absorption de gui fermenté par voie orale, par des injections à proximité de la tumeur et par des bains ! Or nous voyons comment cette idée repose en réalité sur un enchevêtrement de conceptions invérifiables, comme l'idée de réincarnation de la Terre, l'existence de plante-animaux qui n'auraient pas été infectées par la tendance (luciférienne) à former des organes sensorielles, et le principe selon lequel la maladie est le déplacement d'un processus à un endroit inapproprié. Tout se passe comme si Steiner avait emberlificoté au sujet du gui et du cancer de multiples éléments de sa cosmologie pour aboutir à une affirmation aussi péremptoire que celle-ci : « *La genèse du carcinome est l'un des processus où l'organisation neurosensorielle peut se manifester d'une manière vraiment terrible au sein de l'organisation du métabolisme et des membres. Il se produit alors que l'organisation neurosensorielle entre dans l'organisation du métabolisme et des membres et s'y*

fait valoir. » [Médicament et médecine a l'image de l'homme, p. 239]

Pour en arriver à l'idée qu'une tumeur cancéreuse n'est rien d'autre qu'une forme d'organe sensoriel qui pousserait dans le métabolisme au lieu de se développer dans le système nerveux, Rudolf Steiner ne semble pas avoir eu besoin d'abuser de psychotropes : l'enfermement dans les conceptions de sa propre cosmologie a suffi ! Il lui permet d'élaborer cette histoire fantastique digne d'un scénario de livre d'héroïque-fantasy, que l'on retrouve à nouveau un peu plus loin dans Les Médicament et médecine a l'image de l'homme : « *Il nous faut contrecarrer cette tendance de l'organisme humain à former des organes sensoriels aberrants. Si vous parcourez la littérature anthroposophique, vous rencontrerez une cosmologie toute autre, une cosmogonie toute différente de celle que présente le matérialisme. Vous trouverez que la formation de notre terre a été précédée d'un autre état où l'homme n'était guère présent encore sous sa forme actuelle, bien qu'il existât déjà, d'une certaine manière, en étant supérieur à l'animal du point de vue spirituel. Cependant, ses sens n'étaient pas encore développés, car ils n'ont reçu leur forme définitive qu'au cours de l'évolution terrestre. De tous les organes, leur ébauche est la plus ancienne, mais leur achèvement actuel, pénétrés qu'ils le sont par l'organisation du moi, n'a été acquis qu'au cours de l'évolution terrestre. Le moi humain a surgi dans les yeux, les oreilles et les autres sens, durant l'évolution terrestre. Si donc le développement du moi est trop fort, il n'en résulte pas seulement un développement sensoriel normal dans l'organisme humain, mais une tendance trop forte à former des organes sensoriels. C'est alors que se présente la tendance à la néoformation carcinomateuse. Quel doit être le geste thérapeutique dans ce cas ? Il me faut remonter à des états antérieurs de l'évolution terrestre où n'existaient pas encore les organismes tels que nous les connaissons aujourd'hui. Je dois m'appliquer à trouver quelque reliquat de l'héritage des états antérieurs de la Terre et je découvre que ce sont les plantes vivant en parasites, comme les formes de gui, de viscum sur les arbres. (...) C'est pour cette raison que la recherche anthroposophique travaille à mettre au point un remède anti-cancéreux à partir d'une certaine préparation de viscum. Il est hors de doute que le discernement de la nature de la maladie cancéreuse permettra de trouver le remède qui finira par remplacer les procédés thérapeutiques habituels, les interventions chirurgicales.* » [p. 239 à 241]

Le gui serait donc pour Steiner une sorte de plante extraterrestre qui aurait la capacité de soigner le cancer et permettre de se passer d'interventions chirurgicales. Pour en arriver là, le fondateur de l'anthroposophie semble avoir mélangé des concepts très élaborés à des visions issues

de son imagination. Pour ma part, je crois que seul un cerveau en proie à une maladie psychique profondément enracinée peut produire un tel discours. Renaud Marhic, dans son Guide critique de l'extraordinaire (Ed. Les Arts Libéraux, 2002) avance l'hypothèse de la paraphrénie pour caractériser l'état mental de Rudolf Steiner, c'est-à-dire d'une forme de schizophrénie qui permet la construction de mondes parallèles sans pour autant conduire à la désocialisation de la personne atteinte. Il me semble que seule la paraphrénie peut expliquer un discours tel que celui-ci : « *L'excès éthérique de l'arbre passe dans le gui. La vision intérieure de ce fait nous dit que le gui ayant été traité de manière à pouvoir transmettre vraiment à l'homme l'éthérique arraché à l'arbre, ce qui se produit dans certaines circonstances grâce à des injections, se charge comme substance extérieure de ce qui est excès éthérique dans le cancer. (...) La substance éthérique de l'arbre, introduite dans l'homme par le support du gui, renforce le corps astral de l'homme.* » [Médicament et médecine a l'image de l'homme, p. 278 à 281]

Dans ce nouveau paragraphe, nous voyons comment Rudolf Steiner introduit dans sa conception déjà extraordinairement complexe du gui un nouvel élément de sa cosmologie : le corps éthérique, le corps astral et le Moi. En plus d'être déjà une plante-animal issue de l'Ancienne Lune, le gui renforce le corps astral de l'être humain parce qu'il capte l'excès de forces éthériques des arbres qu'il parasite. Si l'on observe que chacun des paragraphes de Steiner concernant le gui, dans Médicament et médecine a l'image de l'homme, se situe dans une nouvelle conférence, nous avons une idée de la manière dont Steiner élaborait ses conceptions médicales par couches successives, rajoutant les unes sur les autres les conceptions issues de sa cosmologie. Au sujet du gui, nous avons ainsi une forme d'empilement :

- Le gui est une plante-animal issue d'une précédente incarnation de la Terre ;
- Le gui est une plante non infectée par l'influence luciférienne qui consiste à former des organes sensoriels ;
- Le gui absorbe l'excès éthérique de l'arbre.

Pour chaque couche, Rudolf Steiner mobilise un ou plusieurs éléments de sa cosmologie :

- Les quatre règnes de la Nature ;
- Les incarnations successives de la Terre ;
- La tripartition de l'être humain ;
- L'influence de Lucifer ;
- Les quatre corps (physique, éthérique, astral, moi) ;
- Le mal comme bien qui n'est pas à sa place.

Je crois que l'on voit bien comment ces couches successives, loin d'expliquer quoi que ce soit, se superposent sur le phénomène et le masque plutôt qu'elles ne l'éclairent. On ne voit plus le gui, mais en lui toute la cosmologie de Rudolf Steiner. Cela ne serait pas grave si ce processus mental délirant n'avait donné naissance à une médecine qui pense effectivement pouvoir guérir des patients atteints de tumeurs cancéreuses à partir de remèdes élaborés sur de tels fondements, avec des médecins et des patients qui font confiance à de tels écrits.

Pourquoi l'antimoine est un médicament dans la médecine anthroposophique ?

Le cas du traitement du cancer par le gui dans la médecine anthroposophique était particulièrement complexe, mais il a eu mérite de nous faire entrer de plein pied dans ce processus mental par lequel Rudolf Steiner projetait sur les phénomènes les conceptions de sa cosmologie ésotérique. Nous pouvons vérifier ce processus sur des éléments plus simples. Par exemple, dans la manière dont Rudolf Steiner considère les propriétés de l'antimoine et de l'albumine : « *Tournons nos regards vers un minéral précis, le minéral d'antimoine. Rien que par son aspect extérieur, l'antimoine présente une propriété extraordinairement intéressante. (...) Ils renforcent et favorisent la coagulation sanguine. (...) Nous (...) avons également les forces antagonistes, les forces albuminisantes, dont l'action bloque et écarte les forces de l'antimoine. Ces deux systèmes de forces, celui des forces qui albuminisent et celui des forces qui antimoinisent déploient dans l'organisme des forces antagonistes dont doit résulter un équilibre.* » [Ibid., p.20, 21 et 22]

Rudolf Steiner oppose ici les forces de l'antimoine et celles de l'albumine, les situant dans un système de polarité et de complémentarité qu'il érige en principe médical. Pourquoi fait-il cela ? Nous le comprenons lorsque nous avons à l'esprit son cycle de conférences intitulé Lucifer et Ahriman, qui expose l'idée selon laquelle le cosmos tout entier serait dominé par une opposition de deux entités antagonistes nommées Lucifer et Ahriman, la première provoquant des phénomènes de dissolution, d'évaporation, etc, tandis que la seconde provoquerait des phénomènes de sclérose, de pétrification et de durcissement (Rudolf Steiner, Lucifer et Ahriman, leur influence dans l'âme et dans la vie, Ed. EAR.). Dès lors, il ne restait plus à Rudolf Steiner qu'à chercher et à trouver dans le monde des substances l'une qui aurait un comportement « luciférien », l'autre « ahrimanien ». Cette façon de projeter ce concept de polarité cosmique

sur des phénomènes précis s'observe par exemple dans la manière dont il oppose les consonnes et les voyelles : « *On soutient alors que les forces des voyelles sont précisément celles que je viens de qualifier de forces albuminisantes alors que les forces de consonnes soutiennent souvent les forces antimonisantes. Ainsi on peut susciter l'équilibre entre les deux forces grâce à l'interaction de l'eurythmie des voyelles et de l'eurythmie des consonnes.* » [p. 37]

Pourquoi l'eurythmie a-t-il selon Steiner des propriétés curatives ? Parce qu'il réalise un équilibre entre les voyelles et les consonnes, qui sont des expressions de la polarité Lucifer / Ahriman dans le domaine des sons, tout comme l'albumine et l'antimoine sont l'expression de ces deux forces polaires dans le domaine du corps.

