



Précarités, accueil hospitalier, médicalisation

Introduction , par Jacques Lebas	3
Les mots et les pièges	3
La charge éthique d'une responsabilité personnelle	4
Droit, justice et égalité.....	5
Santé et précarité : enjeu éthique.....	6
L'institution face à la précarité	7
Cellule de réflexion de l'Espace éthique	9
L'hôpital au service des hommes.....	9
Les valeurs de l'institution.....	13
Les paradoxes de l'excellence.....	16
La prise en charge globale	18
Le droit aux soins.....	21
Groupe Miramion	27
Précarités, accueil hospitalier, médicalisation	27
Liberté et autonomie.....	27
Logique des soins et précarité.....	27
Ceux qui se découvrent hors normes	28
Les fragilités de notre société	29
Responsabilité et justice sociale	31
La charge éthique d'une responsabilité personnelle	31
Droit, justice et paix sociale	32
Droit à la santé, droit ultime	34

Jacques Lebas*

Est-ce que l'éthique, en tant que telle peut définir une approche des questions de précarité ? Si oui, selon quelles modalités, selon quelles approches spécifiques ?

Les mots et les pièges

Nous devons être très attentifs à l'usage des mots. Ils sont autant de pièges : leur signification évolue au fil du temps et des modes. Jusque il y a vingt ans, il a été question de pauvres. Puis est apparue la notion d'exclus (René Lenoir). Longtemps refusée pour des motifs idéologiques, la notion de précarité est alors apparue. Ce terme comporte une connotation plus dynamique. Nous sommes confrontés à des situations humaines qui évoluent vers la relégation sociale. On a pu parler, à ce propos, d'une véritable « disqualification sociale ».

Ce, ou plutôt, ces parcours sont faits d'aller et retour, de montées et descentes dans l'échelle sociale : la précarité est d'abord incertaine. Il n'existe pas une barrière étanche et un passage irréversible, mais une cloison poreuse.

Pauvre, précaire, démuné et exclu

Autant de mots pour le dire, de termes eux-mêmes fragiles et précaires, de mots qui tournent et détournent l'attention et le regard.

L'approche éthique se doit donc de prendre en considération ces mots qui désignent, nomment et parfois figent et stigmatisent.

Exclusion

Une notion utilitariste qui a tendance à gommer les enjeux sociaux, les conflits, les tensions entre les groupes et les classes sociales.

Problème éthique qui détermine la ligne de partage entre exclus et inclus ? Ces notions sont-elles objectives, quantifiables, ou relèvent-elles de sentiments autrement plus subjectifs ?

* Médecin, service de médecine interne, hôpital Saint-Antoine, AP-HP.

Il faut se méfier des termes génériques aux contours incertains, qui risquent de gommer les enjeux de société, éthiques et politiques des questions posées. Ne s'agit-il pas d'un moyen qui vise à gommer les enjeux au lieu de les préciser ?

Précarité

Un terme plus dynamique qui renvoie à la notion de fragilité. Le cumul des fragilités qui sont celles du corps et celles de ce qui l'entoure : le chômage, le manque de ressources, l'absence de résidence stable, l'irrégularité de la situation administrative, la solitude, surtout la solitude. La non-obtention effective du droit pourtant acquis, voire reconnu. Et encore la perte de reconnaissance de sa dignité, perte qui s'inscrit dans le regard de l'autre.

La charge éthique d'une responsabilité personnelle

Pourquoi la précarité intéresse-t-elle autant aujourd'hui ? Quel est son pouvoir de fascination ?

Chacun se sent, sans doute, concerné par une vulnérabilité sociale qui le menace directement.

Proximité de la précarité

Elle semblait loin de nous, à distance, reléguée dans les camps de réfugiés du tiers-monde et dans les « terres inconnues » des pays du sud. La voilà qui se rapproche de nous, déséquilibrant la position de neutralité de l'observateur. Nous sommes devenus partie prenante, et d'autant plus en charge de cette responsabilité.

Aux nouveaux riches sont venus se substituer les nouveaux pauvres. Il s'agit encore d'un renvoi à soi-même, d'un autre soi, proche et refusé, lointain et accepté.

Renversement du regard

Il convient de renverser notre regard sur ces réalités, de modifier nos perceptions afin d'envisager nos responsabilités comme autant d'engagements qui nous impliquent et nous compromettent.

« Qui nous a commis, personne, et c'est cela qui fait notre droit. Et notre devoir. » Comment repérer l'articulation entre précarité et exclusion ? Comment engager une action plus juste, plus déterminée et plus solidaire ?

Droit, justice et égalité

L'éthique renvoie à une notion de comportement vis-à-vis de l'autre, à la question de l'attitude, du comportement face et plus encore avec l'autre.

La porte d'entrée éthique de ces questions relève donc de la notion de responsabilité pour l'autre. Qui sont les responsables, quelles sont les responsabilités ?

« Ma rencontre avec l'autre, c'est ma responsabilité pour lui. » (Emmanuel Levinas)
Encore faut-il identifier responsabilités et responsables.

L'expérience des personnes renvoyées des hôpitaux, reléguées des services car elles sont sans papiers de sécurité sociale. Il s'agit toujours d'une personne, d'un individu qui refoule ; ce n'est pas simplement une institution. Alors qui endosse la responsabilité de se comporter en médecin, en responsable de la santé de l'autre ? À quelle échelle de la hiérarchie ? À un moment donné, il faut bien que ce soit moi. C'est à moi que se pose la question éthique. Moi qui ai vu, qui sais, à qui on parle, qu'on interpelle. Moi, conscience.

Responsabilité et culpabilité

À la honte éprouvée par l'exclu, répond en symétrie la culpabilité et le comportement d'évitement de celui qui est envahi par ce sentiment de culpabilité. La référence à la honte s'impose dans la coupure entre le pauvre et son semblable. Fut-il soignant ou médecin.

Le malade qui présente sa misère, cette béance douloureuse d'où s'échappe cette honte qui le submerge, se retrouve face à face avec la honte de son semblable. Il s'agit d'une honte à vif, à cru.

Enjeu du face à face

Alors que dans le domaine de la justice, nous sommes renvoyés au domaine du droit écrit, de la norme édictée et acceptée, dans l'exercice d'une responsabilité, nous envisageons nos obligations au regard d'un faire, d'un agir. Il s'agit alors de la résolution d'un dilemme entre la pratique au jour le jour, et des énoncés parfois théoriques. C'est ainsi que le droit à l'accès aux soins, reconnu en théorie dans tous les textes législatifs, les codes déontologiques et les codes de Santé publique, n'est pas également assuré dans la pratique. Sans parler, évidemment, du droit à la santé qui renvoie à une autre notion plus générale, moins concrète et, pour tout dire plus utopique.

C'est ainsi que le droit à l'accès aux soins renvoie à une notion de justice. Encore faut-il réfléchir sur ce que la santé représente aujourd'hui, à quelles valeurs elle

renvoie, voire quelles réalités cette notion envahissante cherche-t-elle à masquer, parfois à ses propres dépens. À quelles représentations sociales cette notion de santé fait-elle appel, quelles valeurs mobilise-t-elle quand nous l'utilisons que ce soit en paroles, à travers des mots ou comme solution à des souffrances sociales et humaines.

Santé et précarité : enjeu éthique

La précarité est devenue un thème sensible, en particulier à travers les enjeux de Santé publique qu'elle impliquait. Les questions éthiques concernant les problèmes de précarité, nous confrontent à l'ensemble des enjeux de notre système de santé et, au-delà de notre système de protection sociale.

Ce dernier s'affiche comme universel, et il est pourtant parsemé de béances qui laissent exposées au risque de nombreuses personnes fragilisées par le monde d'aujourd'hui. Il affiche le rôle éminent de l'hôpital dans l'accès de chacun aux meilleurs soins possibles et pourtant les coûts d'exploitation des hôpitaux sont tels que des logiques gestionnaires parfois rigides aboutissent à la fermeture des portes aux plus démunis. Refoulés, ils ont recours aux associations caritatives, plus charitables. Il affiche une déontologie médicale sans faille, mais celle-ci a souvent le plus grand mal à se frayer un passage entre les dédales administratifs et le maquis des lois et autres circulaires, entre les impératifs qui apparaissent souvent contradictoires avec ses propres exigences et des contraintes budgétaires chaque jour plus pesantes. Quelle sont les priorités de moyens ? Mais il convient aussi de s'interroger sur ce qu'est le soin.

Quelle est donc la responsabilité particulière du monde soignant vis-à-vis de cette maladie de nos sociétés que nous appelons la précarité ? Comment pourrait-on concevoir sa « non-responsabilité » ? Ou encore ces situations relèvent-elles exclusivement de la santé et du médical ? N'est-ce donc pas un moyen de les neutraliser, d'effacer à nouveau la responsabilité civique et politique ? La réponse médicale aux détresses humaines est-elle tout simplement éthique ? Ou énoncé d'une autre manière, n'est-ce pas le rôle de l'éthique que de questionner ces réponses quasi « conditionnées » et d'essayer de les remettre en perspective, sinon en cause ?

Est-ce que la prise en compte médicale des détresses humaines peut se substituer aux carences de la réponse politique ? Les communautés soignantes et les institutions de soins sont investies d'une responsabilité humaine, sociale et morale sans précédent, non seulement dans le domaine de la performance technique, mais maintenant également dans le domaine de la cohésion et du lien social.

