

Un essai d'interprétation des exigences en matière de démocratie sanitaire

Par

Philippe Duez

Université d'Artois et LEM UMR CNRS 9221

philippe.duez@univ-artois.fr

Introduction

La loi de 2002 tente d'instaurer une sorte de démocratie sanitaire permettant à tout usager du secteur sanitaire et médico-social d'être informé voire de décider de la façon dont il est doit-être pris en charge par les établissements d'accueil ou de la façon dont ces établissements doivent être managés. Cela implique une recherche d'autonomie des soignés qui a de nombreuses conséquences sur la façon d'envisager le métier de soignant et de l'exercer que l'on soit aide-soignante, infirmière ou chirurgien. La première conséquence est juridique. On peut dire que d'une certaine manière on renforce la présomption de professionnalité vis-à-vis d'eux. Il leur est donc de plus en plus difficile de s'exonérer de leur responsabilité en cas d'erreur médicale par exemple. Il y a donc une montée naturelle de la judiciarisation en matière d'erreurs médicales et les soignants ou leurs établissements sont obligés de s'assurer pour se prémunir contre des risques financiers importants qui feraient suite à des condamnations. La seconde conséquence est organisationnelle. Les établissements mettent en place de plus en plus de procédures de contrôle de la qualité des soins en insistant notamment sur l'autonomie. Les soignants peuvent alors être débordés par l'augmentation des exigences en matière de vigilance vis-à-vis de leurs pratiques (Vidal-Naquet 2006). Ils risquent de se contenter de suivre les procédures et donc de faire du zèle au déterminant de l'autonomie des soignés.

Nous voudrions dans cet article nous interroger sur ce qui a motivé le législateur et son bras armé en matière d'évaluation qu'est l'agence régionale de santé dites ARS. Cela permettra de rassurer les soignants en montrant les limites de la loi. C'est ce que nous ferons dans la première partie en montrant que la recherche d'autonomie est un leurre qui se manifeste par la production de « non-lieux ». C'est un leurre dans la mesure où au lieu de responsabiliser les établissements et/ou les soignés comme cela devrait être le cas dans l'exercice de toute démocratie cela risque de provoquer le contraire. Il y a alors indétermination démocratique qui tient à la nature de la société dans laquelle est plongé le secteur sanitaire, social et médicosocial. En effet. « nos sociétés semblent avoir adopté un langage de la vulnérabilité individuelle de masse qui permet de nommer, voire de traiter les nouvelles tensions de l'indétermination démocratique suscitées par l'emploi généralisé de la référence à l'autonomie » (A. Erhenberg 2004, p 87). Cette prise de conscience nous permettra de faire dans une deuxième partie des propositions pour que puisse s'instaurer une véritable démocratie sanitaire visant à respecter l'autonomie des soignés et des soignants. Il s'agira bien entendu de faire en sorte qu'il n'y ait plus de « non-lieux ».

1. La recherche d'autonomie est un leurre

La notion de « non-lieux » peut s'entendre au sens juridique du terme ou au sens spatial. L'examen de ces deux conceptions nous permettra de montrer en quoi la recherche d'autonomie est un leurre.

1.2 La conception juridique du « non-lieu »

Juridiquement un « non -lieu » correspond à une situation où le tribunal n'a pu statuer sur la responsabilité d'un prévenu. Nous faisons l'hypothèse que la demande d'autonomie des soignés ou des familles qui les représentent comme simple prescripteur d'une prise en charge ou comme tuteur ou curateur correspond à une revendication d'un « non-lieu ». La revendication d'autonomie est donc un leurre dans la mesure où elle cache soit leur volonté de s'exonérer de leur responsabilité en la reportant sur les soignants et sur la société. On peut donc parler d'indétermination démocratique. Dit d'une autre manière nous ne parvenons pas à faire ce qui « est nécessaire pour combler la différence entre ce qui a besoin d'être fait et ce que nous sommes véritablement prêts à faire » (E. Laslo 1983, p 37). Au passage nous oublions que cette revendication d'autonomie découle de l'accroissement considérable des possibilités morales de choisir son style de vie propose à notre société actuelle. La propriété de soi devient dans les sociétés postmodernes un véritable quasi-droit de l'homme. Le problème est que cette course à l'affirmation existentielle entraîne la fatigue d'être soi et est de plus en plus exigeante en matière de responsabilité individuelle. On peut effectivement affirmer que « plus les individus sont reconnus en droit, moins ils sont intérieurement psychiquement capables d'indépendance » (M. Gauchet 1998 p 175). La recherche d'autonomie est donc bien un leurre.