Pourquoi les décoctions de racines peuvent soigner les maux de tête dans la médecine anthroposophique ?

Nous pouvons poursuivre notre exploration des remèdes anthroposophiques et découvrir chaque fois comment Steiner a projeté sur un élément de la nature l'un des éléments de sa cosmologie. Par exemple, le fait que l'on peut soigner le corps humain à partir des plantes en tenant compte de la tripartition de celui-ci. Ce principe est rappelé au début de l'ouvrage : « *Dans sa nature physique, l'homme possède (...) le système neurosensoriel, localisé principalement dans la tête (...) le système rythmique, comprenant la respiration, la circulation et la digestion (...) et le système des membres et du métabolisme (le métabolisme étant stimulé par le mouvement des membres).* » [p.16]

Mais pour soigner l'être humain à partir des plantes, il faudrait également tenir compte du fait que les plantes sont des systèmes tripartites inversés par rapport à celui-ci, la tête correspondant aux racines, les feuilles au système respiratoire et la fleur aux membres et aux organes reproductifs : « *Pour préparer un remède devant agir sur le processus neurosensoriel, sur les organes de la tête, ce sont les sels qu'il faut extraire de la racine par un processus d'extraction particulier.* » [p.30]

C'est donc en vertu du principe de tripartition présent selon Steiner dans la plante comme dans l'Homme, mais inversé par rapport au haut et au bas, que l'on pourrait découvrir selon la médecine anthroposophique, les propriétés curatives de certaines plantes. Là encore, cette assertion médicale ne repose pas sur la recherche empiriques des propriétés des plantes, mais par d'un postulat de départ d'ordre écologique (la plante est un homme inversé).

Conclusion

Si Rudolf Steiner est entré dans ma tête en raison des trente années d'endoctrinement à sa conception du monde qui ont pu avoir lieu en raison de ma scolarité dans la pédagogie Steiner-Waldorf, je crois avoir pu à mon tour entrer dans la tête de Rudolf Steiner lorsque je me suis libéré de l'endoctrinement que j'avais subi et que j'ai commencé à témoigner à ce sujet. C'est ce qui me permet dans le présent article de rendre compte du processus mental par lequel le fondateur de l'anthroposophie me semble avoir donné naissance à la médecine anthroposophique. Selon moi, il s'agit - comme on l'a vu à travers de multiples exemples - essentiellement d'un processus de projection. Rudolf Steiner projetait sur les phénomènes médicaux ses concepts préétablis issus de sa cosmologie. Mais en aucun cas il ne procédait en chercheur ou en investigateur de la réalité. Ce processus de projection mental se faisait par couches successives, d'une conférence à l'autre, comme on la vu de façon nette dans le cas du gui.

La question qui se pose à présent me semble être la suivante : comment se fait-il qu'aucun médecin ni chercheur sérieux n'ai fait en plus d'un siècle le travail de lecture attentif auquel je me suis livré dans cet article et qui permet de déconstruire le mythe d'une médecine anthroposophique comme médecine complémentaire et intégrative ? Pourquoi la médecine conventionnelle reposant sur des bases scientifiques a-t-elle été à ce point négligente et paresseuse qu'elle a laissé se développer dans toute l'Europe une médecine qui a même réussi à se faire reconnaître officiellement ? N'est-il pas urgent que les choses changent ? Et que la médecine anthroposophique soit interdite ?

Les brèves des Cahiers

Les problèmes d'allergie liés à la mode des tatouages commencent: le chrome et le nickel des aiguilles suspectés

Le chrome et le nickel des aiguilles sont suspectés de provoquer des allergies. Un article paru dans « *Particle and Fiber Toxicology* » montre que des particules du métal des aiguilles utilisées lors de tatouages peuvent migrer dans le corps (en particulier vers le système lymphatique), au risque de provoquer des réactions d'hypersensibilité. Les aiguilles utilisées pour le tatouage contiennent du nickel (6-8 %) et du chrome (15-20 %). On savait que les pigments utilisés dans les tatouages étaient à l'origine de phénomènes allergiques, les risques liés aux métaux présents dans les aiguilles avaient déjà été évoqués dans de précédentes communications. Or ce travail montre que des « *particules de chrome et de nickel provenant de l'abrasion d'aiguilles de tatouage migrent vers des ganglions lymphatiques* ». Selon ce travail qui s'est intéressé à la taille des micro et nanoparticules retrouvées dans les ganglions, ce phénomène a été observé seulement « *lorsque l'encre de tatouage contient du dioxyde de titane (présent dans les couleurs vives des tatouages comme le vert, le bleu ou le rouge)* », mais pas « *avec l'encre noire de carbone* ». Selon Ines Schreiber, premier auteur de l'étude, « *l'impact exact sur la santé* » des tatouages ne peut pas toutefois être encore mesuré : « *Ce sont des effets à long terme qui ne peuvent être évalués que par des études épidémiologiques qui surveillent la santé de milliers de personnes sur des décennies.* » Conclusion : ne devrait-on pas s'abstenir de ce genre de pratique à l'avenir ?

Vacciner les filles et les garçons contre le HPV, une nécessité pour l'Académie de médecine

L'Académie nationale de médecine s'est prononcée en septembre en faveur de l'extension de la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) à tous les garçons entre 11 et 14 ans. Elle appelle « à une vaccination universelle des collégiens des deux sexes » pour « éliminer le cancer du col utérin, et éviter les cancers de l'amygdale, de la langue et de l'anus ». Elle suit l'Académie nationale de pharmacie qui, en février, recommandait « *la vaccination contre les infections à papillomavirus humains de tous les adolescents, quel que soit leur sexe, avant le début de leur vie sexuelle* ». L'Académie de médecine avait par ailleurs déjà fait part de sa position en cosignant avec plusieurs organisations médicales un communiqué appelé l'« Appel

des 50 » pour un dépistage et une vaccination universelle contre le HPV.

Actuellement, le vaccin est recommandé chez les filles de 11 à 14 ans et en rattrapage jusqu'à 19 ans révolus, mais aussi chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) jusqu'à 26 ans et chez les personnes immunodéprimées. En juin 2018, la Commission technique des vaccinations (CTV) rattachée à la Haute Autorité de santé (HAS) annonçait réfléchir à l'ouverture de la vaccination à tous les garçons. Depuis, aucune annonce n'a été faite. Pourquoi ?

Selon le Centre fédéral d'expertise des soins de santé de Belgique (KCE), l'extension de la vaccination aux garçons présente un rapport coût-efficacité favorable, rapporte l'Académie de médecine. Elle souhaite aussi la mise en place d'une campagne d'information en milieu scolaire sur les infections HPV, pour que les collégiens deviennent « acteurs » de leur vaccination.

Le HPV est responsable de la quasi-totalité des cancers du col de l'utérus ; plus de 1 000 femmes en meurent tous les ans en France.