L'institution face à la précarité

Il faut que les institutions de soin et en particulier les hôpitaux soient capables, collectivement, de déterminer leurs responsabilités et leurs limites. Elles en sont encore aux balbutiements, plus préoccupées dans leur conduite d'évitement, de préciser leurs limites que d'assumer réellement leurs responsabilités. Comme on ne peut pas « tout faire » (et qui le leur demande donc ?), alors ne faisons rien, ou pas grand-chose ! Ou acceptons les initiatives, mais « à la marge », comme autant d'initiatives individuelles, émanant des « belles âmes » ou ceux qui se veulent tels, mais ne correspondant à aucun enjeu stratégique au niveau de l'institution. Enjeu éthique, certes – pourquoi pas ? –, c'est-à-dire enjeu éthéré, spéculatif, enjeu sans véritable enjeu. Et pourtant, il ne faut pas se laisser enfermer par ces dilemmes produits par les pesanteurs institutionnelles. Car il est vrai que des personnes en situation de précarité, y compris qui s'adressent à l'hôpital, ne posent pas réellement de problèmes de santé, mais elles sont en demande de reconnaissance, d'écoute et de dignité. La réponse du soignant dépasse alors sa stricte compétence professionnelle et relève plutôt de son humanité. Certains diraient de sa responsabilité de citoyen. Qui bien évidemment ne peut disparaître avec le port de la blouse blanche. Une nouvelle dimension de la pratique soignante est entrain de voir le jour, celle qui relie le médical et le social, la technique et l'humain.

Précarités, accueil hospitalier, médicalisation

2 juin 1995

Invités experts

Nicolas Dufourcq (Chargé de mission auprès du directeur général de France Télécom), Dr Jacques Lebas (Médecine interne, hôpital Saint-Antoine), Edouard Couty (directeur de l'hôpital Saint-Louis).

Membres de la Cellule de réflexion de l'Espace éthique

Michel Baur, Sylvie Chantereau, Alain Cordier, Pr Michel Dehan, Michèle Deloche, Dr Philippe Denormandie, Pr Serge Herson, Emmanuel Hirsch, Pr Didier Houssin, Dr Jacques Lebas, Jean de Savigny, Pr Didier Sicard, Dr Marcel-Louis Viallard.

L'hôpital au service des hommes

Michel Baur

Le « savoir médical objet » passe par une organisation technique quasiment taylorienne, hyperspécialisée et en même temps réintégrée à l'individu. L'une des pistes à suivre consisterait à recréer les réseaux médico-sociaux ; recréer ce que l'on a fracturé, c'est-à-dire réintégrer le travail avec les institutions sociales et ne pas se laisser contraindre par les seuls problèmes économiques du moment.

Nous devons nous réinterroger sur nos modes de fonctionnement. C'est extrêmement difficile. En clair, cela signifie que les institutions doivent aller vers les hommes. Nous ne devons pas nous satisfaire de nos positions éthiques trop faciles qui consisteraient simplement à constater ce qui se passe à nos portes, sans s'interroger en tant que médecin, directeur d'hôpital ou soignant sur ce que l'on fait effectivement pour aller vers la personne.

Michel Dehan

Historiquement et politiquement, quelles ont été les justifications de la séparation du sanitaire et du social dans la loi de 1975 ?

Michel Baur

L'efficacité du système hospitalier est à l'origine de la spécialisation de certaines institutions dans des fonctions spécifiques. Par exemple, en aigu, le malade ne

devrait séjourner qu'un temps limité : conséquence, l'incapacité pour l'hôpital de traiter dans de bonnes conditions des maladies chroniques.

Face aux maladies de longue durée, nos capacités de prise en charge sont aussi défaillantes que s'agissant des exclus. Les liaisons avec les personnes handicapées ou avec les enfants relevant d'instituts médico-pédagogiques s'établissent ainsi de manière insatisfaisante.

L'hyper-spécialisation de l'hôpital et son extraordinaire efficacité induisent une négation de l'individu. Depuis trente ans, on s'efforce d'humaniser l'institution hospitalière ; c'est dire que l'on a conscience de la situation. Pourtant, on ne s'attaque pas à la cause réelle du problème. Cela signifierait que l'on admette que la prise en charge globale à l'hôpital ne fonde pas exclusivement son efficacité sur le savoir médical, sur les modalités de gestion et sur les financements. L'équilibre à trouver est donc délicat et difficile.

Marcel-Louis Viillard

Ne doit-on pas s'interroger sur la conception que l'hôpital et ses acteurs ont, avec d'autres, des missions que devrait se fixer la structure ? L'hôpital était à un moment donné un lieu d'asile et d'assistance destiné aux hommes. On est en droit de se demander s'il n'est pas aujourd'hui voué à la technologie ou à d'autres activités qui ne concernent plus directement le malade. Les fonctions scientifiques, enseignantes et soignantes – qu'elles soient universitaires ou non – sont-elles véritablement à leur place au sein de l'hôpital, du moins au regard de notre système de soin ? Aussi bien en matière de structures que dans nos esprits.

N'y a-t-il aucune interrogation à développer sur les comportements aussi bien du système qui finance, qui préconise que de ceux qui participent à l'élaboration du système tel qu'il est ? Quand bien même ces missions de l'hôpital n'auraient pas été remplacées par des missions non plus structurelles de l'institution mais par l'initiative des acteurs avec leurs intérêts propres, la question du financement ne renvoie-t-elle pas plutôt aux domaines de la distribution et de l'attribution des moyens ? Quels sont les choix d'orientations politiques que l'on adopte, au sein de l'hôpital comme ailleurs ?

Selon des priorités à établir, faut-il privilégier le financement des soins pour être à la hauteur de son devoir de solidarité ou vaut-il mieux privilégier le financement de la recherche pour être à la hauteur de sa réputation : celle de l'institution comme de ses acteurs ? Souhaite-t-on marquer ses efforts sur l'aptitude à s'adapter, à offrir toujours plus ou estime-t-on plutôt que l'institution ne fait pas si mal ce qui lui est imparti de façon primordiale ?

Au risque d'être provocateur, vise-t-on à une fonction plutôt scientifique ou plutôt humaniste ? Importe-t-il d'être soucieux d'une médecine, d'un accueil technologiquement sophistiqué ou d'une approche globale ?

Jean de Savigny

Les exclus disposent-ils d'un droit aux soins ? On ne peut que répondre affirmativement. Pourtant, au regard du système d'assurance qui nous régit, rien n'est moins évident. Je suppose que dans l'idée de chacun d'entre nous prévaut incontestablement la conviction que le droit aux soins s'impose. Toutefois, dans notre pays, les soins aux exclus ont conservé un caractère caritatif. À la limite, on pourrait dire que des initiatives, comme la consultation Baudelaire (plus particulièrement consacrée aux personnes en situation de précarité sociale, hôpital Saint-Antoine), relèvent plus de la décision d'une équipe médicale et soignante, d'un directeur d'hôpital que des intéressés eux-mêmes. Elles auraient pu ne pas exister. On constate là un vrai divorce puisque, en dépit de l'organisation juridique, l'idée générale d'un droit des exclus aux soins semble admise et que pourtant, de manière pratique, l'organisation de ces soins s'avère extraordinairement dépendante des convictions et de la sensibilité des personnes qui s'y investissent.

Alain Cordier

Trois voies exprimées jusqu'à présent sont à relever. Tout d'abord, Nicolas Dufourcq distinguait une notion de solidarité – rapprochant le concept de justice de celui de solidarité par rapport à une notion de charité, prononçant même l'expression de charité évangélique dans une relation sans intermédiaire. Ces mots sont au cœur du débat : la charité et la justice. Ils renvoient au sujet de la relation personnelle avec celui qui est en face de moi – que j'appelle la charité – et qui est probablement ce qui nous anime tous lorsque nous sommes en face d'un malade. Il s'agit de la relation médicale par excellence. Je suis l'individu devant un malade ; ce malade qui est devant moi prime sur toute autre considération. L'autre sujet relève de la justice.

La justice signifie la comparaison ; la comparaison des incomparables, c'est-à-dire des hommes les uns par rapport aux autres. Dans le cas précis de notre échange, ces considérations renvoient à la nécessité pour le gestionnaire de comparer le malade qui se présente avec cette importance précédemment évoquée, mais aussi le fournisseur de l'hôpital qui va apporter les moyens de le soigner et qui a besoin d'être payé, le personnel qui intervient lui aussi avec ses légitimes exigences. Nécessité donc de mettre en mouvement un système de financement qui oblige le gestionnaire à relativiser la relation individuelle pour la resituer par rapport à la relation collective. Je suis convaincu que la difficulté extrême du sujet qui est posé consiste à parvenir à faire vivre en permanence ces notions de charité et de justice, l'une par rapport à l'autre.

De même qu'il est impossible de concevoir la charité sans la justice, on ne peut pas concevoir la justice sans la charité. Dans notre réflexion quotidienne, les points de

vue des uns et des autres doivent pouvoir se rencontrer et se renforcer réciproquement : l'éthique du médecin l'incite plutôt à se préoccuper d'abord de charité et moins de justice alors que celle du gestionnaire prend davantage en considération la justice et moins la charité. L'espace d'accueil que l'on a évoqué dépend de cette mise en commun.

Autre aspect de réflexion, cette découverte probablement brutale de la complexité de l'homme malade qui est en face de nous. Emportés par un certain élan et une science qui compte de très beaux succès, nous avons probablement eu tendance à nous détourner de cet homme à ce point complexe qu'il dépasse notre maîtrise. Tel est l'enjeu même de l'éthique. Admettre d'évoluer d'une notion de maîtrise, de toute puissante du savoir, du pouvoir, de la compréhension vers cette notion bouleversante lorsque s'impose l'autre qui nous interpelle personnellement.

Découvrir que l'homme est plus complexe qu'il n'y paraît constitue un formidable appel à nous interroger en terme d'éthique. Emmanuel Levinas dit bien cela : « l'éthique c'est le rapport de l'infini avec le fini sans se démentir. » Cet homme en face de moi me bouleverse à ce point qu'il m'est impossible de le maîtriser ; il me dépasse toujours. Rapport avec le fini de mon savoir. Sans se démentir, quelles que soient ma science et ma compétence, l'homme se situe encore au-delà.