Que les soignés aient ou non conscience de cette fatigue d'être soi ils peuvent chercher à s'exonérer de leur responsabilité en instrumentalisant les soignants ou la société. En effet «Le droit à priori indéfini de revendiquer des droits particuliers (...) permet d'invalider à posteriori mais de manière radicale toute capacité législative de créer un droit commun pour tous » (M. Freitag 2002, p 68). On entre bien dans un processus d'individualisation et non dans un processus d'individuation (R. Guénon 1984). Dans le processus d'individualisation on met l'accent sur l'uniformité et la singularité et non sur la recherche de la diversité et de ce qui est commun à tout être humain. On instaure le règne de la quantité en multipliant les relations et les occasions de s'affirmer sur le plan existentiel. Les dangers liés à ce processus sont nombreux. M. Freitag évoque le risque d'oubli de la société si les individus l'instrumentalisent en flexibilisant les normes sociales. M. Gauchet confirme cela en parlant d'un régime de personnalisation des engagements où l'on cherche à « se définir par les appartenances auxquelles on choisit de se dédier » (ibid p 172). De son côté R. Aron évoque les dangers d'un repli sur soi et ceux liés à un déficit d'intégration. « Une société radicalement sécularisée, qui

ne se fonde sur aucune vérité transcendante, qui se reconnaît comme une entre d'autres, ignorant le but de son propre devenir, devient, par essence, incertaine d'elle-même » cela « risque de provoquer la dissolution des croyances communes et des obligations intériorisées, faute desquelles l'individu risque de glisser de la solitude à la déviance et à la délinquance » (R. Aron 1969 p 161- 162).

Plus concrètement cela donne une société du risque bien décrite par le sociologue U. Beck (2001). Une société du risque est une société qui a peur. Elle aura donc tendance à surestimer les risques. En théorie des risques on dit qu'il y a des distorsions positives. C'est une société qui cherche la perfection autrement dit le risque zéro. C'est une société où selon l'expression triviale chacun ouvre son parapluie. Cela signifie que les individus n'assument pas facilement leur responsabilité. La judiciarisation correspond à cette situation où les individus vont ester en justice pour se couvrir contre les risques en rejetant la responsabilité sur autrui. Le procès fait à la SEITA est un bon exemple de ce type de situation. Plutôt que d'assumer le danger qu'ils courent en fumant, les fumeurs cherchent à rejeter la responsabilité sur ceux qui ne les ont pas informés que fumer tue. Dans le domaine médical il y a de nombreux exemples de ce type. L'exemple le plus dangereux pour la société est celui d'un psychiatre qui vient d'être condamné pour avoir déclaré qu'une personne souffrant de problèmes psychiques était guérie. La victime du crime qu'a commis cette personne libérée a attaqué le psy pour homicide. A quand le procès d'un juge d'application des peines ou des membres d'un jury de pénal ! A quand la fin de la possibilité de rendre justice ?