Vaccination HPV des jeunes filles: pour le Collège national des généralistes enseignants les collégiens sont plutôt au vert

Après avoir rappelé la morbi-mortalité imputable aux HPV, le Conseil Scientifique du collège écarte les doutes sur la sécurité du vaccin. « *Les données de sécurité disponibles depuis 2006 sont rassurantes* » indique le communiqué. Et si « *une large étude épidémiologique française a observé un risque de survenue de 1 à 2 cas de syndrome de Guillain-Barré pour 100 000 jeunes filles vaccinées* », « *d'autres études de cohortes sur plusieurs millions de doses délivrées n'ont pas constaté ce lien* ». Par ailleurs, « *il n'y a aucun signal pour les autres pathologies auto-immunes* » ajoute le Pr Serge Gilberg, membre du CNGE et cosignataire du communiqué. Alors que des millions de femmes ont été vaccinées, « *c'est le premier vaccin pour lequel nous disposons d'autant d'études de safety après commercialisation* », ajoute le Pr Gilberg.

À l'heure actuelle, il a été démontré que la vaccination anti-HPV réduisait significativement l'incidence des lésions précancéreuses de haut grade CIN2+ et des condylomes. Le CNGE dresse donc un tableau plutôt positif qui plaide en faveur de la vaccination des jeunes filles.

25 % des cancers HPV concernent les hommes. La Haute autorité de santé (HAS) envisage d'étendre aux jeunes garçons la recommandation du vaccin contre les papillomavirus humains (HPV), « pour freiner la transmission » de ce virus responsable du cancer du col de l'utérus : « La HAS souhaite recommander une vaccination des garçons de 11 à 14 ans avec un rattrapage possible pour tous les adolescents et jeunes adultes de 15 à 19 ans ». À noter que jusqu'à présent, beaucoup de professionnels de santé, à l'instar de l'Académie nationale de médecine ont déclaré être favorables à l'extension de cette vaccination aux garçons. Dans son communiqué, la HAS rappelle que le taux de couverture vaccinale reste insuffisant : seules 24 % des jeunes filles se sont fait vacciner selon un schéma complet à 16 ans, ce qui est bien en dessous des objectifs fixés à 60 % par le dernier Plan cancer. En France, la vaccination est aujourd'hui recommandée et remboursée pour toutes les jeunes filles de 11 à 14 ans et entre 15 et 19 ans révolus en cas de rattrapage. L'intérêt de la vaccination des garçons est double : en plus de les protéger eux-mêmes, la vaccination protège également les filles non vaccinées.

Plusieurs pays dans le monde ont déjà mis en place la vaccination universelle contre le HPV, dont une quinzaine de pays européens.

Emboitant le pas à d'autres sociétés savantes, l'Académie nationale de médecine estimait en septembre que la vaccination des filles et des garçons contre le HPV était une nécessité. Toutefois, « cette extension n'aura de sens que si les pouvoirs publics mettent en œuvre une politique vaccinale plus engagée », souligne la HAS. Qu'attendent les pouvoirs publics ?

Prescrire mieux pour gagner plus : la Cnam propose un intéressement non éthique aux médecins

À côté de la bactuelle rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), la Caisse souhaite mettre en place en 2020 un système d'intéressement des médecins libéraux. Elle a en effet proposé aux syndicats de médecins libéraux, réunis en commission paritaire nationale (CPN), une nouvelle « incitation économique visant à promouvoir une prescription plus efficiente ». Concrètement, la Cnam souhaite ouvrir un nouveau contrat individuel, à durée limitée, auquel tout praticien pourrait adhérer sur la base du volontariat. Son but : améliorer la prescription des médecins de ville en remplaçant certains médicaments chers par d'autres comparables (génériques, bio-similaires)

mais dont le prix est moins élevé, et qui ont, assure la Cnam, la « même efficacité et la même sécurité ».

En contrepartie, les médecins pourraient toucher une partie de l'économie générée par les changements de pratiques. Cette proposition d'intéressement des prescripteurs figurait déjà dans le rapport Charges et produits parmi les pistes suggérées cet été au gouvernement par l'Assurance-maladie. La Cnam avait chiffré à 171 millions d'euros le montant des économies réalisables par les médecins de ville dans les domaines des bio-similaires, mais aussi du diabète de type 2 ou des inhibiteurs de la pompe à protons. Certains syndicats semblent favorables à l'ouverture de discussions sur ce sujet. « La bonne pratique peut être source d'économies, observe le Dr Jean-Paul Hamon, président de la FMF. D'ailleurs, nous défendons les groupes qualités qui ont fait leurs preuves et permettent de réduire les examens inutiles ». Le dispositif fera l'objet d'un groupe de travail dans l'optique d'intégrer ce contrat dans un futur avenant qui serait le 8^e de la convention 2016. Il est surprenant que l'amélioration des prescriptions soit surfacturée tandis que les prescriptions dégradées seraient faites au tarif normal : où est l'éthique ?

Tuberculose : 37 % de cas en plus en 3 ans à Paris

« Plus de la moitié des cas diagnostiqués de tuberculose (TB) concernent des personnes nées à l'étranger, est-il indiqué dans la feuille de route tuberculose 2019-2023 du ministère de la Santé présentée fin mars 2019. Leur droit à être dépisté grâce aux dispositifs existants sera facilité par l'adoption de nouvelles recommandations concernant ces dépistages ». Et voilà que le gouvernement veut réduire l'accès à l'AME ! En 2017, 63 % des cas de tuberculose en France étaient survenus chez des sujets nés à l'étranger. Dans le cadre du plan priorité prévention, le ministère de la Santé a ainsi demandé à la HAS d'élaborer des recommandations sur le dépistage systématique des groupes à risque et au HCSP d'actualiser ses préconisations sur le dépistage des infections tuberculeuses latentes (ITL), lequel a remis son rapport début septembre. Le parcours de santé des migrants primo-arrivants provenant de pays de forte endémie implique une articulation bien « huilée » entre les différents acteurs de santé : Agences régionales de santé (ARS), Centres de lutte antituberculeuse (CLAT), structures de soins mais aussi de dépistage et de vaccination, médecine du travail, médecine scolaire, acteurs du médico-social, etc. L'ambition affichée est que toutes les régions soient en dessous d'une incidence de

10 pour 100 000 habitants et que le score national soit inférieur à 5 pour 100 000 ; que l'issue soit favorable dans 75 % des cas traités avec un suivi documenté pour 100 % des cas.

Le nombre de nouveaux cas est estimé par l'OMS à environ 10 millions chaque année, cette maladie est devenue moins fréquente en France, comme dans la plupart des pays d'Europe de l'Ouest. La TB est devenue exceptionnelle chez les personnes nées en France, où la tendance générale était à la baisse durant les 30 dernières années. L'incidence est faible, inférieure en moyenne à 10 cas/100 000 habitants/an depuis plus de 10 ans. En 2017, elle était de 7,5 pour 100 000, soit au total près de 5 000 cas. Les hommes sont 2 fois plus touchés que les femmes (3 224 cas versus 1 762). L'âge médian était de 38 ans, plus de 38 % des cas étant concentrés dans la tranche d'âge des 25 à 44 ans. Néanmoins, ces chiffres rassurants en apparence masquent une distribution hétérogène dans la population et de fortes disparités territoriales.

Les régions concentrant le plus grand nombre de cas sont celles des plus grandes agglomérations (Paris, Lyon, Marseille). En termes de taux d'incidence, les départements et régions d'Outre-Mer Mayotte et la Guyane ainsi que le département d'Ile-de-France ont les taux les plus importants. À Paris, une hausse des cas de TB est observée, pour la troisième année consécutive en 2018. L'incidence a augmenté dans la capitale avec 20 cas pour 100 000 habitants. 444 cas ont été enregistrés l'année dernière ; 404 en 2017 et 374 en 2016. Au total, l'augmentation du nombre de cas est estimée à 37 % sur 3 ans.

Dans la capitale, les tendances nationales sont encore plus marquées. La nouvelle hausse se concentre préférentiellement chez les 25-39 ans. La prédominance de l'atteinte masculine est retrouvée avec 77 % d'hommes touchés. Plus de la moitié de l'ensemble des cas est née en Afrique subsaharienne. Près de 45 % des patients infectés habitaient dans des lieux de précarité voire de grande précarité (sans abris).

Mediapart a épluché le « document préparatoire » fourni aux députés LREM pour le débat sur l'immigration. « Dix faits » sont exposés, censément indiscutables.

Emmanuel Macron a voulu un « débat sur la politique migratoire », le lundi 7 octobre, à l'Assemblée nationale. Et pourtant, le « document préparatoire » adressé en amont à tous les députés LREM, censé servir de diagnostic partagé, n'est pas exempt de biais. Les questions de santé publique sont évoquées.

