

NUMERO 101 - AVRIL 2020

Charivari dans le travail social ? Une vignette

« *O tempora, o mores*¹ ! » Une planète malade, des inégalités partout présentes, des hôpitaux que l'on a appauvris et sur lesquels on compte pour sauver le pays d'une pandémie exponentielle...

Médias et experts s'occupent inlassablement de faire connaître leurs avis plus ou moins argumentés sur la question.

Que se passe-t-il du côté de l'intervention sociale en cette période de découverte d'extension de l'épidémie et de réajustement des pratiques professionnelles ?



Face aux rues désertées et aux maisons bouclées, la tension de nombre d'intervenants du secteur social et médico-social a progressivement bousculé des formatages et des habitudes, montrant la volonté de mener à bien leurs activités « quoi qu'il en coûte ».

Du côté des tutelles, les ordres et contre-ordres - en attendant toujours mieux et plus clair - ont induit un désordre certain. Il a fallu, au gré d'erratiques annonces étatiques dont les interventions présidentielles, répondre aux établissements impatients de savoir comment fonctionner. Aux inquiétudes ont succédé des interrogations sur les actions à mettre en place et les précautions à prendre (gestes barrières entre autres). Emballlements et attente de consignes ont fait le quotidien des décideurs locaux pris dans des enjeux qui les dépassent presque toujours.

Les institutions sociales tentent toujours de s'adapter à une situation inédite : maintenir les liens entre professionnels et usagers sans mettre les uns et les autres dans un danger aussi omniprésent que difficile à déceler, modifier les modalités de travail sans déroger aux mandats qui leur ont été donnés, utiliser les ressources disponibles sans trop grever les budgets. Le télétravail - nom de code d'une ébullition domestique au service d'un social à la peine - est devenu le modèle à suivre. Le travail social, censé préserver le lien du même nom, a mis en ordre de bataille ses agents pour faire perdurer les équilibres sociaux-économiques, les rapports de force et les alliances en place.

Du côté des professionnels, pas question de laisser les usagers dans l'abandon ou la détresse, réels ou fantasmés. Moultes opérations ont été mises en place pour gérer autant que faire se peut les conséquences de l'épidémie pour les personnes accompagnées et compenser la perte de proximité avec elles. C'est tout à l'honneur des professionnels car, pour une partie non négligeable de ces personnes, le choc est rude : perte de points d'appui, angoisse pour l'avenir et peur de ne pas échapper à la maladie. Difficile pour certains dans ce contexte de trouver la voie médiane entre sauver-protéger des usagers et co-construire avec eux des modalités de gestion de situations qui, souvent précaires, sont rendues encore plus complexes.

Les usagers montrent de réelles capacités d'adaptation à la situation. D'aucuns tirent profit des tiroirs qui viennent de s'ouvrir : la possibilité de solliciter les professionnels autant qu'ils le souhaitent, de (re)créer des liens quelque peu différents, d'investir la prise en charge qui leur est proposée - légitimant ainsi les efforts déployés par des intervenants sociaux progressistes. D'autres se carapotent, saisissent l'occasion

¹« Ô temps, ô mœurs ! », phrase écrite par Cicéron pour exprimer son indignation envers un gouverneur accusé de corruption (In *Les Catilinaires*).

de se faire oublier de ces accompagnateurs qui leur veulent tant de bien, faisant preuve d'un pouvoir d'agir et d'une autonomie évidents. Cela laisse à penser que les usagers savent quelque chose de ce qui leur arrive, même s'ils n'ont pas - comme tout un chacun, du reste - la maîtrise de leur vie.

Conclusion :

Tutelles, institutions, professionnels et usagers sont dans des logiques qui leur sont spécifiques. Pour autant, ils interviennent au sein du travail social, appareil d'Etat qui répercute et impulse des orientations politiques et économiques.

En outre, l'épidémie actuelle confirme l'idée que le travail social a deux sortes de destinataires, explicites et implicites : respectivement les usagers et ceux qui s'en occupent, de près ou de loin².

L'interdépendance entre les deux se fait jour. Sans dire que le malheur des uns ferait le bonheur des autres, il est primordial pour des personnes outrageusement précarisées que les services sociaux existent et se pérennisent, tout comme il en va de l'existence de ces services et de leurs tutelles d'avoir à accompagner des situations complexes. Chacun, pour ainsi dire, est pour quelque chose dans les conditions de survie de l'autre.

Claudine Hourcadet - mars 2020

²Saül Karsz, **Pourquoi le travail social ? Définition, figures, cliniques**, Paris, Dunod, 2011, chapitre 3.