1.2 La conception spatiale du « non-lieu »

On trouve cette expression chez M. Augé (1992). « L'hypothèse ici défendue est que la « surmodernité » est productrice de non-lieux, c'est-à-dire d'espaces qui ne sont pas eux-mêmes des lieux anthropologiques » (M. Augé 1992, p 100). Ces lieux sont vécus et construits indépendamment des relations qui s'y nouent et de leur histoire. Ils n'ont donc aucune âme et sont purement fonctionnels. En théorie de l'aménagement on dit qu'ils n'ont fait l'objet d'aucun effort de patrimonialisation et d'édification. La patrimonialisation renvoie à « *un processus social par lequel les agents sociaux (ou les acteurs si l'on préfère) légitimes, entendent par leurs actions réciproques, c'est-à-dire interdépendantes, conférer à un objet, à un espace (architectural, urbanistique ou paysager) ou à une pratique sociale (langue, rite, mythe etc.) un ensemble de propriétés ou de « valeurs » reconnues et partagées d'abord par les agents légitimés et ensuite transmises à l'ensemble des individus au travers de mécanismes d'institutionnalisation, individuels ou collectifs nécessaires à leur préservation, c'est-à-dire à leur légitimation durable dans une configuration sociale spécifique* » (E. Amougou 2004, p 25). Certaines constructions n'ayant au départ vocation à être signe d'une civilisation le sont devenues grâce à une action de patrimonialisation. C'est le cas de la totalité du patrimoine industrielle par exemple ou de certains lieux grâce au classement de l'Unesco. Edifier c'est réaliser la synthèse entre la projection dans l'avenir et la rétention du passé. C'est aussi manifester la temporalité dans la continuité et lui donner une stabilité. C'est bien pourquoi les matériaux sont choisis pour durer. L'acte d'édifier est bien un invariant anthropologique et il suppose un dialogue et la création de liens avec les différentes formes spatiales et les individus qui les habitent (F. Choay 2006). Il est fondé sur la volonté de laisser aux générations futures les signes ostensibles d'une manifestation du pouvoir politique ou permettre aux populations de célébrer leur culte.

Les « non-lieux » sont donc souvent des lieux dont l'architecture faite de béton, de verre ne répond qu'aux besoins liée à l'exercice des activités humaines. Ces lieux se ressemblent tous quel que soit le pays et la culture. Ils sont interchangeables et ne décontenancent pas ce qui s'y trouvent parce que les repères spatiaux sont partout les mêmes. Ils sont faits de béton et de verre et sont souvent des lieux de passage. C'est le cas aéroports, les grands ensembles de bureaux ou des ensembles commerciaux. C'est le cas aussi des hôpitaux qui ne sont que des lieux de passage. Les EHPAD ont pendant très longtemps été considérés eux aussi comme des lieux de passage où on y attend la mort. On peut dire que la recherche d'autonomie dans ces lieux est un leurre même s'ils sont vécus différemment selon les individus.

Une première catégorie d'individus semble bien vivre dans ce type de lieux. On peut les appeler les hyperspatiaux.(F. Ascher 1995). On peut dire que leur personnalité leur permet d'être bien partout et donc de changer régulièrement de lieux. L'architecture fonctionnelle leur convient tout à fait ainsi que l'anonymat qui y règne. Ils sont capables de reconstituer les relations et les liens d'affectifs qu'ils ont perdus en étant hypermobiles (F. Choay 2011). Ils font de la tolérance une valeur fondamentale de la démocratie mais cette tolérance est anarchique dans la mesure où elle peut se traduire par le respect de la liberté pour chacun de faire ce qu'il veut. Il ne s'agit donc pas forcément d'une tolérance par empathie où l'on respecte ce que l'autre pense après s'être mis à sa place. La recherche d'autonomie est pour eux essentielle. Elle ne devient un leurre que dans la mesure où ils prétendent pouvoir être totalement autonome sans en percevoir les effets sur leur genre de vie. A l'inverse une deuxième catégorie d'individu perd totalement ses repères parce qu'ils ne se sentent plus chez eux dans ces « non-lieux ». C'est le cas des personnes âgées que l'on déplace dans un EHPAD (I. Mallon 2001). C'est le cas aussi d'un malade que l'on va accueillir à l'hôpital surtout s'il s'agit d'un long séjour.

