

# PRATIQUES

*Les cahiers de la médecine utopique*

7

**DOSSIER**

*La responsabilité du médecin*

*rendre des comptes, demander des comptes*

# S O M M A I R E

Editorial 3

## Dossier 5 La responsabilité du médecin

### LA RESPONSABILITE DU METIER

Chronique de jours douloureux...	6	<i>Dominique Durand</i>
Comment peut-on être médecin ?	8	<i>Eric Galam</i>
Mais quand est-ce qu'on partage ?	10	<i>Hélène Girard</i>
Etre bien dans son métier / Corinne	11	<i>Marie Kayser / Martine Devries</i>
Les deux registres	13	<i>Jean-François Renault</i>

### DES OUTILS POUR COMPRENDRE : LE CONCRET DU METIER

Rendre compte du métier...	15	<i>Damien Cru</i>
La décision en médecine générale	22	<i>Dudier Dubot</i>

### QUAND LA JUSTICE S'EN MÊLE

Ce n'est pourtant pas si difficile de rendre des comptes !	25	<i>Ghislaine Audran</i>
Un juge : pour une procédure contradictoire de qualité	26	<i>Alain Billaud</i>
Le juge face à l'expert	29	<i>Jean-Pierre Lellouche</i>
Un avocat : contre la pénalisation de la vie sociale	32	<i>François Canier</i>
Le devoir d'information	35	<i>Claude Fein</i>
Notes de lecture : dans l'engrenage de la justice	38	<i>Daniel Soulez-Larivière</i>
Notes de lecture : la criminalisation de la responsabilité	39	<i>Denis Salas</i>
Histoire québécoise	40	<i>Catherine Jung</i>

### LA RESPONSABILITE MORALE

La responsabilité : une fonction médicale renouvelée	41	<i>Remi Lestien</i>
Autonomie et responsabilité du malade : la galère	42	<i>Nelly Ambroise</i>
La responsabilité : à l'insu de mon plein gré ?	43	<i>Daniel Piquet</i>
Etchegoyen et nous / Une "vertu" irresponsable	46	<i>Elisabeth Mauriel-Arrighi</i>

### DE L'INDIVIDUEL AU COLLECTIF

Demander des comptes	47	<i>Anne Perrault-Solivères</i>
Qu'est-ce qui compte ?	51	<i>Marine Devries</i>
Le pouvoir d'être responsable	52	<i>Philippe Lorrain</i>

### Rubriques

Images du corps : Images de guerre	56	<i>Monique Sicard</i>
L'actualité politico-médicale : Colloque contre la dictature... ; Appel du collectif	59	
Quand soigner devient un délit ; Informatisation : danger !	62	<i>Jean-Luc Bousard</i>
Vol avec préméditation ; Quand les médecins regardent...	64	<i>Bernard Senet ; Patrice Muller</i>
Gabriel Granier... ; Main basse sur la presse médicale	68	<i>Patrice Muller ; Jacques Richaud</i>
Santé publique : Les nouveaux pères	71	<i>Jean-Pierre Lellouche</i>
Chronique du GEL : Génétique, généalogie et surdité	73	<i>Benoît Virsle</i>
Coup de gueule : Petits arrangements avec la santé	76	<i>Denis Lavayle</i>
Humeur : Le sandwich SNCF	77	<i>Dominique Le Huezec</i>
Paroles de patient : Une vie de funambule	78	<i>Anne de Blazac</i>
Ailleurs, autres regards : La leçon des désorceleurs du bocage	79	<i>Elisabeth Mauriel-Arrighi</i>
Raconte-voir ; La menace fantôme	84	<i>Marc Zaffran / Martin Winckler</i>
Nous avons lu pour vous : Stanislas Tomkiewicz	87	<i>Jean-Pierre Aubert</i>
Histoire de la médecine : Le marquis de Puysegur	89	<i>Jean-Pierre Peter</i>

# E D I T O

## Quand les paysans soignent notre santé

**N**ous sommes à l'époque de la mondialisation, et donc à l'ère du profit maximum pour les multinationales. Indispensable, nous dit-on, pour pouvoir nourrir l'humanité ! C'est pourquoi, les États-Unis par le biais de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), ont décidé de commercialiser des viandes hormonées<sup>1</sup>, dont la production est plus rapide et le coût moindre, ainsi que des organismes génétiquement modifiés (OGM)<sup>2</sup>. Les États européens refusent pour le moment le diktat de l'OMC et, en guise de rétorsion, les États-Unis ont décidé de taxer à 100% des produits agricoles (dont le roquefort), d'origine française surtout.