À travers les expériences que l'on a vécues, il paraît évident que notre métier hospitalier nous incite à accepter qu'une faiblesse nous oblige. Le plus petit, le plus pauvre, celui qui n'a pas de parole, celui qui est insuffisant dans son expression, dans son savoir, dans son assurance, dans sa capacité est à ce point obligeant qu'il nous entraîne à repenser, à refaire et à reprendre. Au sein de l'AP-HP, ce qui s'exprime dans la relation avec les exclus mais aussi avec les enfants, les personnes handicapées ou âgées est significatif d'une avancée remarquable au regard de l'ensemble de nos pratiques. Dans ces circonstances, les équipes de soignants expriment un rôle propre plus fort, elles redécouvrent une vérité de leur métier. Cela m'impressionne beaucoup. Voilà une formidable interpellation pour l'ensemble de notre maison ! Cette confrontation, avec une faiblesse qui oblige, incite à des conceptions différentes de nos interventions, dans l'esprit de ce que nous cherchons à définir aujourd'hui. Adolphe Steg me rappelait que, selon le Talmud, le plus incompréhensible pour l'homme nous renvoie à la souffrance de l'enfant et au bonheur du méchant !

Didier Sicard

Je suis très frappé par les propos tenus par Jacques Lebas à propos du caritatif qui crée l'exclusion. On est dans une phase où l'AP-HP favorise un certain nombre d'expériences dans le domaine de l'accueil des personnes exclues. Toutefois, au fur et à mesure, on retrouve les mentalités du XIX^e siècle.

A la suite de cette prise de conscience nécessaire, il faudra forcément intégrer au fonctionnement de l'hôpital – de façon rationnelle et organisée – la prise en charge des exclus. Une telle évolution pourra pourtant être perçue comme un recul, puisque les personnes exclues seront dès lors confrontées à une organisation qui aura beaucoup de difficulté à conserver la sensibilité nécessaire à une approche éthique de l'homme. S'il est vrai que le caritatif témoigne d'une perception soucieuse de la personne humaine, toute initiative visant à mieux structurer le dispositif d'accueil est susceptible de relativiser les valeurs initiales. Il conviendrait donc d'être attentif à la mise en œuvre d'une solution intermédiaire entre le caritatif et le dispositif administratif aux motifs certes généreux mais qui a une tendance naturelle à se rigidifier.

Comment préserver au sein de l'hôpital cette relation spécifique avec un être qui se trouve parfois dans des conditions d'existence au-delà de nos seules possibilités de prise en charge ? Ce débat nous permet de comprendre à quel point l'approche caritative représente un passage obligé qu'il importe de critiquer afin d'éviter le retour à l'humanisme du XIX^e siècle.

Les valeurs de l'institution

Philippe Denormandie

Du fait de la conception des soins dont témoignent beaucoup d'acteurs de la médecine – tout particulièrement les médecins – les malades sont-ils exclus de l'économie ou des soins ?

L'économique et le caritatif ne constitueraient-ils pas deux extraordinaires alibis d'une conception de la médecine selon les médecins ? Si l'éthique des médecins était réellement l'éthique du malade, on parlerait davantage de l'exclusion dans nos hôpitaux.

Il est donc une éthique de la maladie, plus qu'une éthique du malade. D'autre part, dans ce domaine, on peut observer une grande différence d'approche entre l'éthique du médecin et celle du soignant. Le danger consisterait à ne pas recentrer ces différentes questions selon la mission même des acteurs soignants de l'hôpital et en particulier des médecins.

J'observe que les médecins ont calqué sans retenue leurs conceptions de l'image de progrès à laquelle renvoient leurs pratiques sur celles de la société. Ainsi, si depuis cinq ans notre pays a multiplié par dix le nombre de ses journalistes médicaux, on renonce pourtant à une communication relative à ce qui apparaît comme une frange de la santé, qu'il s'agisse des personnes âgées, de l'incontinence urinaire. Un domaine essentiel de la santé se voit exclu du champ social, comme si

ces questions n'étaient pas nobles ou ne faisaient pas assez vendre. Cette dérive considérable de la société a contribué à celle du corps médical.

On se préoccupe plus de la maladie que de la personne malade ; notre réflexion doit réintégrer cette dimension de questionnement qui relève de certaines valeurs et de considérations relatives à la personne humaine.

Didier Houssin

Depuis le début de la discussion, le constat n'est pas triomphant et l'inquiétude perce. Je voudrais reprendre le thème déjà évoqué de la faiblesse ; en fait, à quoi nous oblige-t-elle ?

Si nous recentrons la discussion sur l'hôpital, la faiblesse oblige à un souci de charité qui seul peut justifier le caractère *high-tech* de certaines pratiques médicales. À l'égard du malade, le travail du médecin procède d'une démarche de recherche qui s'emploie à soigner l'homme. J'aurai donc tendance à ne pas écarter d'une manière aussi radicale les aspects progressiste et scientifique de nos initiatives. Ils sont conciliables avec un souci de charité.

L'exigence de justice tend à permettre à tous les hommes de bénéficier de nos soins. Selon une approche systémique, on peut admettre que doivent s'épauler et non pas s'opposer les efforts de recherche (c'est-à-dire la charité) et la prise en compte de la justice. Une véritable volonté est nécessaire pour que ce système fonctionne.

Emmanuel Hirsch

Il nous faut être également attentif au risque de médicalisation excessif des réalités que nous évoquons, ne serait-ce qu'en matière de prise en charge globale de la personne en situation d'exclusion. Il paraît évident que les réponses produites par la société en matière de précarité ne doivent pas se limiter à la définition des conditions de l'accueil hospitalier, voire à son adaptation aux défis qui confrontent l'institution hospitalière au champ de responsabilités nouvelles.

On ne peut et ne doit pas se satisfaire d'une résolution médicale de problèmes à la fois complexes et individuels qui en appellent à une analyse politique, à l'évolution des mentalités et des structures. Pour ce qui concerne notre réflexion, il serait pernicieux de s'en remettre exclusivement à l'hôpital pour gérer et contrôler des phénomènes qui ne relèvent pas toujours directement de ses missions spécifiques.

L'éthique est indicative de limites, de repères et de règles. Le caritatif relève d'une conception de l'altérité, de la générosité et de cette solidarité si souvent évoquée aujourd'hui. Elle nous renvoie à l'exercice de responsabilités globales qui ne sauraient se cantonner à la gestion de difficultés et de conflits perçus dans leurs seules dimensions médicales. J'observe avec intérêt mais aussi inquiétude que la société

tend à concéder aux structures de soin la prise en compte de situations humaines qui relèvent de phénomènes plus généraux. Il semble appréciable que la notion de santé soit considérée à la fois comme une valeur sociale et une attribution plus particulièrement dévolue à l'espace hospitalier. Là encore, humilité et discernement doivent inciter les intervenants à préciser le sens et la nature de leurs fonctions, maintenant, avec vigilance, le scrupule d'éviter de médicaliser ce qui n'a pas lieu de l'être. En fait, la question éthique procède également de l'esprit de résistance.

Est-il justifié d'intégrer à une logique de soin, l'ensemble des problèmes de société que l'on relègue ainsi dans ce qui représente malgré tout une marginalité, faute de faire l'effort de produire les réponses sociales adéquates ? Poser cette question, permet peut-être de concevoir la part réelle de la mission hospitalière en matière d'accueil des exclus de la santé qui ne peuvent pas être réduits pour autant à ce seul statut social.

Les détresses humaines convergent vers l'hôpital et y trouvent dans la plupart des cas les réponses et les relais pour lesquels la société s'avère carentielle. Il conviendrait désormais de poser plus avant l'analyse afin de ne pas renoncer à poser les constats, les critiques mais également des propositions là où la puissance publique est en mesure de faire évoluer moins défavorablement les mécanismes de l'exclusion.

Michèle Deloche

En gériatrie, nous avons une volonté d'engagement au plus près du malade. Pour nous, ce malade constitue une entité à préserver de ce qui peut le menacer.

Michel Baur

On parle d'égalité de la santé. Une chose me frappe : on évoque toujours ces questions en terme de financement. Or, on pourrait penser que nous sommes à une époque où nous disposons d'indicateurs épidémiologiques qui expriment une autre façon de penser les critères en matière de santé. Les écarts des taux de mortalité infantile entre centres hospitaliers répartis sur le territoire national sont-ils légitimes dans une société démocratique ?

S'agissant de la santé, équité et égalité renvoient plus souvent aux notions de contributions qu'à celles de résultats. Il serait opportun de prendre en compte cet aspect des choses, ne serait-ce qu'au regard des références médicales opposables et de la modernisation de la gestion du système de financement des prestations médicales. La santé doit renvoyer à l'égalité des résultats et non pas seulement à celle de la contribution.

Les paradoxes de l'excellence

Edouard Couty

Il est vrai que dans son acception *high-tech*, l'hôpital présente aujourd'hui certaines difficultés par le simple fait que l'on est plus attentif à la maladie qu'à la parole de l'homme. La prise en charge globale s'en trouve quelque peu contestée, pour autant qu'elle soit envisagée comme une priorité. En fait, il me semble que dans son histoire, la vocation médicale n'a pas été véritablement centrée sur l'homme. Il faut donc prendre en considération ce que nous attendons effectivement de l'hôpital quand on est hospitalisé. Contrairement aux personnes qui y étaient internées au Moyen Âge, nous exigeons de plus en plus de résultats. C'est cette mission de performance qui semble justifier intrinsèquement le caractère *high-tech* des pratiques. Le problème auquel nous sommes confrontés n'est pas simple. Doit-on concevoir la vocation humaniste de l'hôpital dans sa capacité à satisfaire les attentes actuelles du public, ou nous en remettre à une réflexion spéculative relative à la notion de prise en charge globale ? À l'hôpital, pour ce qui me concerne, j'attends qu'on me guérisse. Je raisonne en tant que gestionnaire préoccupé par l'aspect de justice et par la relation institutionnelle et non comme soignant davantage attentif à la relation individuelle.

J'ai le sentiment que l'on confond les missions de l'hôpital public et son statut. Aujourd'hui, l'hôpital représente un pôle d'excellence, un centre de référence avec un campus de recherche d'un très haut niveau.