La troisième catégorie va en faire des lieux où l'on peut tout faire autrement dit des zones de « non-droit ». On en rencontre surtout dans les banlieues où l'on vit la violence et l'insécurité. La violence est consubstantielle à toute société humaine parce qu'elle exige des normes sociales, des mœurs qui mettent fin à l'état de liberté absolue (W. Sofsky 1998). Cette violence devient particulièrement présente dans la vie de tous les jours dans une société que l'on cherche à instrumentaliser pour soi parce que l'on ne supporte pas les restrictions de la liberté. *« L'insécurité n'est pas une anomalie dans les sociétés complexes, au sens où il s'agirait d'un défaut de régulation qui pourrait se corriger avec beaucoup de bonne volonté et d'argent, mais est au contraire consubstantielle à des sociétés marquées par la présence d'un état et de l'individualisme (comme consommation de droits) qui lui est associé »* (S. Roché 2004, p 4). Dans ces conditions la recherche d'autonomie est bien un leurre. Elle est le reflet d'une attitude des individus qui cherchent à se passer des autres en refusant toute transcendance à eux-mêmes. Ce n'est bien pas possible qu'en entraînant d'importantes déviances qui font que l'on ne peut plus du tout vivre soi-même.

Ces banlieues ne sont pourtant que *« que le reflet paroxystique d'une crise plus globale qui touche la société dans son ensemble »* (F. Tourette2005, p 49). Elles sont le signe manifeste d'un échec et d'une manipulation de la démocratie. La montée des exigences en matière d'autonomie vis-à-vis des soignants pourraient être le reflet de cette crise plus globale qui sévit dans les banlieues. La violence sous toutes ses formes et l'instrumentalisation des normes par les soignés et les soignants peut s'y développer si les structures deviennent effectivement des zones de « non droit » où ont lieu des « non-lieux ». Regardons donc ce que sont les conditions d'instauration d'une véritable démocratie sanitaire.

2. Les conditions d'instauration d'une véritable démocratie sanitaire

Pour éviter que toutes les parties prenantes soient victimes des leurrex exposés précédemment il faut d'abord adopter avec les soignés une pédagogie tournée vers la maïeutique. Il s'agira d'éviter les « non-lieux ». Il faut ensuite restaurer le « le chez soi » pour éviter toute instrumentalisation de normes juridiques et médicales. On évitera ainsi l'existence de « zones de non droit ».

2.1 Adopter une pédagogie tournée vers la maïeutique

Les difficultés d'affirmation existentielle touche particulièrement les soignés compte tenu de leur état de vie. Cela peut expliquer en partie leur ambivalence au sens de R. Misrahi (1997). L'ambivalence existe parce que les individus ne sont jamais sûrs d'être totalement eux-mêmes. J. P Sartre évoque par exemple le rôle joué par la mort dans l'affirmation existentielle des individus (1943). Elle est facteur d'angoisse et l'individu doit faire preuve de courage pour y faire face. C'est bien entendu le cas lorsque l'on est atteint d'une pathologie. De même le grand âge amène ceux qui l'atteignent à vivre la durée inversée selon l'expression de V. Caradec (2012). Cette proximité de la mort qui réduit l'horizon de vie des personnes âgées les amènent à avoir un comportement particulier. Ils vivent en plus le sentiment d'inutilité puisqu'ils ne sont plus dans la société (D. Alaphilippe 1996). A cette inutilité s'ajoute le sentiment très fort de stigmatisation d'une société qui peut les rejeter parce les soignés nous renvoient en miroir aux faiblesses que nous avons du mal à assumer. C'est particulièrement le cas pour les handicapés mentaux qui nous révèlent la complexité de notre affirmation existentielle d'être humain (A.Erhenberg 2004). On serait même tenter de les ôter de notre vue pour ne plus en souffrir voire de tomber dans l'eugénisme.