Titré Dix faits, dix actions engagées, il offre une vision déformée des réalités, à coups d'effets de « loupe » sur certains chiffres et de comparaisons européennes habilement choisies. Si aucune mesure n'est exposée, on devine, en creux, certaines pistes envisagées.

- La « particularité » française. C'est le constat censé justifier le branle bas de combat élyséen : « La demande d'asile en France est en hausse » alors que « les flux migratoires vers l'Europe sont en baisse », est-il rappelé aux parlementaires. La France serait trop attractive. Certains chiffres, en effet, ne sont pas contestables : en 2018, 123 000 demandes d'asile ont bien été introduites à l'Ofpra (l'Office français chargé d'attribuer ou non le statut de réfugié), soit un record historique, et une poussée de 22 % par rapport à 2017. La barre des 130 000 devrait même, en 2019, être franchie (+7 % à ce stade). Faut-il s'en alarmer ? D'abord, la France n'est pas le seul État de l'UE à voir ses chiffres croître, loin de là. L'Espagne, en particulier, a vu le nombre de ses requêtes exploser (+47 % en 2018), après la fermeture des ports italiens par Matteo Salvini à l'été 2018. Puis la Grèce, en 2019, est redevenue la première porte d'entrée dans l'UE. Bizarrement, le tableau transmis aux députés expose la situation dans neuf États membres seulement (trois à la hausse, six à la baisse). Or, dans un rapport du Bureau européen d'appui en matière d'asile (EASO) publié en juin dernier, on peut lire qu'une réduction du nombre de demandes a été constatée, en 2018, « dans un peu plus de la moitié des pays de l'UE seulement ». Dans l'autre moitié, le nombre a progressé.
- Notre plus gros voisin, l'Allemagne, a certes enregistré une décrue en 2018, et encore au premier semestre 2019 : moins 9 % de « primo-demandeurs » d'après Eurostat. En chiffres absolus, l'Allemagne reste même la première destination des demandeurs d'asile en

Europe, et de très loin. Faut-il rappeler, en effet, le « stock » accumulé par le pays d'Angela Merkel (qui avait ouvert ses frontières et accueilli plus d'un million d'exilés en 2015)? À elle seule, l'Allemagne représente ainsi 43 % des 850 000 demandes en cours d'examen dans toute l'UE (datant parfois de plusieurs années). Très loin devant l'Hexagone.

- Enfin, un dernier ratio aurait mérité une place de choix dans ces 26 pages : le nombre de demandeurs d'asile rapporté à la population générale. Là encore, d'après l'OCDE, Paris n'arrive que quatrième en Europe, derrière la Grèce (à laquelle l'OCDE décerne la palme du « premier pays receveur »), l'Allemagne et la Suède – et encore, c'est en laissant de côté les petits pays de moins d'un million d'habitants (Chypre, Malte, Luxembourg, mieux placés sinon que la France). Lors d'une conférence de presse, organisé le 30 septembre dernier, le démographe François Héran, titulaire de la chaire Migrations et sociétés au collège de France, n'en revenait pas : « *Nous nous insurgeons contre l'argument selon lequel la France est un pays attractif, les ordres de grandeur défont cette contre-vérité.* » En ciblant en priorité les Géorgiens, les Albanais, et les fameux « dublinés ».
- Les « anomalies » géorgienne et albanaise. Ces deux nationalités » crispent au plus haut point l'exécutif. D'après les données distribuées aux parlementaires, les Géorgiens et les Albanais se placent aux deuxième et troisième rangs des demandeurs en 2019 (derrière les Afghans), alors même que leurs territoires figurent sur la liste des États dits « d'origine sûre » établie par l'Ofpra. En 2019, le nombre de requêtes a encore augmenté de 61 % pour les premiers, et de 23 % pour les seconds. C'est à eux, en particulier, que songe Emmanuel Macron quand il dénonce, à répétition depuis septembre, un « détournement du droit d'asile ».
- Théorie de « l'appel d'air » Une part non nulle de ces demandeurs obtient pourtant une protection de la France, comme victimes de violences domestiques ou encore de vendetta : dans 4,7 % des cas pour les Géorgiens, 9,6 % pour les Albanais, indique le document. Une statistique éborgnée. En réalité, si l'on tient compte des décisions d'appel, les taux passent respectivement à 6 % et 17 % (tout de même...). C'est trop encore aux yeux du gouvernement, qui compare avec l'Allemagne (0,4 % et 0,6 %), et qui s'étonne : « Les taux d'octroi de protection varient très fortement d'un État membre à l'autre, alors que le cadre juridique est partagé (convention de Genève, directives européennes) ». Censé examiner

les dossiers « en toute impartialité », l'Ofpra est visé, pour sa générosité relative.

- Surtout, il suffit de tourner la page pour comprendre où veut en venir l'exécutif : « Le montant de l'allocation pour demandeur d'asile varie fortement d'un État membre à l'autre », pointe-t-il. Sous-entendu : le soutien matériel offert par la France fonctionnerait comme un « appel d'air ». Dans l'Hexagone, le temps que son dossier soit tranché, tout demandeur bénéficie en effet d'une place d'hébergement (en théorie), d'une couverture santé, ainsi que d'une allocation journalière (6,80 euros pour un adulte isolé, 14,20 euros en l'absence d'hébergement). C'est « +53 % par rapport à l'Allemagne », « +43 % par rapport au Royaume-Uni », et « +42 % par rapport à la Suède », surligne le document (en gras). Outre que ce mini-comparatif est taillé sur mesure, il omet de préciser que les demandeurs d'asile, ailleurs qu'en France, ont parfois le droit de travailler... Comme il omet de préciser qu'en France, à peine un demandeur d'asile sur deux accède en réalité à une place dans le dispositif d'hébergement, faute de places disponibles.
- Page suivante, sont surtout exposées les « disparités » dans « les conditions d'accès au système de santé », « aux soins non urgents » en particulier. Avec une participation financière des intéressés? « Non », pas en France, indique le document, à l'inverse de l'Espagne ou de la Grande-Bretagne. Comme Mediapart l'a raconté, certains ministres, estimant que certains Géorgiens et Albanais viennent demander l'asile juste pour bénéficier « de prothèses dentaires ou d'opérations de la hanche », envisagent de toucher à la « protection universelle maladie » des demandeurs (à laquelle s'ajoute une complémentaire gratuite) en imposant un délai de carence, de trois mois par exemple, censée décourager les « abuseurs ».
- D'après Le Monde, l'exécutif compte aussi rogner de 25 % le montant de l'allocation pour les ressortissants de pays d'origine sûrs (typiquement les Géorgiens), dès lors qu'ils verront leur dossier retoqué par l'Ofpra (sans même attendre la décision d'appel). Et il a d'ores et déjà décidé, au cœur de l'été, de supprimer la carte qui permettait aux demandeurs d'asile de retirer leur allocation en espèces, pour la remplacer par une carte de paiement beaucoup moins pratique, utilisable dans certaines enseignes seulement – faisant bondir les associations. Édouard Philippe n'a pas caché l'orientation générale des réformes à venir, dans un entretien, le 6 octobre, au Journal du dimanche : « Trop de demandeurs d'asile en provenance de pays d'origine sûrs sont davantage motivés par les conditions d'accès à notre système

de santé et par la longueur de nos procédures, a dénoncé Édouard Philippe. À nous [...] de revoir nos conditions d'accueil. » Pour réduire les coûts, le plus efficace serait incontestablement de débouter plus vite qu'aujourd'hui, donc de réduire les délais d'examen des dossiers. Mais en la matière, l'essentiel a déjà été voté dans la loi « asile et immigration » de 2018, dont les effets commencent à peine à se faire sentir. Et il faudrait surtout plus d'agents à l'Ofpra (200 supplémentaires déjà prévus en 2020), soit une mesure guère « monnayable » dans l'opinion publique.