Son statut procède de celui des différents personnels qui interviennent au sein de la structure. Cette synthèse ou collection de statuts particuliers conduit à en oublier sa mission générale. Du point de vue institutionnel, on rejoint la problématique que j'évoquais s'agissant du malade avec la difficulté d'articuler prise en charge individuelle et objectif escompté d'une prise en charge globale. Il est difficile de concilier des intérêts statutaires parfois contradictoires avec les missions que la société souhaite fixer à l'hôpital. Cette situation explique peut-être les décalages et fractures suggérés par Alain Cordier dans son analyse de la relation entre charité et justice. Faute d'une dynamique, le système hospitalier apparaît bloqué et cloisonné, chacun demeurant attaché à sa propre logique.

Jacques Lebas

Pour vous, je comprends que la prise en charge globale ne constitue pas un enjeu ; vous êtes globalement pris en charge par ailleurs. Le problème de la prise en charge globale renvoie notamment à la situation d'une personne âgée qui vit seule à Paris ou à celle de ce clochard planétaire qui ignore où il se trouve dans le monde. Développant un sida, malade comme un chien, son état de santé néces-

site une prise en charge globale. Si vous ne l'accueillez pas, si vous ne parvenez pas à établir un contact avec lui, à le toucher, à le soigner, à lui donner des médicaments, il retournera à son néant.

Aujourd'hui, nous sommes témoins de situations humaines concrètes de malades qui posent un véritable problème de prise en charge globale. Certes, on peut considérer qu'il ne s'agit pas de notre responsabilité et que notre travail se limite au diagnostic et au traitement de la maladie : j'ai pratiqué mon diagnostic de tuberculose, j'ai rédigé mon ordonnance, je l'ai hospitalisé durant la période où il était contagieux ; je lui serre la main, il quitte l'hôpital avec son ordonnance. Je renonce à m'informer afin de savoir quel sera son lieu de résidence ou s'il risque de contaminer. Après tout, tant qu'il ne porte pas plainte, il ne se passe rien ! Je peux estimer que telle n'est pas ma responsabilité. S'il ne veut pas prendre ses médicaments, cela ne me concerne pas ! Ainsi, nous adoptons souvent un mode de fonctionnement de ce type.

À propos des personnes exclues des soins qui sont dirigées vers le dispensaire de *Médecins du Monde*, rue du Jura, à quelques centaines de mètres du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, tout le monde considérerait, moi le premier, qu'elles ne relevent pas de notre responsabilité hospitalière. Leur itinéraire ne les menait pas jusqu'à moi ; je n'avais donc pas à les chercher ! J'observe qu'à ce jour, malgré certains progrès leur situation n'est pas pour autant réglée.

C'est en ces termes que se présentent les questions de responsabilités individuelles et collectives. À quel moment l'institution doit-elle assumer la prise en charge d'un problème collectif ? Prenons l'exemple de l'installation de distributeurs de seringues indispensable à la réduction des risques. Chacun trouve de bonnes raisons pour éviter de s'engager et de décider.

Dans la pratique, force est de constater une réelle distorsion entre l'éthique et les faits. Du reste, les instances favorisant la mise en commun de ces enjeux font défaut. Nous ne disposons pas de lieux nécessaires à la confrontation de nos pratiques hospitalières et à la résolution de leurs aspects éthiques ; d'où le manque d'une philosophie de nature à soutenir une réflexion adéquate.

J'accepte que l'on critique la charité, mais dès lors qu'elle est mise en cause il ne reste plus rien. Aujourd'hui encore, tout dépend de l'attitude charitable d'une aide-soignante qui insiste pour que l'on soigne une personne, de celle d'un médecin qui l'accepte, d'un directeur d'hôpital qui décide que pour ce malade la créance sera recouvrable. En de telles circonstances, chacun admet de prendre un risque, un risque éthique, pour reprendre l'expression d'Emmanuel Hirsch. Telle est notre expérience quotidienne. Réfléchissons alors à la conception que l'hôpital a de sa mission de Santé publique. Elle se réduit trop souvent à la maîtrise des dépenses, à la performance dans les soins, à la recherche alors que, face aux épidémies qui

se développent et aux situations humaines auxquelles nous sommes confrontés, il faut être de plus en plus attentifs à ce que représente une véritable prise en charge.

Où se situe réellement la responsabilité collective ? Comment la définir, où en parler, comment la mettre en œuvre ?

Didier Houssin

En fait, l'adaptation de l'hôpital à la nouvelle organisation de la société telle que vous l'avez présentée, doit viser à discerner l'attente de la personne qui veut, avant tout, sortir de l'hôpital et celle de celui qui veut y entrer.

La prise en charge globale

Philippe Denormandie

Je souhaite revenir sur la notion de prise en charge globale. Il s'agit d'un concept de plus en plus utilisé, notamment par les soignants.

Selon moi, il conviendra nécessairement de confronter cette prise en charge globale avec les missions dévolues à l'hôpital. Il s'agit de concevoir la fonction de l'hôpital entre médecine et Santé publique, entre éducation aux soins et prévention au sein d'un environnement. Le malade est ainsi perçu dans sa dimension de personne, dans son contexte de vie. Une prothèse de la hanche n'a pas la même signification s'agissant d'un artisan ou d'un cadre supérieur. Le débat doit donc être appréhendé dans ses multiples significations.

On constate un décalage entre les missions de l'hôpital et un certain nombre de références propres à ses acteurs. Cette situation peut expliquer certains clivages.

Serge Herson

En caricaturant un peu la situation, on arrive à concevoir que les personnes soient prises en charge d'une manière charitable ou d'une manière institutionnelle essentiellement selon le niveau hiérarchique de la personne susceptible de prendre la décision les concernant. Intégré à une logique législative ou administrative, le malade peut bénéficier du système institutionnel que l'on a qualifié d'*high-tech*, efficace mais à certains égards déshumanisé.

Toutefois, si la décision relève de la seule préoccupation individuelle d'un acteur du milieu hospitalier, forcément caritative et à vocation humanitaire, la prise en charge risque d'être moins exigeante que s'agissant d'un processus normalisé. Il convient de nous interroger sur le caractère aléatoire de la situation actuelle. Il paraît insatisfaisant et justifie des évolutions.

Jean de Savigny

Je suis quand même très gêné par tout ce que l'on dit sur le caritatif. Tant que la société n'aura pas véritablement admis que le droit aux soins concerne l'ensemble des individus, les plus défavorisés ne bénéficieront pas du même niveau de prestations que les assurés sociaux.

Nos institutions n'admettent-elles pas que les soins prodigués à titre caritatif soient moins élaborés que ceux auxquels accèdent les personnes qui peuvent faire valoir leurs droits ? Nos pratiques *high-tech* sont-elles mises au service des démunis ? Répondre négativement à cette interrogation, c'est reconnaître que dans notre société il n'est pas de droit aux soins pour tous. Je me souviens de cette personne dont l'état de santé nécessitait une intervention en chirurgie cardiaque ; on acceptait certes de la prendre en charge, mais pas en chirurgie cardiaque ! Il ne convient donc pas de nous payer de mots ! Le droit aux soins n'est pas reconnu. On se contente de concéder le petit surplus aux personnes que l'on ne peut pas laisser sans un minimum d'égards à la porte de l'hôpital.

Sylvie Chantereau

À vous écouter, on constate que les règles de financement déterminent les choix. En fonction des missions qui vous sont imparties, vous disposez de moyens spécifiques. En dehors de ces attributions, il s'agit du domaine du caritatif. L'incapacité pour l'hôpital d'intégrer ce qui semble échapper aux missions qui lui sont fixées, l'implique dans les mécanismes d'exclusion.

Alain Cordier

Sur ce point, il est très important de dire que nos sociétés, nos hôpitaux sont parfois parvenus à ce stade où nous sommes oublieux du sens de notre métier, c'est-à-dire de cette personne malade à laquelle nous devons apporter nos soins.

Pour des raisons d'ordres politique et budgétaire, nous avons scindé les problèmes, alors qu'en face d'un homme, l'obligation de prise en charge globale nous rend parfaitement incapable de distinguer, par exemple, le sanitaire du politique.

Il nous faut résister contre cette tendance qui vise à tout séparer, qu'il s'agisse du sanitaire et du social, de l'État et des départements, de la solidarité et de l'assurance. Au-delà de ces clivages, l'enjeu extrême consiste à maintenir notre conscience du sens. À titre personnel, je ne saurais opposer l'approche hospitalière *high-tech* à une dimension charitable et humaine.

La recherche, l'enseignement et la qualité de l'ensemble des intervenants doivent s'imposer partout. Mais il est indispensable de préserver une interrogation constante sur le sens de nos métiers, sur cette faiblesse qui nous oblige. Interrogeons-nous les

uns et les autres sur notre fabuleuse capacité de procéder à des découpages en matière statutaire, de carrière ou de compétence. Nous nous détournons de la sorte de tout ce qui favorise la rencontre et de la prise en compte de nos véritables responsabilités. Je suis convaincu de l'opposition fondamentale entre justice et charité, puisqu'il y va de l'autre et du tiers. Ce dilemme est très délicat à résoudre ; on se trouve constamment dans une situation incertaine. Il importe donc de nous recentrer en permanence sur le sens de nos missions et de lutter avec exigence afin de mettre à bas un certain nombre de distinctions dont la subtilité contribue à nous détourner de nos fonctions.

Nicolas Dufourcq

Sur le thème de la prise en charge globale, je constate que si vous évoquez avec un député l'activité de sa permanence électorale, il vous parle de prise en charge globale au même titre du reste que le guichetier d'une Caisse d'allocations familiales (CAF). Cette notion s'est donc généralisée, indiquant que le pays va très mal puisque de plus en plus nombreux sont ceux qui interviennent auprès des populations qui se trouvent dans l'incapacité de se prendre elles-mêmes en charge. Dans *La nouvelle question sociale* (Seuil, 1995), Pierre Rosanvallon estime qu'on évolue de la situation d'un État providence passif à celle d'un État providence actif.