Comme nous venons de le dire l'ambivalence touche particulièrement les soignés compte tenu de leur état de vie mais aussi les soignants parce qu'ils font face à ces situations difficiles tous les jours. Mais comme nous l'avons montré dans le première partie ils sont victimes malgré tout de la tentation d'être dans l'apparence consciemment ou inconsciemment en revendiquant plus d'autonomie. D'une manière plus triviale on peut dire qu'il faut « comme si » pour mieux manipuler les soignants ou la société. Ils peuvent par exemple jouer de leur situation pour justifier des comportements inacceptables sur le plan éthique. Ils peuvent utiliser notre réaction émotionnelle face à leurs difficultés de vivre, notre pitié pour obtenir ce qu'ils veulent. Plus généralement ils ne sont pas responsables de leur situation dans une large mesure mais ils doivent l'accepter pour pouvoir la vivre. En cela, ils ne sont pas différents de leurs concitoyens qui cherchent le « non lieu » pour ne pas avoir à assurer leur responsabilité d'être humain.

Pour réduire cette ambivalence, il faut alors mener un exercice de maïeutique. La maïeutique est l'exercice privilégié utilisé par Socrate pour obtenir des personnes qu'il rencontrait qu'elles lui révèlent leurs véritables intentions. On peut tenter de généraliser cette pédagogie en utilisant les économies de la grandeur pour pouvoir discerner ce que les soignés recherche quand ils réclament plus de démocratie sanitaire autrement dit plus d'autonomie. Partons du principe que le discours ou l'attitude des soignés ou de leur famille est signe d'une grandeur de référence autrement dit d'un principe supérieur que l'on peut associer à une nature. Une nature ou une cité est « un ensemble d'objets associés aux différents principes supérieurs communs formant un monde cohérent et autosuffisant » (Boltanski, Thévenot, 1991, P 18). Si l'on se situe dans une perspective Kantienne la grandeur nous renvoie à un impératif catégorique qui permettra de justifier toutes les décisions que nous prendrons au regard de cette nature et que nous nous

imposerons. Cette nature renvoie à une forme de l'évidence qui renvoie à la modalité de connaissance de l'état de la nature dans laquelle il se trouve, à une figure harmonieuse de l'ordre naturel qui correspond à un état où toutes les actions sont équitablement justifiées. Le tableau suivant fait une synthèse des caractéristiques des différentes natures.

Tableau 1 : Les différentes natures

Type de nature	Principe supérieur commun	Forme de l'évidence	Figure harmonieuse De l'ordre naturel
Nature marchande	La concurrence	L'argent, l'économie	Le marché
Nature industrielle	L'efficacité	La mesure La physique	Le progrès
Nature civique	L'intérêt général	La loi, le droit	La république
Nature domestique	L'importance de la tradition	L'exemple à donner La morale	La famille
Nature du renom	L'importance de l'opinion	L'évidence du succès Le caractère médiatique	Les médias
Nature inspirée	L'importance de l'imaginaire	L'invisible, la métaphysique	L'art, la religion

Source : d'après L. Boltanski et L. Thévenot 1991, pp 130-173.

Pour justifier sa demande d'autonomie un patient ou sa famille peuvent mobiliser plusieurs grandeurs. S'ils sont dans l'ambivalence de l'être ils vont procéder à ce que les auteurs appellent des arrangements monstrueux. Parler d'argent et parler d'autonomie ne font pas forcément bon ménage car l'exercice de l'autonomie suppose l'exercice de la volonté des soignés à laquelle les soignants ne peuvent se substituer même s'ils sont payés pour le faire. Parler d'autonomie en mobilisant la nature civique alors que l'on est dans une démarche utilitarisme autrement dit motivée uniquement par son intérêt personnel est une autre ambivalence.