- La France, pays de rebond. C'est l'autre statistique qui agace au ministère de l'intérieur : « 30 % des demandeurs d'asile présents en France en 2018, avaient déjà déposé une demande d'asile dans un autre État de l'UE. » L'exécutif fait ici référence aux « dublinés », ces migrants qui ont laissé leurs empreintes dans un premier État membre (désigné comme responsable par le règlement dit « de Dublin »), en attente là-bas d'une réponse ou déjà déboutés, et que la France a le droit de renvoyer sur place dans un délai de six mois. Au-delà, elle est contrainte de se saisir du dossier. En 2018, plus de 40 000 « dublinés » ont ainsi été enregistrés en France, notamment des Afghans, déjà passés par l'Italie, l'Allemagne et/ou la Suède, et que ces règles incitent à rejoindre des campements sauvages (à Paris ou ailleurs) pour tenir dix-huit mois sans être interpellés. Seuls 3 500 renvois ont cependant été réalisés par la France, un chiffre ras des pâquerettes qui s'explique par moult difficultés et lenteurs administratives. Ce chiffre-là, dans le document, n'apparaît pas. Pas plus que ne figure le nombre de transferts effectués en sens inverse, par nos voisins vers la France : environ 1 800. Si le « jeu » n'est pas à somme nulle, on n'en est pas loin. L'exécutif préfère communiquer aux députés un schéma incompréhensible, non sourcé. Et indiquer, s'agissant des Afghans, que le taux d'acceptation des dossiers par l'Ofpra est bien plus élevé en France (70 %) qu'en Allemagne (18 %), suggérant, là encore, qu'il créerait un « appel d'air ».

Un hôpital public à vendre.

L'opération sans précédent, en attente d'un feu vert, divise les élus locaux A Longué-Jumelles (Maine-et-Loire) le centre hospitalier pourrait être repris par un groupe privé à l'issue d'un « appel à repreneur » lancé en mars par le conseil départemental de Maine-et-Loire et l'Agence régionale de santé (ARS) Pays de la Loire. L'annonce du candidat retenu, qui aurait dû avoir lieu en juin, se

fait attendre, dans l'attente d'un feu vert de la ministre de la santé Agnès Buzyn, appelée à trancher un dossier qui inquiète les syndicats et divise les élus locaux. Avec 85 lits d'Ehpad, 30 lits de soins de suite et réadaptation (SSR) et 35 lits en unité de soins longue durée (USLD), l'hôpital de Longué-Jumelles est un petit établissement – sans chirurgie ni obstétrique – essentiellement tourné vers la prise en charge des personnes âgées. Il est très lourdement endetté depuis la décision prise en 2011 de reconstruction. En février 2018, dans un rapport au vitriol, la Cour des comptes avait estimé que les ratios d'endettement avaient atteint « un niveau insoutenable avec une durée de désendettement de 117 ans en 2016 ». Jugeant l'établissement « en grande difficulté depuis une décennie » et même « sous survie artificielle » après de « lourdes carences de gestion », la Cour avait appelé à un « repositionnement » de l'hôpital et à une « fusion » avec l'hôpital de Saumur pour éviter la « fermeture pure et simple du site qu'impliquerait de fait une diminution significative des aides de l'ARS ». L'ARS et le département ont choisi de lancer un appel à repreneur. Deux dossiers de candidature ont été déposés. L'un est public : emmené par le CHU d'Angers, en partenariat avec la Mutualité française et les médecins libéraux du pôle santé, il propose de créer cinq lits de médecine pour faire du site un hôpital de proximité pilote. Il projette aussi la fusion des hôpitaux de Saumur et de Longué-Jumelles au 1^{er} janvier 2021, sous réserve du versement d'une subvention annuelle dégressive de 600 000 euros par l'ARS. L'autre dossier a été déposé par le groupe privé Le Noble Age (LNA), qui gère déjà 57 établissements d'Ehpad et de soins de suite. Il propose de mettre 18,5 millions d'euros sur la table pour reprendre les locaux et l'activité, et s'engage à maintenir l'offre sanitaire et médico-sociale actuelle, à réaliser des travaux, à proposer des prix de journées « revus mais accessibles » et à reprendre « l'ensemble des équipes quel que soit le statut ». Personnels inquiets Que deviendraient les quelque 80 fonctionnaires titulaires travaillant à l'hôpital en cas de reprise par un groupe privé ? « Le cadre juridique de reprise du personnel devra être précisé », est-il écrit dans le dossier de candidature. Les personnels se disent inquiets. « *Je finis par douter que nous puissions conserver notre statut, j'ai peur qu'ils nous demandent de faire une mise en disponibilité ou une demande de mutation* », explique Corinne Meignant, déléguée CGT de l'établissement. « Si c'est un groupe privé qui reprend l'établissement, la reprise des fonctionnaires serait inédite et problématique parce qu'il y a une difficulté quasi-incontournable : un fonctionnaire ne peut pas travailler pour le privé », estime Marc Bourquin, chargé de la stratégie des hôpitaux de proximité et du grand âge à la Fédération hospitalière de France, la structure

qui représente les hôpitaux publics. Dans les instances dirigeantes de la CGT Santé, on juge aussi cette situation de reprise « inédite », « Une fois qu'on en a cédé un, il n'y a pas de raison de ne pas en céder d'autres », alerte-t-on. Localement, la CGT s'inquiète par ailleurs d'une forte hausse des tarifs si le groupe privé remportait l'offre. Ici « 30 % à 40 % des résidents relèvent de l'aide sociale », explique Corinne Meignant.

Le problème des faux médicaments

Avec un marché estimé à plus de 300 milliards d'euros, la pharmacie serait l'une des premières industries contrefaites. Les faux médicaments provoquent des dizaines de milliers de morts, surtout en Afrique. L'accès à des médicaments sécurisés, efficaces, de qualité et abordables est devenu un problème de santé publique mondial : la France n'est pas épargnée. On assiste à une explosion des pharmacies falsifiées et mortelles, en particulier en Afrique, où les faux médicaments représenteraient 30 % du total utilisé. Pour la seule malaria, l'université d'Édimbourg a calculé que les faux médicaments seraient responsables de 58 000 à 158 000 morts. Pour la pneumonie, la London School of Hygiene and Tropical Medicine évoque les chiffres de 72 000 à 169 000 morts. Le rapport de l'Enact³⁹ - une organisation financée par l'Union européenne - de juillet évoque un marché qui atteindrait 200 milliards d'euros et qui ferait de la pharmacie la première des industries contrefaites. Transparency International évoque un chiffre supérieur, 300 milliards soit 6 % des dépenses mondiales de santé. Les fabricants sont assez bien connus. En haut sont la Chine, l'Inde, le Paraguay, le Pakistan. Mais les circuits bougent. Il y a dix ans les contrefacteurs principaux étaient les Chinois, responsables à 60 %. Depuis, Pékin, sous la pression internationale mais surtout en mesurant les dégâts parmi sa propre population, a fait de très gros efforts de lutte contre les faux laboratoires. L'Inde en revanche ne fait rien. Mais les difficultés d'une lutte au niveau national et coordonné au niveau mondial restent énormes. Manque d'information, failles législatives et faiblesse de la lutte générale contre la corruption sont les freins, selon Transparency. Les moyens existent pourtant, comme le montre le Nigéria ou l'Europe, par exemple, qui a imposé la numérotation de chaque boîte pour les tracer.

La mortalité néonatale reste élevée, sans que l'on sache pourquoi, alerte le Collège des gynécos

La mortalité néonatale (entre 0 et 28 jours) est plus élevée en France que dans la plupart des pays européens. « Ce taux de 2,4/1 000 naissances reste stable depuis le début des années 2 000, alors qu'il est en baisse dans l'ensemble des pays européens avec une diminution globale de 14 % entre 2010 et 2015 », a expliqué Béatrice Blondel, spécialiste en épidémiologie obstétricale, périnatale et pédiatrique (Université de Paris, Inserm), lors d'une conférence de presse organisée par Collège National des gynécologues obstétriciens français (CNGOF). Si l'on prend en compte la mortalité chez les bébés nés à partir de 24 semaines, en France, ce taux est de 2,1/1 000 naissances, ce qui nous place au 23^e rang des pays européens, loin derrière la Finlande ou la Norvège (1,2/1 000), et juste devant la Lituanie, la Lettonie, la Roumanie, la Pologne.

Différentes pistes peuvent être évoquées, comme l'organisation et la qualité des soins dans les services hospitaliers. La pénurie d'obstétriciens, de pédiatres, d'anesthésistes, mais aussi le recours fréquent à des soignants intérimaires ou employés pour des très courtes durées seraient-elles en cause ? Le raccourcissement de la durée de séjour en maternité après la naissance aurait-il un effet sur cette mortalité ? Une autre piste pourrait aussi être liée à certains facteurs de risque. Un exemple : en France, 16,3 % des femmes déclarent fumer durant leur grossesse. Ce taux est important comparé à ceux des autres pays (20^e rang sur 22 pays disposant de statistiques).