Une controverse sanitaire pas seulement scientifique



Valse d'hésitations puis décisions prises par l'Etat avec leurs paradoxes, leurs démentis, leurs impératifs appuyés par des amendes, l'absence de moyens et de matériel, le manque d'anticipation.

Didier Raoult, spécialiste des maladies infectieuses en France, qui a publié de très nombreux articles sur ce sujet dans le monde entier, dirige l'Institut Hospitalier Universitaire de Marseille (IHM). Le 26 février dernier, il fait part de la mise en place d'un traitement pour soigner le Covid-19 - associant deux médicaments : la chloroquine et

l'azithromycine - pour sa double action antibiotique et antivirale. Cette déclaration est suivie le 23 mars 2020 d'une publication dans le journal scientifique **Nature**. L'étude porte sur une faible cohorte de malades, pour une partie desquels ce traitement a été efficace. Il propose une stratégie de lutte contre la pandémie : dépistage systématique, confinement des patients positifs et traitement avec ces médicaments.

Certaines instances scientifiques réagissent immédiatement en s'opposant de manière virulente à ces propositions, allant jusqu'à qualifier la nouvelle de « Bullshit³ ». Martin Hirsch, directeur de l'APHP, refuse toute écoute de cette proposition et discrédite publiquement l'étude ainsi que la réputation de son auteur. Le Conseil d'experts auprès du gouvernement présidé par le professeur Delfraissy, Président du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), exprime son désaccord à la mise en place de ce traitement et au dépistage massif préconisé. Didier Raoult, qui sera invité à l'Élysée pour être entendu, se désolidarise de ce comité d'experts. Pour permettre de valider ou non les résultats préliminaires du Professeur Raoult sera finalement commandée, malgré l'urgence sanitaire, une étude élargie d'une durée de 6 semaines avec dépistage massif et traitement des personnes contaminées. En attendant ces résultats, la communauté médicale n'est pas autorisée à prendre le risque d'administrer un traitement susceptible d'avoir une

³Prononcé par le Professeur Bleibtreu, médecin infectiologue à la Pitié Salpêtrière le 28 février 2020 sur les ondes, qui s'excusera dans un tweet sur ces propos trois semaines plus tard

certaine efficacité à défaut d'une efficacité certaine. Pour expliquer cette attitude, sont mis en avant une toxicité du médicament et le caractère limité et préliminaire de l'étude. En attendant, le nombre de morts se multiplie chaque jour. Quid de l'élargissement du dépistage, deuxième volet de la proposition du Professeur Raoult ?

La population ne peut qu'être déboussolée par ces querelles d'experts alors que la nouvelle d'un éventuel traitement apportant une lueur d'espoir permettrait d'accepter plus sereinement les contraintes et le confinement. Ce traitement utilise des médicaments anciens, dont les brevets sont tombés dans le domaine public et qui coûtent peu chers. En pleine crise économique, en partie provoquée par la crise sanitaire, ces molécules sont à la portée des finances publiques. Placées en janvier 2020 par la ministre de la santé Agnès Buzyn au rang des médicaments vénéneux, elles ne sont accessibles que sur prescription médicale ; principe de précaution oblige, un surdosage (comme pour le Doliprane) pouvant être toxique, des effets secondaires - bien connus des internistes, dermatologues, rhumatologues, prescripteurs habituels de ces molécules - pouvant survenir dans certaines conditions.

Le 18 mars sur son blog, Jean-Dominique Michel, anthropologue vivant en Suisse, publie un article qui vient en soutien des annonces du Docteur Raoult. Il se présente comme spécialiste des politiques de santé avec une longue expérience de terrain. Son article très argumenté, avec des statistiques, insiste sur le respect des directives gouvernementales de confinement, et, dans le même temps, vient étayer la thèse de Didier Raoult.

Cet article circule au sein de la communauté scientifique internationale et française. Les réactions sont virulentes. Ses propos sont immédiatement disqualifiés du fait de son intérêt pour des pratiques pas très « orthodoxes » : sa fonction d'anthropologue a conduit J.-D. Michel à écrire sur les pratiques traditionnelles chamaniques et les médecines parallèles. On lui fait grief de l'absence de référence à des critères scientifiques énoncés pour les tenants de l'EBM, *Evidence Based Medicine* « qui fonde toute décision médicale sur des connaissances théoriques, le jugement et l'expérience, mais aussi des preuves scientifiques⁴ ».