Comme les soignés ne vont pas révéler automatiquement l'impératif qu'ils se sont fixé, il y a lieu de les écouter et de les amener à reformuler leur demande. Dans cet exercice on peut compter sur le fait qu'il sera difficile pour les soignés ou leur famille de ne pas faire appel à la forme de l'évidence pour justifier telle ou telle décision. Il suffira alors aux soignants de repérer ces incohérences pour savoir s'il s'agit d'une revendication de « non-lieu » ou d'un véritable désir d'autonomie. On pourra organiser des cercles de discussion entre soignés pour recouper les informations et pour que l'équipe soignante puisse s'approprier les exigences des différents patients en tenant compte des limites que peut représenter cette revendication. Ce type de discussion a déjà lieu sûrement de façon informelle dans les établissements. Les soignants ont effectivement pris l'habitude de parler ensemble de leurs patients pour mieux les cerner et mieux répondre à leurs besoins. Il s'agit maintenant d'organiser ces rencontres et de les orienter vers la constitution d'une véritable démocratie sanitaire où chacun pourra apprécier la véracité de la demande d'autonomie des personnes.

2.2 Restaurer le « chez soi » pour responsabiliser les soignés et les soignants

Revenons d'abord sur la nature du « chez soi » pour faire comprendre l'apport de sa restauration pour ceux qui seraient tentés d'utiliser les établissements comme des zones de « non droit » ou pour ceux qui seraient tenter d'exiger une prise en charge sans risque avec toutes les conséquences que cela entraînerait sur leur perte d'autonomie. Il existe deux façons de définir

le chez soi correspondant à deux façons de voir un lieu d'habitation qu'il soit individuel ou collectif.

La première vision consiste à considérer que le chez soi résulte d'une stratégie de spatialisation qui permet à l'individu de se soustraire au regard des autres (M. Lussault 2007). Le lieu se définit alors sur la base d'un certain nombre d'éléments matériels qui dans l'espace permettront de conserver une certaine intimité. La définition se fait donc par la négative par exclusion de l'autre. Dans les établissements du secteur on peut chercher à associer les soignés à l'aménagement des lieux ou prévoir une architecture qui respectera cette intimité en évitant toute standardisation. Le lieu se définit aussi en fonction d'une dimension psychologique imaginaire qui permet de définir l'espace par ce qui le remplit (A. Moles et E. Rohmer 1998). Le « chez soi » se définit donc aussi sur la base d'éléments imaginaires délimitant l'espace comme la ligne d'horizon, la frontière, la porte, la fenêtre ou encore le mur. L'architecture doit alors être pensée en fonction de cela.

Le « chez soi » comporte aussi une dimension philosophique. Il se construit en faisant référence à une sorte d'allégorie qui est un « défi à l'entropie, à l'action dissolvante qu'exerce le temps sur toutes choses naturelles et artificielles, il tente d'apaiser l'angoisse de la mort et de l'anéantissement » (F. Choay 1992, p 15). Tout individu ou groupe d'individus met en place dans son espace tout au long de sa vie des éléments qui ont permis son affirmation existentielle. Le « chez soi » est donc ce qui permet de stabiliser ou de restabiliser le rapport au monde des individus (Maria Gravano-Barbas et Philippe Violier (dir), 2003). Le « chez soi » participe donc à la construction de notre mémoire et de notre histoire. « Nous pouvons admettre que, si nous n'avons jamais retrouvé ce souvenir, c'est que nous ne sommes jamais revenus en cet endroit. En d'autres termes, la condition nécessaire pour y repenser paraît être une suite de perceptions par lesquelles nous pourrions repasser qu'en faisant à nouveau le même chemin, de façon à nous retrouver en présence des mêmes maisons, du même rocher etc.» (M. Hawlbachs 1997, p 78).