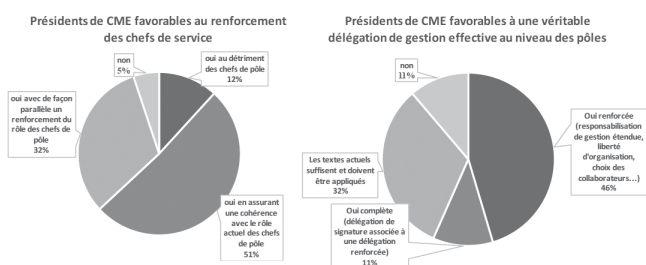
Beaucoup de zones d'ombre persistent, et aujourd'hui un véritable travail d'investigations est nécessaire pour avoir des réponses, « comme l'ont fait l'Angleterre, le Pays-de-Galle et les Pays-Bas qui ont pu ainsi faire baisser la mortalité néonatale », explique Béatrice Blondel.

Hôpital : les présidents de CME veulent renforcer leur rôle institutionnel

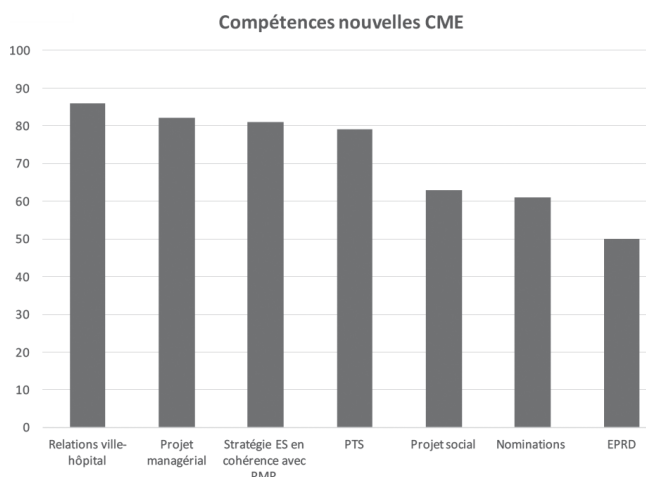
Le choc d'attractivité attendu à l'hôpital doit passer par « le renforcement de la place du médecin au sein des processus de décision et de la gouvernance des

39 Enact : ENhancing Africa's response to Transnational organized Crime

établissements ». C'est la conclusion d'une enquête⁴⁰ publiée par les conférences de présidents de commissions médicales d'établissement (CME) de centres hospitaliers (CH) et de centres hospitaliers spécialisés (CHS). À travers des questionnaires adressés à 197 présidents de CME, les conférences ont identifié les attentes en matière de gouvernance à l'hôpital. Les médecins poussent pour un rééquilibrage des rôles institutionnels, au sein de l'hôpital comme à l'échelle des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Cette enquête fait suite à une précédente étude, datée d'octobre 2018, montrant que 84 % des présidents de CME considéraient leur fonction comme non-attractive.

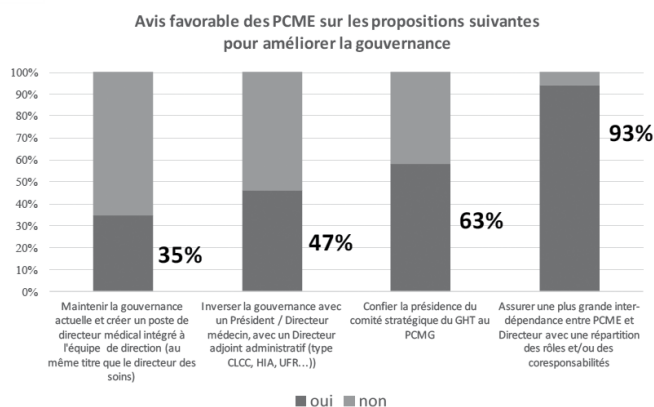


Les interrogés se sont enfin exprimés sur les nouvelles compétences qu'ils souhaiteraient confier aux CME. En résulte la forte volonté d'organiser les relations ville-hôpital (86 %) et de définir le projet managérial (82 %).



De là à voir des médecins prendre la direction des établissements? Les présidents de CME n'y sont pas prêts. Seuls 35 % sont favorables à la création d'un poste de directeur médical intégré à la direction et 47 %

à une inversion de la gouvernance avec un directeur médecin accompagné d'un directeur adjoint en charge des questions administratives.



La solution retenue est plutôt celle d'une coresponsabilité redéfinie entre le président de la CME premier en lui confiant notamment la présidence du comité stratégique.

Le déficit américain bat des records

Le déficit budgétaire des États-Unis a bondi de 26 % pour l'exercice 2019 frôlant les mille milliards de dollars malgré une économie en croissance et la manne des droits de douanes supplémentaires. Le déficit de l'État fédéral pour l'exercice 2019 clos en septembre se monte à 984 milliards de dollars, soit 4,6 % du Produit intérieur brut, a indiqué le Trésor américain. C'est son plus haut niveau depuis 2012 où il avait atteint 1 100 milliards de dollars sous l'administration Obama alors que la première économie mondiale sortait de la crise financière et de la Grande récession. Si les recettes ont augmenté de 4 % pour atteindre 3 462 milliards de dollars, un record, le rythme de croissance des dépenses a représenté le double avec +8 %, totalisant 4 447 milliards de dollars, un record historique également. Côté dépenses, le vieillissement de la population, qui va de pair avec un gonflement des pensions de retraite (+6 %) et des frais d'assurance santé (+8 %) pour les plus pauvres (Medicaid) et les plus âgés (Medicare), a pesé dans le trou budgétaire. Avec le déficit, la dette augmente Mais il a aussi été creusé par une augmentation du service de la dette (+51 milliards de dollars, soit une hausse de 10 %) ainsi que par une hausse des dépenses militaires (+9 %) et de l'aide aux agriculteurs qui souffraient de l'escalade des tarifs douaniers entre la Chine et les États-Unis. Les réductions d'impôts, notamment pour les entreprises, ont aussi limité la croissance des recettes de l'État. Ce creusement du déficit budgétaire a pour conséquence de

⁴⁰ Enquête réalisée en deux temps auprès des présidents de CME de CH et de CHS. 181 réponses en juin 2019. 197 réponses en juillet 2019. L'ensemble des régions et des tailles d'établissements sont représentés, avec une répartition globalement équilibrée.

gonfler aussi la dette de la première économie mondiale qui s'élève désormais à 23 000 milliards de dollars. Pour payer les dépenses grandissantes de l'État, le Trésor a augmenté ses emprunts de 1 052 milliards de dollars.

Joseph Stiglitz, prix Nobel d'économie en 2001 qui vient de publier en France « Peuple, pouvoir et profits, Les liens qui libèrent » fait le bilan de la politique économique de Donald Trump. Selon Joseph Stiglitz: Ce que Trump a fait de plus important est sa réforme fiscale. Il a augmenté les impôts sur les classes moyennes pour financer un allègement qui a profité aux milliardaires et aux entreprises, accroissant ainsi les inégalités. À cause de cette réforme, 13 millions d'Américains supplémentaires se sont retrouvés sans assurance-maladie. Nous sommes un pays dans lequel l'espérance de vie est en déclin...

Les inégalités et la pauvreté augmentent en France

Les inégalités en France repartent à la hausse selon l'Insee. Cette aggravation serait liée d'une part à la hausse des revenus financiers pour les plus riches, d'autre part à la baisse des allocations logement pour les plus modestes. Les inégalités en France connaîtraient leur plus forte hausse depuis 2010. Le rapport entre les revenus détenus par les 20 % de personnes les plus aisées et ceux détenus par les 20 % les plus modestes augmenterait de 0,1 point. **En 2018, 9,3 millions de personnes seraient ainsi en situation de pauvreté monétaire.** La hausse des inégalités s'expliquerait principalement par la très forte hausse de certains revenus des capitaux mobiliers, notamment des dividendes perçus par les ménages en 2018 (d'environ 60 %), très concentrés chez les plus riches. Cette augmentation des dividendes versés aux ménages découlerait de la mise en place du prélèvement forfaitaire unique qui abaisse la fiscalité de certains revenus du patrimoine. L'effet serait concentré sur les 5 % des personnes les plus aisées. C'est la baisse des allocations logement dans le parc HLM qui aurait le plus fort effet sur l'évolution du taux de pauvreté (+ 0,4 point environ).

Quant au budget 2020 de l'Éducation nationale le gouvernement sabre dans les fonds sociaux prévus pour les familles pauvres. Il prévoit une baisse de ces crédits de moitié. Et ce n'est pas la première fois, puisqu'entre 2002 et 2012, lorsque la droite était au pouvoir, ces fonds sociaux étaient passés de 73 à 32 millions d'euros. On dénombre 1,2 million d'enfants pauvres sur le territoire, soit 10 % des élèves.