Il nous faut envisager non plus de traiter les problèmes globaux de populations mais ceux des personnes dans un rapport face à face. Comment construire un contrat social fondé sur le principe selon lequel une part de la population doit prendre en charge les autres ? Il est vrai qu'on pourrait recourir au modèle des siècles passés avec un dispositif caritatif basé sur le don, le contre-don et la contrepartie religieuse. Mais ces temps sont révolus !

Il convient de réinventer un rapport à la personne qui ne relève pas des principes caritatifs traditionnels. Je ne suis pas certain que les esprits y soient prêts. Depuis 15 ans, on demande au guichetier de la Caisse d'allocations familiales de compenser le phénomène de dilution du lien social. Il ne le supporte plus ; il exprime sa violence à l'égard de ce modèle d'assistance.

La prise en charge d'une personne qui est dans l'incapacité de s'assumer seule n'est pas sans susciter des difficultés de fond. On risque de la rendre – ainsi que sa famille – encore davantage dépendante ; c'est du moins l'impression qui est de plus en plus exprimée à l'égard des personnes assistées.

À titre personnel, je ne suis pas convaincu que l'on puisse mobiliser une société sur le thème de la prise en charge globale. Il nous faut concevoir une approche différente, forcément économique. Nous voilà confrontés aux domaines de la réinsertion par l'emploi qui représente un tout autre sujet de réflexion.

S'agissant de l'accès aux soins, j'observe que dès lors que l'on dispose d'une assurance maladie conditionnée par la résidence sur le territoire français, ainsi que d'une tarification hospitalière à la pathologie, les personnes démunies n'ont aucune raison pratique d'être exclues du système de soins. Seul subsiste le problème de la personne qui est étrangère et ne dispose pas d'un titre de séjour. La notion de résidence mériterait une approche philosophique, dans la mesure où une définition de la nation peut être celle d'un périmètre au sein duquel la solidarité est possible. Hors de la nation, il n'y a pas de solidarité concevable et donc plus de redistribution.

Le droit aux soins

Marcel-Louis Viillard

J'aimerais que le droit aux soins puisse être considéré comme un acquis. Il relève de la définition même de l'être humain en tant que citoyen. En tant qu'homme, on me reconnaît un certain nombre de droits et de devoirs.

Inaliénable, le droit aux soins est d'une valeur équivalente au droit à la vie. Dans la pratique, ne pourrait-il pas s'exprimer dans l'obligation de qualité que nous nous imposons en toute liberté au nom de la solidarité, plus encore que dans l'obligation de résultat ? Ce combat pour la qualité permet d'affirmer que le *high-tech* est nécessairement indissociable d'une perception humaniste de nos responsabilités. Il s'agit de notre obligation morale ; la visée éthique procéderait dès lors de la mise en place, du développement et de la permanence de la démarche performante qu'il nous faut soutenir et maintenir.

En la matière, la volonté politique dépend, pour beaucoup, de la motivation des professionnels et de leur détermination à convaincre les décideurs du bien fondé d'un droit aux soins reconnu dans sa plénitude. La suprématie des valeurs doit être en mesure d'orienter les décisions budgétaires, quand bien même il serait vain de négliger les contraintes financières. Au-delà des réticences, acceptons-nous de considérer ce droit comme un absolu ?

Didier Sicard

Droit aux soins signifie reconnaissance des soins nécessaires. Pour les hôpitaux, cette reconnaissance est de moins en moins évidente.

Un être humain souffrant ne représente pas une abstraction. Il se présente rarement à l'hôpital avec un lymphome ou une exigence de greffe de foie. Comment l'hôpital *high-tech* est-il susceptible de reconnaître et d'accueillir sa demande de soins ? Pour le présent, des structures du type de celles qui ont été initiées, avec une vision caritative, s'imposent.

Jacques Lebas

Cette discussion nous renvoie à la notion de *primary care* (soins primaires), des attitudes et des spécialités développées dans d'autres pays comme la Suisse et l'Angleterre au sein des hôpitaux universitaires les plus *high-tech* qui soient !

L'organisation hospitalière, l'approche institutionnelle et la formation des personnels dans le domaine de la prise en compte des plus démunis sont donc tout à fait compatibles avec des exigences de performances. Pour moi, le caritatif correspond à l'expression d'un élan individuel à un moment donné. Il n'a jamais été dans mon intention d'installer des systèmes caritatifs au sein de l'institution hospitalière. Cela équivaldrait à dénaturer les choses dans un contexte peu propice au travail à long terme. L'objectif vise à s'appuyer sur des sensibilités qui favorisent la prise de conscience des responsabilités sociales qui nous échoient dans l'accueil des personnes démunies en difficulté. Le projet doit pouvoir se développer au sein de l'hôpital, prenant en compte son organisation, ses structures, les compétences de chacun et les savoir-faire.

Pour ce qui me concerne, j'estime que l'on ne peut pas opposer une médecine ou une chirurgie de haut niveau à la notion de prise en charge globale. Ce n'est pas ainsi que les choses se présentent. L'approche globale consiste à témoigner de son attention à l'égard de la personne malade, à tenir compte d'un certain nombre de paramètres. J'observe aujourd'hui que les problèmes d'ordre bioéthique posés par les évolutions biotechnologiques nous ont contraints à mener une réflexion philosophique soutenue, indispensable au développement de ces novations. Nous admettons cette nécessité conceptuelle comme évidente. Il importe de mener une même démarche, s'agissant des questions de précarités que nous évoquons.

Il convient d'ouvrir l'hôpital sur les réalités sociales. En France, près de 11 millions de personnes sont désormais en situation de fragilité. Le droit aux soins est de nature constitutionnelle. La législation, les dispositifs réglementaires permettent à 99,99 % des personnes d'accéder au système de protection sociale. Force est pourtant d'admettre que, dans la pratique, les choses paraissent moins évidentes et simples. Les règlements sont complexes, la culture ambiante semble encore imparfaitement préparée à cette confrontation, l'effort sollicité de la part des intervenants en milieu hospitalier peut générer des tensions au sein de l'équipe soignante. Les murs de l'hôpital sont là pour nous protéger !

Il est donc moins important de constater l'existence de ce droit aux soins, que la façon dont on le bafoue. Il ne s'agit pas tant d'être ou non charitable mais de ne pas accepter d'être pris en défaut pour nonaccès aux soins d'un certain nombre de personnes. Dans notre pays, des droits pourtant essentiels ne sont pas appliqués. Pour ce qui les concerne, les acteurs de la santé doivent assumer leurs responsabilités selon leurs compétences respectives.

Eduard Couty

J'adhère complètement à ce qui vient d'être dit, notamment à propos des notions de solidarité, de droit aux soins et d'obligation de qualité du résultat.

On vit encore aujourd'hui sur la conception de « l'hôpital donjon ». Dans le passé, on y enfermait ceux qu'on ne voulait pas voir traîner dans les rues, puis ceux que l'on ne pouvait pas soigner ailleurs.

Comment ouvrir l'institution hospitalière sur la ville, s'interroger sur sa fonction sociale, sur ses missions, dès lors que ses acteurs donnent l'impression de vivre sur des certitudes, celles de leur science et de leur technique ? Comme s'ils refusaient de partager certains de leurs doutes avec le corps social.

D'autre part, je crois qu'il faut absolument porter le message selon lequel, en tant qu'institution, l'hôpital ne peut plus à lui seul produire les réponses dont se décharge la société.

Il convient de nous ouvrir sur l'extérieur, de faire comprendre la nature de nos doutes et de nos interrogations. Le poids que nous assumons doit être mieux compris et réparti. Nous avons trop le sentiment de nous situer au bout de la route, comme la dernière solution. De ce fait, tout repose sur l'accueil aux urgences ou sur des consultations spécifiques telle Baudelaire ou Verlaine. Ces réponses ont été mises en place dans l'urgence. Au risque d'être provocateur, elles présentent selon moi un caractère de bricolage. On ne peut plus se satisfaire de ce type de solutions ! Si l'on revendique l'affirmation d'un droit aux soins, d'une solidarité réelle, les réponses ne peuvent être trouvées dans l'urgence.

Nous ouvrir sur la ville, c'est certes considérer la situation avec ses enjeux, qu'il existe également d'autres compétences, d'autres structures et d'autres relais avec lesquels envisager des alternatives. Nous ne pouvons pas ignorer ce qui se fait à l'extérieur, avant comme après notre intervention.

C'est à la définition d'un système d'organisation globale qu'il faut désormais consacrer nos efforts.

Emmanuel Hirsch

Je reconnais la valeur de la pratique soignante et de la mission hospitalière dans l'exercice de ce devoir de non-abandon qui vous incite à demeurer présents là où, dans trop de cas, les représentants de la société ont renoncé. Il est certainement une signification dans l'engagement des professionnels de la santé aux avant-postes de la lutte contre les inégalités et les discriminations, en France, comme dans les pays en plus grande difficulté. Au-delà du constat, n'êtes-vous pas inventifs de normes différentes, de principes humains plus actuels et indispensables que jamais ?

Nous pouvons comprendre à travers notre échange que la situation présente est indicative à la fois d'une rupture, d'une évolution et d'une recomposition possible. Par vos missions et en fonction des compétences qui vous sont reconnues, la dimension du soin, de la préoccupation témoignée à l'égard de l'autre vous échoit naturellement. Il s'agit d'un acte de résistance et de l'expression d'une intention, d'une volonté d'engagement dans un mouvement de réhabilitation qui hiérarchise nécessairement ses priorités. Pour le corps social, le signe paraît chaque jour plus clair. Il convient d'assumer une pensée, une réflexion et un débat social susceptibles de reconstituer des réseaux, ce lien social à ce point défaillant ou disqualifié. J'estime donc que votre manière de situer les enjeux de cette confrontation humaine et professionnelle aux défis suscités par les situations de précarité, confère à l'institution hospitalière une mission sociale remarquable qu'il lui appartient de considérer au regard des objectifs qu'elle est amenée à se fixer.