La deuxième vision du « chez soi » fait référence aux relations que l'on peut nouer dans le lieu et qui ont eux aussi marqué mon existence de sorte que « le signe qu'on est chez soi, c'est qu'on parvient à se faire comprendre sans trop de problèmes, et qu'en même temps on réussit à entrer dans les raisons de ses interlocuteurs sans avoir besoin de longues explications » (M. Augé 1992, p 136). La vision du « chez soi » est donc plus positive. Elle est faite d'affirmation de soi auprès des autres et de respect des autres donc d'empathie. Le « chez soi » devient alors un lieu où l'on rencontre peu d'ambivalences (R. Misrahi 1997). C'est bien le lieu où je peux être moi-même vis-à-vis des autres sans être obligé de tricher ou d'utiliser les codes vestimentaires ou comportementaux imposés par la société. C'est donc bien le lieu où je ne suis pas obligé d'être dans l'apparence ou l'ambivalence de l'être. Le « chez soi » fonctionne aussi comme un lieu attribut puisqu'on l'identifie comme lieu de condensation d'un moi que je donnerai à voir aux autres et à moi-même pour parler de moi (M. Debarbieux, 1995). J'attribue donc à ce lieu des objets, une architecture, des relations. Je peux donc me sentir chez moi dans différentes échelles spatiales puisqu'il n'y a pas unicité de l'identité. Je me sens « chez moi » en France ou dans ma région, dans mon quartier et à l'intérieur d'un immeuble dans mon appartement et dans ma chambre en particulier. Il y a donc plusieurs « chez soi » correspondant à différentes formes d'identité mais plus qui peuvent être plus ou moins rattachés uniquement à ma personne. L'espace privé est a priori non politique puisqu'il ne renvoie pas à une réglementation par la puissance publique ou par quelqu'un d'autre que moi. Il porte alors plutôt le nom d'espace collectif plus ou moins approprié par des groupes. L'espace intime est par

contre un lieu où peuvent s'affirmer l'identité et l'investissement subjectif de chaque individu ; c'est pourquoi le « le chez moi » est « un lieu unique enchâssé de manière unique pour moi dans d'autres lieux » (I. Mallon 2001, p 29).

Mieux comprendre la mobilité résidentielle passagère ou définitive des publics accueillis dans les établissements apparaît comme un enjeu important. Cela permettra de mieux comprendre la stratégie des différents acteurs. Soit ils vont chercher à se replier sur eux-mêmes et souffrir de l'isolement parce que cette mobilité va leur faire perdre leurs repères. Soit ils vont profiter de l'existence de « non-lieux » qui vont apparaître pour en faire des « zones de non-droit ». Ils vont utiliser la flexibilité des repères et leur situation pour justifier devenir de plus en plus exigeant vis-à-vis des soignants ou devenir violent en ne respectant ni les personnes ni les lieux qui sont dans ces zones. La délimitation des espaces, la communication sur ceux-ci et leur respect est donc un élément très important dans l'exercice de la démocratie sanitaire. L'architecture et l'aménagement des lieux est aussi un élément très important.

Conclusion

Comme nous venons de le montrer l'exercice de la démocratie sanitaire n'est pas facile dans les établissements du secteur sanitaire, social et médico-social. Cette revendication fait appel à la notion d'autonomie. Or cette notion peut cacher des comportements des soignés qui peuvent s'avérer contraire à l'exercice de toute démocratie. On peut faire des établissements des zones de « non-droit » ou encore chercher à tout prix le « le non-lieu ». Le personnel de ces établissements doit donc être très attentifs à ce qui fait de la revendication d'autonomie un leurre dans l'intérêt des soignés eux-mêmes. Cela passe par l'instauration de commissions centrées sur la mise en œuvre d'un exercice de maïeutique. Cela passe par un véritable travail sur l'architecture et l'aménagement des locaux et par un travail d'éducation et de communication autour des lieux.

Nous venons d'évoquer les conditions d'exercice d'une démocratie sanitaire. Il nous faut pourtant être conscient que dans certains établissements l'exercice de cette démocratie est très difficilement envisageable. C'est particulièrement le cas quand les individus sont physiquement ou psychologiquement incapables d'être en situation d'autonomie sans entraîner des risques pour eux-mêmes ou pour les autres. C'est le cas par exemple pour les déficients mentaux. C'est le cas aussi pour ces jeunes violents et incontrôlables. Cela veut dire que si la volonté du législateur est d'instaurer une loi générale il se trompe. La spécialisation des établissements du secteur rend compte de ce travail de relativisation de l'autonomie. Les évaluateurs et les juges devront intégrer cet élément sans lequel toute évaluation tout jugement correspondrait à notre sens à une parodie de démocratie.