Il n'y a pas de preuve d'efficacité du cannabis contre les troubles mentaux selon une méta-analyse du Lancet Psychiatry

Alors qu'un nombre croissant de pays légalisent le cannabis thérapeutique, les preuves en faveur d'un impact positif chez des patients souffrant de troubles mentaux sont « limitées » et « insuffisantes » pour justifier une recommandation par les autorités de santé, estiment les chercheurs. Pour aboutir à cette conclusion, ils ont passé au crible 83 études portant sur l'usage du cannabis ou de ses substances actives, le tétrahydrocannabinol (THC) et le cannabidiol (CBD), chez des patients atteints de six troubles neuropsychiatriques: dépression, trouble anxieux, trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH), syndrome de la Tourette, syndrome de stress post-traumatique et psychose. Dans le même temps, les risques liés à la consommation de cannabis sont eux avérés (risques de dépendance, risques liés à la conduite sous l'emprise de ces substances et risques de développer une dépression ou des symptômes psychotiques). Alors pourquoi continuer à aller dans ce sens ?

Plus d'un patient précaire sur dix, victime d'un refus de soins chez le dentiste, le gynécologue ou le psychiatre

La réalité des refus de soins est désormais bien connue mais il est toujours compliqué de la quantifier. Une étude⁴¹ publiée par le Défenseur des droits permet de mettre des chiffres récents sur ces situations. Pour mesurer « les différences de traitement dans l'accès aux soins » selon l'origine et la « vulnérabilité économique » du patient, l'étude s'appuie sur un testing téléphonique « représentatif au niveau national », conduit entre février et mai 2019 auprès de 1 500 cabinets médicaux dans trois spécialités médicales: la gynécologie, la psychiatrie et la chirurgie-dentaire. Résultat, les patients bénéficiaires de la CMU-C ou l'ACS sont victimes d'une « forte discrimination ». En effet, « la patiente de référence obtient un rendez-vous avec succès dans 70 % des cas » contre seulement 58 % pour la personne bénéficiaire d'une aide. Ainsi, 12 % des cabinets contactés refusent de recevoir cette dernière alors qu'ils accordent un rendez-vous à l'autre patiente, malgré une

41 Enquête réalisée via un testing téléphonique entre février et mai 2019 auprès de 1 500 cabinets de gynécologues, psychiatres et chirurgiens-dentistes et 4 500 demandes de rendez-vous.

demande similaire, formulée à la même période, sans caractère d'urgence. « *Dans plus d'un tiers des cas, les professionnels* » concernés déclarent explicitement refuser les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, les autres invoquant un manque de place, une méconnaissance de la prestation ou un autre argument « *insidieux* », selon l'étude. Ces « *refus de soins discriminatoires* » sont « *le fait de 9 % des chirurgiens-dentistes, 11 % des gynécologues et 15 % des psychiatres* » contactés. Sans surprise, ils sont plus répandus chez les professionnels aux tarifs libres, notamment parce qu'aucun dépassement d'honoraire ne peut être facturé aux bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS. Dans plus d'un tiers des cas, les professionnels de santé ayant un comportement discriminatoire, ont déclaré à la patiente, pour justifier le refus de soins, ne pas accepter les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS (et ce alors que le Code de la santé publique le prohibe). En revanche, peu de différences sont constatées selon l'origine supposée de la patiente, y compris en la croisant avec le profil CMU-C ou ACS. La patiente présumée d'origine africaine est davantage discriminée en Bretagne et en Centre-Val de Loire, alors qu'elle est favorisée en région PACA. Un prénom signalant une confession musulmane réduit tout de même de 6,5 points les chances d'accéder à une consultation de psychiatre. La CMU-C et l'ACS comptent sept millions de bénéficiaires.

Jacques Lebas, médecin des exclus, est décédé

Jacques Lebas avait été l'un des fondateurs de Médecins du monde. À ce titre, il allait travailler dans de nombreuses régions du monde et en particulier au Tchad, en pleine guerre civile. Très vite, il comprend que la misère n'est pas seulement au bout du monde mais aussi, ici, en bas de chez nous. Dans les années 1980, Médecins du monde et l'association Aides nouent un partenariat. Ils vont unir leurs forces pour se lancer dans la longue bataille contre le sida et pour la reconnaissance du droit des malades, qui va déboucher sur la loi de 2002 sur le droit des patients. Jacques Lebas va aussi se lancer sur un autre front, l'accès aux soins des personnes démunies. Il crée, au sein de l'hôpital Saint-Antoine à Paris, la consultation Baudelaire, premier service à accueillir les sans domicile fixe dans un hôpital public. La consultation donnera naissance aux Permanences d'accès aux soins (Pass) qui vont se développer un peu partout en France. Sous leur impulsion, la Cmu (couverture médicale universelle) et l'Ame (Aide médicale d'État) vont être mises en place. Nous lui rendons hommage ici.

Les notes de lecture

**« *Mad Maps ou les cartes folles* » de Nicolas Lambert
et Christine Zanin, aux éditions Armand Colin,
Paris, 2019, 143 p., portent bien leur nom,**

par Catherine Limousin, ingénieur de recherche honoraire, CNRS.

Tout à la fois ludique, politique, historique et poétique, cet atlas d'un nouveau genre est à conseiller à tous les publics, les petits comme les grands. Chaque carte pousse à la réflexion et apportera peut-être un nouveau regard sur nos voisins de planète. L'Europe n'est plus au centre du monde et le réchauffement climatique va sans doute entraîner beaucoup de mouvements migratoires. Alors allons-nous nous recroqueviller dans nos frontières ou allons-nous réfléchir à une ouverture de notre territoire. Ce livre est le fruit d'un travail qui allie la rigueur scientifique des auteurs, Nicolas Lambert, ingénieur de recherche et cartographe au CNRS et sa collègue Christine Zanin, enseignante-chercheuse en géographie et cartographie à l'université Paris-Diderot. Ces deux auteurs ont mis en commun leur capacité créative pour mettre en valeur la cartographie moderne.

Nous retiendrons ici dans le cadre de ce compte rendu les cartes qui donnent une place à l'immigration, large débat en cours, quota ou pas quota, soins médicaux ou renvoi malade à la frontière... Comment faire pour faire de la place à toutes ses populations qui fuient la faim, la guerre en un mot la misère, alors que la planète est en danger et que des territoires entiers vont objectivement devenir invivables pour les humains et même une grande partie les animaux.

Des cartes d'un genre tout à fait nouveau comme celle intitulée « Globe-trotters où les auteurs comparent les destins croisés de Moussa et de Sadiq Hussain en retraçant leur long parcours à travers le monde et leur entrée en France par Vintimille. Sadiq Hussain, un Pakistanais de 28 ans, marié avec deux enfants, qui fuit les Talibans. Parti de Parachinar, seul, avec l'idée de faire venir sa femme et ses deux enfants, une fois arrivé à Calais, il a

perdu toutes ses économies prises par les passeurs et là, il trouve la mort en tentant de s'accrocher à un train pour gagner l'Angleterre. Il meurt à l'hôpital de Lille après un an d'une difficile pérégrination. Moussa, un jeune Guinéen de 17 ans qui après un long périple de la Guinée vers la France, en passant par l'Algérie où il se blesse, puis la Libye où il est vendu au marché aux esclaves, violé et maltraité. Secouru par l'Aquarius, il est pris en charge par le service de protection de l'enfance.

Alors l'Europe est envahie pas les immigrés? Cette autre carte intitulée « Faire mentir les cartes » semble bien prouver le contraire... En 2017, alors que 6,6 millions de Syriens sont déplacés en Syrie même, 3,3 millions accueillis en Turquie, seuls 300 000 sont hébergés en Europe dont 99 000 en Suède, 53 000 en Allemagne, 17 000 en France. En réalité, il semble que seulement 0,06 % de Syriens a trouvé l'hospitalité dans l'Union européenne.

Quid de la France sociale? « Invisibles ouvriers », une carte qui pourrait donner à réfléchir au moment où l'État s'apprête à « aider » le département de la Seine-Saint-Denis à se moderniser, se moderniser pourquoi..., les jeux olympiques 2024, le Grand Paris. Visiblement l'exercice qui consiste à pousser les ouvriers hors des grandes métropoles et à les éjecter de plus en plus de leur proche périphérie ne date pas d'hier.