En d'autres termes, vos expériences éthiques portent cette capacité de conception, de renouvellement qui peut contribuer favorablement à l'expression d'une cohérence, d'une cohésion sociale. Tel est de surcroît le sens et la portée de notre réflexion.

Michel Baur

On est confronté à la difficulté d'évaluer ce qui est réalisé à l'hôpital dans le domaine du social. Théoriquement, telle n'est pas notre mission prioritaire. Pourtant, il me semble important d'officialiser les initiatives développées au sein de l'AP-HP, ne serait-ce que pour leur conférer une visibilité et les faire reconnaître en terme de financement.

Force est de constater que la plupart de nos évolutions ont dépendu de transformations ou d'innovations de nos structures. Pour intégrer la question de la mort, des unités de soins palliatifs ont été conçues au sein de l'institution. S'agissant des précarités, des consultations spécifiques se développent ; il en va de même pour lutter contre la douleur. Ces modifications des structures favorisent l'évolution des personnes encore trop attachées à leur statut, à leurs habitudes, à leurs routines. Il est évident qu'à lui seul l'hôpital ne pourra pas tout réaliser.

Au plan des propositions concrètes, je pense donc opportun de prendre l'initiative de la constitution de réseaux médico-sociaux qui pourraient nous permettre d'améliorer la prise en charge globale des personnes en situation de précarité.

Serge Herson

Chaque fois qu'un problème se présente, notre façon de l'aborder et de le résoudre consiste encore trop souvent à le segmenter. On se plaint de ne pas avoir un abord global du malade qui soit uniforme et équitable, alors que nos logiques s'emploient essentiellement à fragmenter. Ainsi, si *a priori* comme *a posteriori* les unités de

soins palliatifs trouvent leur pleine justification, il serait dramatique d'envisager la pérennisation d'une telle spécificité. Progrès certes indiscutable, les soins palliatifs doivent pouvoir s'intégrer à une prise en charge globale des patients.

En dépit de son caractère insatisfaisant, la prise en compte des précarités constitue une urgence manifeste. Toutefois, à terme, les structures mises en place à cette intention doivent pouvoir disparaître, sans que l'on distingue pour autant le traitement de l'ulcère de jambe d'une greffe cardiaque.

La réponse actuelle s'avère encore partielle car la prise de conscience est récente. Il conviendra par la suite de fonder cette pratique dans une activité d'ensemble. Pour ce faire, le recensement de ce qui se réalise sur le terrain est de nature à favoriser les choix, notamment budgétaires, afin d'inciter à la formulation des réponses adéquates.

Michel Dehan

Je voudrais souligner que toutes les propositions fondées sur la réflexion menée au niveau de la prise en charge globale, indépendamment des structures de financement, sont mises en pratique de façon assez régulière et efficace dans le domaine de la pédiatrie. Comme l'enfant est très petit, il est totalement dépendant de son environnement, de telle sorte qu'il convient de le replacer dans son contexte familial. Une telle démarche nous est donc tout à fait habituelle. Y compris s'agissant des réseaux extra-hospitaliers auxquels on a fait référence. Il existe sur l'ensemble du territoire national des réseaux de PMI (protection maternelle et infantile) qui nous permettent d'établir un lien constant entre l'hôpital et la réalité extérieure. De façon courante, des puéricultrices se rendent à domicile, tout comme on se réunit régulièrement avec les psychologues de secteurs ou avec les médecins de PMI afin de prendre en compte la diversité de l'aspect psychosocial de la prise en charge des enfants. En dépit d'une diversité de financements, de structures, d'appartenances, on parvient très bien à organiser ces dispositifs. L'objectif qui prime est cet enfant qu'il nous appartient certes d'entourer davantage qu'un adulte. Sur le plan pratique, cette expérience pourrait constituer un modèle sur lequel travailler à bon escient.

Alain Cordier

Je crois que la difficulté de notre métier ne me paraît pas tant relever de la notion de droit aux soins que de celle de droit aux soins pour tous. Si l'on est certainement en mesure de prodiguer des soins de façon durable, l'environnement et les contraintes doivent en aucune manière nous empêcher d'assumer cette responsabilité au bénéfice de tous ceux qui sollicitent notre assistance. Il paraît à ce propos judicieux de reprendre le texte du Code de déontologie ; sa mise en œuvre représente probablement la tâche la plus difficile qui nous incombe, ne serait-ce que dans cet effort d'articulation de la préoccupation individuelle et des enjeux collectifs.

Nous sommes donc confrontés à des difficultés qui mettent en jeu la notion de responsabilité. À ce propos, ce que dit Jacques Lebas me semble très important. Nous jouissons de droits qui, formellement, semblent parfaits. Tout y est prévu, en particulier s'agissant de la prise en charge, si ce n'est la réserve concernant le critère de résidence qui pose toujours de grandes difficultés. Toutefois, nous sommes confrontés au fossé qui sépare ce droit de son application pratique. Lorsque l'on est pauvre, il faudrait être en mesure de le prouver. Or, je prétends que dans de telles circonstances on ne peut pas ou on ne souhaite pas avoir à prouver quoi que ce soit. Dès lors, les mécanismes ne fonctionnent plus et notre système de protection complémentaire s'avère inefficace.

J'estime que, confrontée à cet enjeu éthique notre administration doit être convaincue du sens de son métier qui la renvoie à la cause du malade, quitte à envisager comme relevant de sa mission un véritable devoir de risque. Devoir et capacité d'aller, si nécessaire, au-delà du simple aspect réglementaire qui constitue pourtant son devoir premier. Si l'administration doit respecter et faire respecter la loi, elle n'en est pas pour autant quitte. Il lui incombe de concevoir cette notion de responsabilité prioritaire au service d'autrui. Nous devrions trouver les moyens d'inciter les personnels administratifs à prendre conscience du sens de cette responsabilité qui ne leur permet pas d'être quitte du fait de la stricte application d'une réglementation.

De même, comme cela vient d'être évoqué, il existe un formidable danger dans la pratique médicale hospitalo-universitaire, dès lors qu'elle s'emploie à découper en spécialités et en sous-spécialités les différentes compétences. Il faut se prémunir de toute spécialisation excessive qui empêche une vision d'ensemble des missions qui nous sont imparties. Dans ce domaine, l'interrogation éthique me semble pleinement justifiée.

Le problème de la prise en charge globale est moins délicat à aborder que celui du travail en équipe autour du malade, quelle que soit la compétence ou la fonction. S'il est indispensable d'associer dans un véritable projet, sérieux et technicité, isoler les pratiques de leur contexte humain n'a aucun sens.

Pour l'administration, l'exigence éthique renvoie à l'exigence de responsabilité, à la prise de risque, y compris en dépit du règlement. Pour les soignants, il s'agit d'accepter la notion d'équipe afin de porter, à son niveau le plus élevé, le sérieux et la rigueur de l'approche de la personne malade.

La loi hospitalière fait référence à l'obligation d'accueil et aux modalités de prise en charge des situations d'urgence ; elle nous confère également la mission de nous préoccuper de ce qui se passe, en dehors de nos murs, après une hospitalisation.

La séparation des genres n'est pas compatible avec l'exigence première de la vocation hospitalière.

Liberté et autonomie

P. Deberdt, P. Biancardini, C. Guillou, A. Blays, B. Boura, O. Brix, F. Brunet, D. Duncel, J.-M. Faucher, J. Hassin, E. Hirsch, J. Lebas, M. Paoli, M.-A. Pennanech, P.-L. Rémy, B. Thiollaz (de)*

Logique des soins et précarité

Rapporter les thèmes de liberté et d'autonomie au problème de la précarité qui nous préoccupe, soulève un ensemble d'interrogations sur la pertinence de ces termes et sur la relation des personnes avec le secteur institutionnel qu'elles fréquentent. En effet, si dans un premier temps, on peut poser en postulat que la précarité n'altère pas forcément la jouissance des libertés et la pratique de l'autonomie, on s'aperçoit cependant que la progression dans la précarité, jusqu'à son terme l'exclusion, dénature profondément les échanges avec l'environnement.

L'autonomie et la liberté supposent, en effet, une certaine reconnaissance de la personne dont témoigne l'attitude de l'autre. Quelle reconnaissance s'applique à celles et ceux qui exposent, au vu de tous, la perte des attributs qui confèrent un minimum d'autonomie ? Perte des capacités à demeurer acteur des échanges, perte des liens sociaux et familiaux et perte des repères temporels parfois.

Quelle que soit l'ampleur de ce déficit, c'est un message de vulnérabilité qu'il véhicule et impose aux autres. À terme, l'altération de la reconnaissance détermine une altération de l'autonomie, ne serait-ce qu'à travers la mise en doute de la crédibilité.

Dès lors, comment interpréter la liberté ? Est-on vraiment libre si l'on n'est pas autonome par rapport aux autres, si l'on affiche des relations de dépendance ici, une absence de relation là ? Est-on à même d'assumer son autonomie et d'en obtenir le respect ? Plusieurs interprétations sont possibles, mais il nous est apparu tout au long de cette réflexion que, quel que soit le point de vue selon lequel on se place, la précarité détermine une altération au moins partielle de l'expression des notions de liberté et d'autonomie.

L'univers institutionnel au sein duquel nous évoluons quotidiennement, nous en fournit nombre d'exemples en écho aux attitudes dominantes de notre société : affaiblissement des liens et valeurs traditionnels, montée de l'individualisme. La précarité, l'exclusion y sont perçues à travers le prisme d'une considération collec-

* Voir liste complète page 527.

tive rapidement limitée par l'invariable défiance individuelle. La prolifération de dispositifs à finalités diverses n'a pas fondamentalement changé les choses, même si la prise en charge médicale des démunis a heureusement évolué.