Bibliographie

Alaphilippe D, (1996), «Place de l'estime de soi et de l'internalité dans la définition identitaire chez les personnes âgées », bulletin de psychologie n° 428, pp 173-180

Amougou E, (2004), « la question patrimoniale. Repères critiques, critique des repères » dans

Emmanuel Amougou (dir), « La question patrimoniale. De la « patrimonialisation » à l'examen des situations concrètes » L'harmattan, pp 19-49.

Aron R, (1969), « Les désillusions du progrès. Essai sur la dialectique de la modernité », Calmann-Lévy.

- Ascher F, (1995), « Métapolis ou l'avenir des villes », Editions Odile Jacob.
- Augé M, (1992), « Non-lieux. Introduction à une anthropologie de la surmodernité », Seuil.
- Beck U, (2001), « La société du risque : sur la voie d'une autre modernité » Aubier, 521 p.
- Boltanski L, Thévenot L, 1991, « Les économies de la grandeur », cahiers du centre d'étude de l'emploi, n° 31, 353 p.
- Caradec V, (2012), « Sociologie de la vieillesse et du vieillissement », Armand Colin.
- Choay F, (1992), « L'allégorie du patrimoine », Seuil.
- Choay F, (2011), « La terre qui meurt » Fayard.
- Choay F, (2006), « Pour une anthropologie de l'espace » Seuil.
- Debarbieux M, (1995), « Le lieu, le territoire et trois figures de rhétorique », L'espace géographique, n°3, pp 97-112
- Ehrenberg A, (2004), « remarques pour éclaircir le concept de santé mentale » revue française des affaires sociales n° 1, pp 77 - 88.
- Freitag M, (2002) L'oubli de la société. Pour une théorie critique de la postmodernité. Presses universitaires de Rennes.
- Gauchet M. (1998), « essai de psychologie contemporaine. Un nouvel âge de la personnalité », Le débat n° 99, pp 164-181.
- Gravaro-Barbas M et Violier P, (dir), (2003), « Lieux de culture. Culture des lieux. Productions culturelles locales et émergence des lieux : dynamiques, acteurs, enjeux », Presses universitaires de Rennes.
- Guénon R, (1989) Le règne de la quantité et les signes du temps, Gallimard.
- Halbwachs M, (1997), « La mémoire collective », Albin Michel, (1^{ère} édition 1950).
- Laslo E, (1983), « La crise finale », Grasset, 298 p.
- Lussault M, (2007), « L'homme spatial. La construction sociale de l'espace humain », Seuil.
- Mallon I, (2001), « La récréation d'un chez-soi par les personnes âgées en maison de retraite », Thèse pour le doctorat en sociologie, sous la dir de F. De Singly, Université René Descartes.
- Misrahi R, (1997), Qu'est-ce que l'éthique, A. Colin.
- Moles A et Rohmer E, (1998), « Psychosociologie de l'espace » L'harmattan.
- Roché S, (2004), Sociologie politique de l'insécurité : violence urbaines, inégalités, globalisation. PUF.
- Sartre J.P (1943), L'être et le néant. Gallimard.
- Sofsky W, (1998). Traité de la violence. Gallimard.
- Tourette F, (2005) , Développement social urbain et politique de la ville. Gualino éditeur.

Vidal-Naquet P.A, (2006), « vigilance, risques et fragilité. Autour des personnes affaiblies par le grand âge » pp 79-93 in J. Roux (dir) « être vigilant. L'opérativité discrète de la société du risque », publications de l'université de Saint-Etienne, pp 79-93.