Une seconde étude, publiée par l'équipe de l'IHM le 28 mars, est analysée dans Heidi.news⁵. Elle démontre que Didier Raoult ne respecte pas dans ses études les critères définis dans les EBM qui sont gradés en quatre niveaux de A à D, ce dernier constitué d'une méta-analyse issue d'essais randomisés contrôlés avec un fort indice de confiance et un suivi supérieur à 80 %.

Dans le même temps, une pétition circule sur Internet pour obtenir l'autorisation de prescription de la chloroquine pour les patients hospitalisés. Des interventions politiques se manifestent : le président de la collectivité de Corse demande officiellement que la région bénéficie du même dépistage et des mêmes soins proposés par l'IHM et que les médecins libéraux soient autorisés à les prescrire dans leur pratique de ville. Sous cette pression grandissante, le nouveau ministre de la santé annonce le 26 mars la publication d'un décret d'autorisation de l'utilisation de la chloroquine.

Faisons un détour par l'histoire du POLMIT, laboratoire de recherche de l'IHM, fondé et dirigé par Didier Raoult. Il est créé en 2010 lors de la mise en place des IHU (Instituts Hospitaliers Universitaires), seul pôle de recherche sur les maladies infectieuses en France. Les projets des IHU ont été sélectionnés par un jury européen, présidé par le neurologue suisse Richard Frackowiak, en fonction de leur niveau d'excellence. Leur statut de fondation leur permettant de bénéficier de fonds privés -notamment des laboratoires pharmaceutiques- est remis en cause en 2017, sous l'égide de la ministre de la santé Agnès Buzyn. Cette remise en cause aurait pu avoir comme double conséquence la baisse de leur budget de recherche de 50% (soit pour l'IHM 200 Millions d'euros) et la mise des IHU sous la tutelle de l'Inserm. Didier Raoult, avec l'appui de Richard Frackowiak qui n'hésite pas à mettre son mandat de Président en jeu, obtient le maintien du statut des IHU.

⁴Sackett DL & al., « *Evidence based medicine: what it is and what it isn't* », *BMJ*, vol. 312, n° 7023, janvier 1996

⁵<https://www.heidi.news/articles/coronavirus-didier-raoult-enfonce-le-clou-avec-une-deuxieme-publication-sur-la-chloroquine>

En 2018, l'Inserm dirigé par Yves Levy et le CNRS, retirent leur label au laboratoire de recherche de l'IHM sans justifier cette décision.

Il est possible de faire plusieurs lectures de cette « petite histoire » car, si l'affaire est présentée sous un jour scientifique, elle révèle en même temps les idéologies qui sont à l'œuvre et qui président aux choix.

Toutes les unités de recherche doivent se conformer aux protocoles dictés dans les règles des *EMB*, même si ceux-ci ont fait l'objet au sein de la communauté médicale de multiples contestations.

Si le but de l'*EMB* est de renforcer l'objectivité de la recherche scientifique, celle-ci est nécessairement articulée à l'impossible neutralité des chercheurs et de leurs commanditaires. Dans cette histoire, en cette période de pandémie, la préoccupation de l'IHM a été de trouver dans l'urgence un traitement adapté, à partir de ses connaissances sur des molécules déjà existantes (bien connues y compris ses effets secondaires contrôlés) et de l'expérience des autres pays (Chine, Corée) ainsi que d'un protocole effectivement réduit.

Business as usual : la recherche publique voit d'année en année son budget s'appauvrir et ses contraintes administratives s'accroître au profit de la recherche privée de l'industrie pharmaceutique.

L'économie néo-libérale décide probablement dans l'intérêt des malades mais en privilégiant d'abord celui des laboratoires qui n'ont aucun intérêt à voir ce traitement appliqué (molécule tombée dans le domaine public, distribuée par Sanofi à très bas prix et dont la pénurie préexistait à la crise sanitaire). Seront aussi privilégiés les lieux de pouvoir institués (centralisme parisien et regroupement des décisions au plus près du pouvoir politique central).

La question est donc aussi politique puisque tout ce qui est évoqué précédemment est « porté par des sujets humains, des femmes et des hommes historiquement-socialement situés en termes de postes, de pouvoir, de responsabilité – tout en étant tenus, comme tout humain, à des structurations conscientes et inconscientes. »⁶.

Enfin elle est éthique : si le traitement présenté dans une recherche qui ne correspond pas aux canons établis peut sauver ne serait-ce que 10% des personnes malades, sachant que rien d'autre n'est à la disposition des médecins, faut-il respecter les règles établies qui ne proposent pas de solution ou bien prendre le risque d'effets secondaires éventuels, de la toxicité en cas de surdosage. Le décret du 26 mars qui autorise l'administration de la chloroquine à l'hôpital règle cette question, mais d'autres restent en suspens : tels les soins dans les EHPAD qui pour l'instant restent dans l'ombre.