Tout n'est pas aussi sérieux dans cet ouvrage et l'on s'amuse beaucoup aussi avec des cartes comme « le monde vu par les requins », ou un origami à découper ou encore une carte blanche où chacun peut faire preuve à son tour de créativité et faire preuve d'imagination.

**« *Histoire de santé, 30 ans à Saint-Denis* »
du Dr Marc Schoene, aux éditions PSD,**

par la rédaction

Et si la santé en France était davantage l'affaire des habitants-usagers-citoyens? Et si en France les politiques de santé bénéficiaient de réelles collaborations entre tous les secteurs qui y contribuent: Éducation, emploi, social, culture, sport...? Et si en France la Promotion de la Santé devenait une réelle prérogative des collectivités territoriales?

S'appuyant sur son expérience de directeur de la santé à Saint-Denis, de 1976 à 2011 Marc Schoene nous propose tout au long de son récit de vie professionnelle et de témoignage, une vision très large de la Santé qui ne se résume pas au « médical », aux soins, mais implique tout ce qui contribue au mieux-être. Il raconte une histoire locale éminemment collective, décrivant les coopérations qui se sont nouées sur la ville entre les secteurs de la santé publique, de l'éducation l'école, de la culture, du sport, du social... Pour illustrer comment, au plus près des habitants et avec leur participation, un engagement municipal, une implication large, permettent des pratiques de santé efficaces, et favorisent l'accès plus égalitaire aux services.

Cultivant son esprit polémique, Marc Schoene, en décrivant l'organisation des services de santé, le fonctionnement administratif, s'autorise quelques piques fort ajustées à l'égard de tel ou tel des acteurs, personnel

médical, élus, cadres administratifs qu'il a rencontrés ou avec lesquels il a travaillé.

Au-delà de la description, parfois savoureuse de lutte contre les poux ou de pose de distributeurs de préservatifs, l'auteur fait le choix de relier ces descriptions avec l'état actuel de l'organisation ou des actions de santé en France, et d'en proposer sa lecture critique. Marqué par cet engagement dit de terrain, et ses convictions, l'auteur termine son récit par un plaidoyer déterminé et exigeant en faveur d'une compétence reconnue et encouragée engagement des collectivités locales en promotion de la santé.

Marc Schoene a été de 1976 à 2011, directeur des services de santé municipaux à la ville de Saint-Denis (93), et médecin généraliste dans un de ses centres de santé. Il a été attaché de consultation d'alcoologie à l'hôpital Delafontaine de Saint-Denis. Marc Schoene a été Président de l'Union syndicale des médecins de centres de santé, président de l'Institut Théophraste Renaudot. Il est membre de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie d'Ile de France, et animateur de son groupe permanent sur les inégalités sociales de santé. À ses heures perdues il est parfois tourneur d'orgue de Barbarie...

Courrier des lecteurs

Lettre de Jean Michel Galano, professeur de philosophie: « D'un prétendu droit de haïr... »

Les mots ont un sens. On assiste actuellement à une telle inflation de mots en « -phobie » (islamophobie, homophobie), etc, qu'on s'y perd un peu. De quoi s'agit-il?

L'étymologie est claire: un « phobie », c'est une peur, une peur infantile, irraisonnée, génératrice de haine. Le prototype de toutes ces peurs, c'est la peur de l'autre, celle du sujet différent. Une peur qui s'enracine dans le vivant, qui est d'une certaine façon consubstantielle à la vie biologique: les phénomènes de rejet le démontrent assez bien. Pour l'organisme individuel de base -notre base à tous- l'altérité est toujours une menace d'altération. Le racisme repose sur cette base archaïque antérieure à l'éducation qu'est la « phobie » de l'autre en tant que sujet différent.

L'acceptation de la différence, que ce soit celle des sexes ou celles des cultures, n'est en aucune façon une donnée naturelle: c'est un produit culturel, l'enjeu majeur du processus éducatif, et qui suppose non seulement le respect, toujours un peu distant, mais l'acceptation et l'approbation de la différence. « Plus tu es différent de moi, plus tu m'enrichis »: banalité? Hélas, pas pour tout le monde. L'actualité nous le confirme journalièrement. Car les phobies sont de fait. Leur prolifération, à la fois grotesque et inquiétante, est l'un des symptômes de la crise de sens que nous vivons.

Dans ce contexte, est-il acceptable de reconnaître un « droit » à quelque « -phobie » que ce soit? Je réponds non. Les phobies sont de fait, la haine de l'autre est de fait, l'intolérance est de fait le manque d'éducation est un fait. Comme disait Jean-Jacques Rousseau à propos du « prétendu droit du plus fort »: le droit n'ajoute rien à la force, qui est un rapport réel. De même, la « X-phobie » est hélas un fait. Raconter qu'on a le droit d'être X-phobe, comme cela a été fait récemment, et quelles que soient les limitations qu'on y met, c'est conférer à la haine, qui est viscérale et irrationnelle, un statut tout à fait usurpé: celui d'opinion.

Une opinion, c'est respectable: cela se verbalise, cela s'argumente. La « -phobie », c'est régressif, cela ne s'exprime que par des voies de fait. D'autre part, les religions, les philosophies, les doctrines juridiques, esthétiques, morales, sont des produits culturels: on peut, on doit les interroger de façon critique. Mais

qu'est-ce que la « phobie » peut avoir à faire là-dedans? Critiquer, ce n'est pas haïr.

Mais comme la haine est lâche, elle se présente souvent comme une critique, ce qu'elle n'est pas. Honte à ceux qui font cette confusion! Comme disait Marx, « la honte est déjà une révolution ». Au fait: les communistes, sont-ils « capitalistophobes »? J'ai parfois entendu certains gauchistes exprimer leur « haine » du capitalisme, et quand on voit les effets des logiques libérales sur la vie des gens, cela peut se comprendre. Sauf que l'intervention des révolutionnaires, et notamment des communistes, consiste justement à dépasser la révolte, toujours vraie dans un premier temps, et à fournir les moyens théoriques et organisationnels permettant une efficacité réelle au service de l'émancipation humaine.

Lettre ouverte des équipes extra hospitalières de Rilleux (CMP/ CATTP):

Ceci un appel de détresse lancé par les équipes soignantes des CMP/ CATTP des Mercières:

- Détresse devant la perte incessante de moyens humains depuis deux ans (infirmiers, AS, secrétaires, médecins, psychologues cliniciens). Aujourd'hui, il ne reste que 0.9 équivalent temps plein médical pour une file active de 922 Patients au CMP Adultes. Il n'y a AUCUN médecin sur le CATTP depuis un an et demi.
- Détresse devant la désertion récurrente de plusieurs médecins. Se posera-t-on enfin la question de ce qui les fait fuir? Le dernier médecin responsable du CMP Adultes a quitté son poste après un an et 4 mois d'exercice. Son départ s'est fait en un mois, laissant une file active de 264 patients dont 164 ont été relayés aux médecins traitants.
- Détresse devant la vacance des postes médicaux: 5 mois pour la gériatro-psychiatrie.
- Détresse devant le délai d'attente des nouvelles demandes que l'on nous demande de maintenir coûte que coûte (ou d'en choisir un sur deux: suggestion de notre chef de pôle). 1 an à 1,5 an d'attente avant de pouvoir rencontrer un psychiatre.
- Détresse devant le morcellement de nombreux postes: psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, neuropsychologues, médecins et cadres qui mettent en péril la continuité du soin ainsi que tout portage institutionnel.

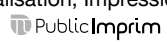
- Détresse devant les glissements de tâches auxquels sont confrontés les infirmiers : secrétariat, « intercalaires médicaux », psychologues... et ce au détriment de leur rôle propre.
- Détresse devant l'impact sur la population déjà bien précaire de notre grand secteur qui se voit démunie de tout maillage sanitaire psychiatrique tant sur le libéral que sur le public.

Nous voilà aujourd'hui épuisés, désabusés, déprimés de tout cela, de porter à bout de bras de vraies personnes avec de vraies histoires à qui nous ne pouvons rien proposer de satisfaisant, fatigués de rentrer avec tout cela à la maison. Cela n'est pas sans conséquence sur la santé des soignants.

Nous aimons notre métier mais avons terriblement peur de ce qu'il est en train de devenir. Nous avons peur pour toute cette population qui n'aura bientôt plus aucun moyen de se soigner, peur pour l'avenir de la santé publique...



Réalisation, Impression :



Dépôt légal : juin 2018