La liberté devient une notion très relative lorsque les choix de vie sont pratiquement impossibles car ingérables. L'autonomie est inexistante lorsque la vie même est menacée, hypothéquant ainsi toute forme de reconnaissance d'un libre arbitre. Tel est le cas des personnes qui refusent l'hébergement de nuit au plus dur de l'hiver. Certains ont cru pouvoir disposer de la liberté d'autrui, argumentant que l'état de détresse des personnes concernées abolissait toute capacité de consentement éclairé. D'autres se sont élevés pour rappeler que la liberté ne s'affaiblit pas proportionnellement à la déchéance physique et qu'il reste une liberté – l'ultime liberté –, celle de choisir, même au risque d'une mort qu'il importe du moins de respecter, à défaut de l'accepter.

Ceux qui se découvrent hors normes

Un nouveau monde, dédale de renoncements, s'organise sous nos yeux. Plus la précarité augmente, plus la vulnérabilité s'affiche et plus l'autonomie se restreint. Les décisions qui nous paraissent habituellement relever de notre libre choix ne s'expriment, dans cet univers, que par l'adhésion à un modèle comportemental dont la finalité viserait à juxtaposer précarité et équilibre social. En d'autres termes, la personne vulnérable devrait adopter un comportement conforme à ce que la société attend d'elle, réplique d'un discours de victimisation appuyé sur une image de dépendance. Il faut avoir l'air pauvre et surtout « bon » pauvre pour recouvrer dans ce nouveau rôle une parcelle de crédibilité.

Entrer dans la précarité c'est pousser la porte du discrédit. Au-delà de cette limite votre liberté n'est plus valable, sauf à rompre – volontairement cette fois – avec la société. Le monde hospitalier auquel nous appartenons n'échappe pas à cette règle. Conçu théoriquement pour venir en aide à toute détresse de nature médicale, il opère parfois une distinction entre les personnes. L'instauration du pré-paiement par exemple, portait en germe la remise en cause de sa mission originelle lorsque se présenteraient des personnes hors normes. De fait, à travers l'introduction de l'entretien social, l'hôpital propose en quelque sorte un contrat aux malades en situation de précarité. Le retour à la norme doit accompagner les soins. On peut s'interroger sur sa légitimité, et sur l'existence de dispositions de même nature chez tous les consultants, indépendamment de leur niveau de richesse.

De même, en ce qui concerne les soignants, peut-on s'interroger sur l'existence et l'importance de leur liberté face aux demandes exprimées dans le champ de l'exclusion. Si l'autonomie paraît large vis-à-vis des patients, n'est-elle pas très

réduite envers l'institution ? Il est clair que le degré de conscience des problèmes d'exclusion chez les professionnels de santé varie beaucoup en liaison avec de nombreux facteurs tant culturels que professionnels ou sociaux. La notion de précarité a un effet miroir qui n'est pas neutre sur notre propre image. Certains l'acceptent, d'autres le refusent. La marge de manœuvre individuelle reste étroite, sous la double dépendance des prises de position institutionnelles et de la lecture que chacun fait des situations qu'il rencontre.

Les fragilités de notre société

En définitive, des finalités perçues comme contradictoires : médicales, économiques, d'organisation, d'image, bornent non sans ambiguïté, l'engagement de l'hôpital dans l'accès aux soins. Il semble en effet à l'observateur averti, que les équipes qui s'engagent dans ce domaine le font au risque d'une marginalisation dans leur pratique comme dans l'institution. Peu ou prou, elles se trouvent prises dans le champ du discrédit, de la suspicion, et progressivement la relation au reste de l'hôpital, se transforme. Souvent constituées de quelques personnes investies dans une activité en marge de celle qui représente la fonction principale du service, ces équipes ressentent l'affirmation d'une différence, d'une remise en cause qui les amène parfois à se voir demander au service de qui elles interviennent. Ici également, le processus de réduction concentrique de l'espace d'autonomie aboutit, à terme, à une limitation aussi réelle que non avouée du libre arbitre des soignants.

Autonomie réduite, libertés partielles, incertitude majeure, le triptyque vulnérabilité, précarité, exclusion affiche toujours l'image brouillée d'une réalité complexe. Autour des thèmes de liberté et d'autonomie se joue aujourd'hui, dans l'hôpital comme dans la société, une partie qui nous semble mériter un minimum d'intérêt. Les phénomènes que nous avons évoqués, loin de disparaître constituent probablement une part de notre environnement pour longtemps. Les processus d'adaptation en cours dans le monde contemporain sont à peine identifiés et leur terme n'est aucunement perceptible. De fait, que signifie encore cette fracture sociale dont on parle si souvent, alors que se constitue déjà une autre société, hors jeu, qui fragilise la nôtre en profondeur ? Comment s'organisent et se régulent les interactions entre ces mondes mitoyens ? Quelle est la place d'une réflexion éthique hospitalière face à ces enjeux ?

Responsabilité et justice sociale

E. Hirsch, P. Aïach, P. Deberdt, P. Babin, P. Biancardini, A. Blays, B. Boura, O. Brixi, F. Brunet, D. Dunckel, J.-M. Faucher, C. Guillou, G. Brücker, J. Hassin, M. Hirsch, J. Lebas, A. Nardin, M. Paoli, M.-A. Pennanech, P.-L. Rémy, B. Thiollaz (de)*

La charge éthique d'une responsabilité personnelle

Est-ce que l'éthique en tant que telle peut définir une approche des problèmes de précarité ? Selon quelles modalités ? Pour quelles notions ou questions spécifiques ?

Dans la lecture éthique des mots, pourquoi emploie-t-on désormais des termes tels que *précarité* et *vulnérabilité* ? Nous devons être attentifs à la perversité de l'usage des mots tels qu'exclusion ou précarité : des gens que l'on dit et définit comme *précaires* sont dans bien des situations au fond du gouffre ! En observant les questions de vocabulaire, force est de constater qu'elles traduisent très bien notre perception des réalités. Un changement sémantique s'est opéré. *Exclu* est un mot en vogue depuis 20 ans. Avant il était plutôt question des *pauvres*. Le phénomène est devenu actif ; nous sommes confrontés à la dynamique de situations humaines qui évoluent vers la relégation sociale. Une personne qui n'est pas encore exclue peut le devenir. Dans un premier temps, la précarité est bien souvent incertaine, faite d'aller-retour. On peut vivre simultanément des deux côtés de la barrière. Les mots nous renvoient donc à différentes perceptions qui correspondent à autant de pathologies de la société.

L'intérêt porté aujourd'hui à la précarité constitue aussi un signe déterminant : chacun se sent désormais plus ou moins confronté à une vulnérabilité sociale qui le menace directement. Ce sentiment de proximité de la précarité ne nous permet pas le maintien de la position extérieure et neutre de l'observateur ; nous sommes partie prenante et à bien des égards en charge d'une responsabilité. Aux *nouveaux riches* se sont progressivement substitués les *nouveaux pauvres* qui nous renvoient à l'image de ce que l'on risque d'être, de devenir. Cela explique bien des indignations.

Le terme d'exclusion constitue un recours utilitariste. Il permet de faire l'économie d'une analyse de notre société, de sa structure sociale, des conflits sociaux entre

* Voir liste complète page 527.

les groupes, entre les classes qui la constituent pourtant indispensable à notre approche des processus d'inégalité. Désormais notre vision du monde relève de la détermination de deux groupes identifiés : les *exclus* et les *inclus*. Faut-il le rappeler ? : les *exclus* sont exclus de tout. L'utilisation de termes génériques aux définitions incertaines peut être pernicieuse ; elle neutralise les dimensions humaines et sociales de situations qui en appellent à des réponses d'ordre politique. Ainsi, dans certains textes les mots *précarité*, *exclusion*, *pauvreté* sont utilisés les uns à la place des autres, excluant ainsi toute réflexion approfondie, toute prise en compte spécifique d'enjeux différenciés. Que signifie ainsi la relation de la notion de précarité avec celles de santé et de responsabilité sociale ? Comment repérer l'articulation entre précarité et exclusion ?

La précarité nous renverrait à une notion plus dynamique que celle d'exclusion, à l'idée de fragilité. Le patient qui vient en consultation présente un cumul des fragilités, non seulement en ce qui concerne sa santé, son corps, mais aussi dans son rapport aux autres, aux droits comme par exemple celui de bénéficier d'un hébergement. La prise en compte et l'analyse d'un tel cumul de déficits permet de travailler plus largement sur l'accès aux soins et sur les problèmes de santé. Les consultations constituent des lieux d'observation de tels phénomènes. Pourtant elles ne permettent que rarement de parvenir à des solutions satisfaisantes ; leurs réponses sont très partielles. Ne convient-il pas, malgré tout, d'œuvrer afin de réduire les inégalités en concevant dans ses significations et ses extensions le concept d'accès aux soins élargi ? N'importe-t-il pas de renverser notre regard, de modifier les modalités de nos perceptions afin d'envisager nos responsabilités comme autant d'engagements qui nous sollicitent et nous incitent à une attention différente, plus juste, plus soucieuse, plus déterminée ? Nos conceptions de la notion de service public nous obligent à l'égard de tous.

Droit, justice et paix sociale

Le terrain de la morale, au sens classique, ne peut pas être évité même si l'éthique constitue pour certains une notion récente qu'ils conçoivent d'un usage récent, voire adaptatif. L'éthique renvoie à la question de l'attitude, du comportement *face à*, plus encore *avec* l'autre, auprès de lui. Il convient de nous attacher à l'invention de réponses appropriées et de nature à réinscrire la personne dans notre conscience collective. La porte d'entrée éthique des problèmes évoqués semble donc relever de la notion de responsabilité : à la fois identifier la responsabilité et les responsables ; ceux qui ont à assumer les responsabilités. Qu'en est-il aujourd'hui de l'exercice concret de responsabilités confrontées à des réalités souvent inédites ? Comment, également, antérioriser une situation, éviter le pire ?