Vidéo sur le sujet : <https://www.youtube.com/watch?v=Ae7rmTm7YdM&feature=youtu.be>

Monique Carlotti – mars 2020

Petite ponctuation

A partir du moment où il y a controverse sanitaire et/ou scientifique, celle-ci ne peut aucunement manquer d'enjeux idéologiques. Les politiques sanitaires sont le théâtre de critères épidémiologiques et politiques : les deux, entrecroisés, à la fois ! La réalité des sciences est celle de ses controverses plus ou moins féroces et de ses points de convergence plus ou moins réussis. Ni la politique sanitaire ni la réalité des sciences ne sont plates, d'un seul tenant. Il s'agit d'une **histoire vivante** - qui se démarque des seuls discours académiques et des manuels de bonnes pratiques qui



⁶Saül Karsz, *Affaires sociales, questions intimes*, Paris, Dunod, 2017, chapitre 8, p 253

inventent des fables où les bons l'emportent sur les méchants, la vérité sur l'erreur, la lumière sur l'ombre et ainsi de suite. Une histoire vivante est une histoire riche en rebondissements à la fois théoriques, économiques et bien entendu politiques, dévoués à la cause commune et aussi à des intérêts partisans, voire pitoyablement narcissiques.

Exemple : la configuration appelée *Evidence Based Medicine* « fonde toute décision médicale sur des connaissances théoriques, le jugement et l'expérience, mais aussi des preuves scientifiques ». **Remarquons que c'est là la définition que cette configuration donne d'elle-même, sorte d'auto-proclamation de légitimité.** Aucune configuration, en effet, ne vient avouer qu'elle repose sur quelques quiproquos rédhitoires. Et pourtant... L'évidence ne l'est qu'à la lumière d'une certaine posture théorique, elle éclate au grand jour exclusivement au sein d'une problématique donnée : loin de tomber du ciel, **les évidences sont fabriquées.** Qu'une démarche, une méthodologie ou une affirmation ne sont pas évidentes signifie uniquement que la théorie à partir de laquelle on les examine ne les reconnaît pas comme évidentes, par exemple pour éviter d'ébranler de multiples intérêts en place, pas tous avouables. Recevoir le label « évident » peut ne pas constituer du tout un atout.

Il en va de même pour « les preuves scientifiques » sur lesquelles il faut fonder, sans aucun doute, toute décision médicale. Sauf que cela ne va nullement de soi ! Une preuve n'est pas scientifique parce qu'elle se déroule dans un laboratoire et est menée par des scientifiques patentés, moins encore parce qu'on « a toujours fait comme cela », ou parce que « la communauté scientifique » l'approuve. Le nombre de cas est un indice appréciable, aucunement une démonstration claire et nette. Sont toujours requis de longs processus d'analyse théorique, de preuves répétées et argumentées, et donc de rectifications de détail et de fond de l'ensemble. A la différence de la Révélation, la connaissance scientifique reste structurellement discutable - à coups d'analyses et de preuves, d'actualisations des unes et des autres. Nous savons depuis Gaston Bachelard que l'erreur fait partie à part entière des sciences, il est normal que celles-ci s'égarant, à la différence des religions qui, elles, ne se trompent jamais - c'est pourquoi jamais elles n'ont raison.

Pas question de dénigrer le travail scientifique. Moins encore de mettre au même niveau des connaissances effectivement étayées et vérifiées et des affirmations créées au fil des habitudes et des rituels. Evitons néanmoins de sacraliser la science, d'imaginer les scientifiques comme des créatures en état de lévitation idéologique et psychique. Ne confondons pas l'autorité de l'argument avec l'argument d'autorité. Bref, depuis Socrate le travail philosophique est un puissant levier de santé publique au beau milieu des polémiques et des avancées.

Saül Karsz - mars 2020

Groupe de de rédaction : S.Bertho, J-J.Bonhomme, M.Carloti, C.Hourcadet, S.Karsz, M.Medelenko-Karsz, J.Pouliquen

LePasDeCôté bulletin numérique du Réseau Pratiques Sociales : formes et contenus soumis à vos critiques et propositions, cher-e lecteur-trice.

Abonnement gratuit à partir du site

www.pratiques-sociales.org / Secrétariat 06 45 90 67 61 - info@pratiques-sociales.org