Il s'agit de concevoir la responsabilité dans un sens élargi, qui pose aussi la question de la culpabilité. Car à la honte éprouvée dans l'exclusion répondent la culpabilité et les comportements d'évitement qui visent à se préserver du sentiment de culpabilité. Dans cette coupure du *précarisé* du monde de ses semblables, la référence centrale à la honte s'impose. Elle apparaît déterminante pour le patient qui vient présenter sa misère, sa béance, sa blessure. Malgré tous les systèmes de communication imaginables, nous ne parviendrons pas à réduire ce sentiment de honte. Il s'agit d'une forme de honte à vif, à cru. Et puis il y a la honte éprouvée par la personne à laquelle cette honte s'adresse ; on lui expose et remet cette honte. Le contact quotidien avec les blessures d'ordre économique, familial, physique, psychologique et psychique assigne à la honte. Où donc cette honte peut-elle se déposer ? La prise en compte de la honte permet de penser à l'importance de tout ce qui concerne la dignité d'un être humain. Il s'agit là de l'un des éléments majeurs qui caractérise les personnes en situation d'exclusion et de rejet : une certaine perte de leur dignité. La restauration, la réhabilitation de cette dignité représente un des éléments-clés de la réparation.

C'est du fait de cette culpabilité éprouvée par des soignants que la santé est venue imposer un débat éthique impliqué dans le champ de la précarité. Il importe donc de ne pas limiter notre approche à la responsabilité de premier niveau, celle qui concerne plus particulièrement des personnes qui sont au contact direct avec les réalités de la marginalité. La responsabilité interroge l'ensemble de la communauté.

La notion de responsabilité renvoie également aux principes de la justice sociale : au politique. Une justice pas seulement conçue en terme de réparation. Il s'agit d'un référent immédiat qui implique la question des droits fondamentaux reconnus à toute personne, à tout citoyen. Le droit à la santé est uniquement posé en termes de traitement et de réparation, alors que chacun sait que la santé ne recouvre pas uniquement les soins mais plus encore une approche globale de la personne dans son environnement.

Si l'on examine l'idée de justice, nous sommes renvoyés au domaine du droit, de l'énoncé théorique et normatif alors que dans l'exercice d'une responsabilité nous envisageons nos obligations au regard de l'expression concrète du faire, d'un agir qui se doit d'être conséquent et validé par une efficacité. Enjeux de ce *face-à-face*, de cette résolution du dilemme entre un énoncé par trop théorique et la pratique au quotidien qu'il importe de considérer dans sa complexité et son urgence. À bien des égards, il s'agit d'assumer une responsabilité de citoyen, voire de militant.

On peut considérer que les droits fondamentaux renvoient aux principes *inba-fouables*. Nous vivons avec l'idée que du fait de notre système de protection sociale, le droit à l'accès aux soins pour tous est implicitement reconnu. Or, dans la pratique, pour des raisons complexes le droit à l'accès aux soins – pourtant techniquement et théoriquement possible – n'est pas également assuré. Il n'est

d'ailleurs pas sûr que le droit aux soins assure totalement le droit à la santé. Désormais, il n'est plus possible de croire que l'on puisse accéder au droit à la santé par la médiation de réformes politiques. Le droit inscrit dans la Constitution pose pourtant le principe qui permettrait de bénéficier équitablement des soins nécessaires. Dans le droit à l'accès aux soins, la justice et la paix sociale sont directement en cause.

Le concept de droit de l'homme s'est dégradé depuis quelques années. Là où il n'y a plus de droit, persiste une dernière revendication basique : le droit à la santé, en fait celui de ne pas mourir dans l'indifférence et l'abandon. De quoi s'agit-il ? Quelle est désormais la place occupée par la santé et ses représentations sociales au sein de notre système social ?

Dans les consultations de l'extrême, là où l'État déserte, médecins, soignants et administratifs persistent encore. Il convient donc d'être attentif à la valeur et au sens éthique de leur résistance, plus encore d'envisager les médiations qui permettront d'associer la communauté nationale à leur projet, à leur exigence de vie affirmée malgré tout.

Comment comprendre et évaluer la portée pratique, la signification de l'intervention et des réponses apportées à la personne en situation de précarité ? Comment intégrer les impératifs d'une intervention dans l'urgence avec les enjeux d'un suivi susceptible d'accompagner l'évolution d'une situation, voire de considérer les causes profondes afin d'être en mesure de les modifier ?

La réflexion éthique devrait permettre une analyse des principes, des conditions, des pratiques et des limites de l'intervention en cherchant à identifier les différents types de réponses à produire. D'un point de vue éthique, il semble fondamental qu'au-delà de la prise en charge médico-sociale de la personne, un projet de fond soit directement construit en fonction de ses besoins, de ses demandes.

Droit à la santé, droit ultime

En France, c'est par une approche relevant des préoccupations de la santé que la précarité est devenue un thème sensible qui entraîne un phénomène d'accélération de la prise de conscience.

Les questions éthiques relatives aux situations de précarité mettent en lumière tous les problèmes auxquels se trouve confronté le système de santé. Il ne s'agit pas d'un problème local. Nous sommes tout d'abord confrontés au problème de la priorité des moyens : cela revient à la gestion concrète dans les hôpitaux, à l'orientation des patients. D'autre part, il convient de s'interroger sur ce que représente le soin. Quelle est la responsabilité du monde médico-soignant par rapport à cette

maladie de société que constitue désormais la précarité et comment concevoir sa *non-responsabilité* ? Plus structurellement, il paraît difficile d'envisager une approche collective de ces situations dès lors que le champ du social et celui du médical sont organisés indépendamment l'un de l'autre. Ne conviendrait-il pas de viser à une action plus globale afin de prendre en compte les souffrances de la société ?

Le droit à la santé constituerait-il un droit ultime ? L'assistance médicale aux plus hautes détresses humaines pourrait-elle se substituer aux carences de la vocation politique ? L'ordre et le registre du soin incarnent le principe d'une volonté, d'une vigilance qui se veulent soucieuses du devenir collectif. Institutions hospitalières et communauté soignante sont investies d'une responsabilité à la fois humaine, sociale et morale sans précédent. Il leur est demandé d'initier les réponses, voire les solutions qui s'imposent comme autant d'obligations dont dépend directement le devenir de la cohésion, du lien social.

L'institution hospitalière doit toutefois envisager et reconnaître ses propres limites. Est-il de sa responsabilité d'assumer des situations de précarité qu'on médicalise trop souvent sans que cela soit véritablement justifié ? Suffirait-il d'appliquer des soins pour éradiquer la précarité ?

S'agissant de la prise en compte de la précarité au sein de l'institution, il ne faut pas omettre de poser le problème de l'affrontement et de la contradiction entre d'une part, des logiques et des conduites individuelles et d'autre part, celles qui relèvent d'enjeux collectifs. La précarité suscite souvent des initiatives individuelles. Lorsqu'elles s'institutionnalisent, elles peuvent perdre une partie de leur richesse et de leur créativité.

Une fois tous les obstacles administratifs levés, trouvera-t-on encore la nécessité d'un accueil spécifique ou d'une écoute adaptée à des personnes qui auraient besoin de bénéficier d'autres filières que celles qui sont habituellement identifiées ? La notion de prise en charge globale oriente la politique d'une institution qui est plutôt dominée par le pouvoir médical. La médecine de précarité est ainsi déportée à la marge de l'institution. Le dialogue de l'institution et des associations constitue dès lors une médiation nécessaire de nature notamment à réhabiliter la notion de citoyenneté.

L'évaluation du risque nécessaire à assumer et les conséquences de l'implication des intervenants doivent être considérées avec attention. Ainsi, les soignants attendent-ils un apport conceptuel susceptible de structurer et d'orienter leurs pratiques. La lucidité acquise à travers leur expérience, leur permet-elle de définir le cadre de leurs responsabilités individuelle et collective ?

De nombreuses personnes en situation de précarité ne présentent pas dans l'immediat des problèmes de santé majeurs. Elles sont plutôt en demande de reconnaissance, d'identité, d'écoute. Le soignant s'engage dans l'exercice d'une res-

ponsabilité qui excède la stricte définition de sa mission professionnelle pour assumer son rôle de citoyen.

Il convient de prendre garde à une vision réductrice. La santé constitue seulement l'une des réponses qui peut être apportée à la précarité. Au contact des personnes extrêmement désocialisées, un des angles d'approche est d'ordre médical ; il s'agit peut-être du plus simple à concevoir. Quand les personnes se retrouvent dans la marge la plus extrême, tous les moyens sont bons pour renouer un lien dont celui de la prise en charge sanitaire. Avec l'émergence de l'abord médico-social, n'est-il pas possible d'envisager une nouvelle dimension de la pratique soignante ?

Aborder la question de la précarité par le biais de la santé produit des effets idéologiques. Lutter contre la précarité dans le domaine de la santé peut masquer toutes les défaillances des aspects non-sanitaires du système social, ceux qui sont souvent à l'origine de la précarité. Revient-il au système de santé de prendre en charge la dimension politique de la précarité ? Une telle considération concerne également l'action humanitaire. À l'alibi humanitaire peut correspondre l'alibi sanitaire. Pourquoi les médecins deviennent-ils nécessairement les seuls ministres de l'humanitaire ? À quels manquements et indifférences doit se substituer la force et la résolution de leur engagement ?

La précarité ne nous interroge-t-elle pas sur l'évolution des pratiques médicales ? Le développement des technologies de prise en charge a exclu les soignants d'une partie de la relation avec l'être humain, avec le patient. À l'origine, la démarche médicale n'est pourtant pas une démarche technologique : elle est avant tout humaniste. Cette amputation entraîne un besoin de retrouver une force de communication ressentie encore plus nécessaire à l'égard des personnes extrêmement isolées du fait de leur précarité, en rupture de communication. La contradiction, entre une société qui développe des outils de communication évolués et des individus isolés dans leur microcosme, apparaît dès lors évidente. Précarité et santé illustrent cette crise de la communication.