Pour une agriculture paysanne, ainsi se résume le combat de la Confédération paysanne (CP) avec, d'un côté une nourriture saine, issue de cette agriculture qui s'inscrit dans la durée - grâce à une moindre utilisation des traitements et engrais chimiques - et se veut moins productiviste, avec pour conséquence une amélioration de la qualité des produits agricoles et de la vie des agriculteurs, tout en respectant la terre.

Dans l'autre camp, on trouve une nourriture provenant de produits dérivés d'origine souvent mal connue, issue de l'agro-industrie. La multinationale Mc Donald's, visée par l'action syndicale de la CP, est l'exemple même de cette alimentation industrielle, trop riche en graisses et en sucres, absorbée trop rapidement. Elle est cause de surcharges de toutes sortes, entraînant des problèmes d'obésité, diabète et autres excès gras. Elle est pourvoyeuse de maladies cardio-vasculaires, et, peut-être, à l'origine d'un certain nombre de cancers.

Cette politique de l'OMC (surtaxation) met en péril les producteurs, qui se doivent de réagir pour défendre non seulement leurs revenus, mais aussi cette conception de l'agriculture paysanne. Ce combat, de la défense d'un terroir, d'un mode de vie, d'une agriculture de qualité, respectueuse de la santé des personnes, est le nôtre puisqu'il s'oppose à l'uniformité et à l'industrialisation à outrance, dangereuse pour l'emploi et la santé.

Quand ces producteurs protestent en démontant le "Mac Do", de façon spectaculaire certes, mais non-violente, les pouvoirs publics les emprisonnent, les prenant au saut du lit, leur passant les menottes et les traitant comme des malfaiteurs. Il est inadmissible, sinon à admettre qu'on veuille étrangler un syndicat, de réclamer de telles cautions (105 000 F/personne) pour une remise en liberté de ses militants !

Leur combat est le nôtre, pour une meilleure santé. Nous appelons donc, l'ensemble des professionnels de santé et les lecteurs de *Pratiques*, à se battre auprès des agriculteurs en lutte<sup>3</sup>.

Christian Bonnaud

1. Cf le dossier *La société du gène : entre rêves et cauchemars*, *Pratiques* n° 1, (1<sup>er</sup> trimestre 1998)

2. Cf *ibidem*

3. Confédération paysanne, 81, av. de la République, 93170 Bagnolet  
Tél. : 01 43 62 04 04 - Fax : 01 43 62 80 03 - E-mail : confpays@globenet.org





# D O S S I E R

## La responsabilité du médecin

Lorsque nous, médecins, choisissons de parler de responsabilité, de rendre des comptes, c'est pour éviter de tomber dans les limites d'un sujet, de plus en plus d'actualité, "les médecins face à la justice". Ce faisant, nous souhaitons éviter deux écueils : faire comme si les médecins étaient des citoyens à part, face à la justice (bénéficiant facilement de non-lieux, comme il y a quelques années) et valider le discours (bientôt dominant ?), à savoir que "du fait des risques encourus, plus personne ne voudra prendre ses responsabilités" !

Ce préalable posé, que faire lors d'une mise en examen dans le cadre de notre exercice de médecin généraliste ? Qu'en dire ? Ce désarroi, renforcé par un exemple concret, celui de Dominique Durand dont le témoignage ouvre ce numéro et auquel chacun d'entre nous s'identifie, a été au cœur, au mois de mai, des Journées de printemps de *Pratiques* et du Syndicat de la médecine générale. Ce dossier découle directement de la réflexion menée lors de ces rencontres.

Les victimes (ou leur famille) portent plainte pour savoir ce qui s'est réellement passé et pour être indemnisées... Comme on leur refuse le droit à l'information, elles n'ont souvent plus qu'un recours : la procédure pénale avec en corollaire pour le médecin, un retentissement médiatique et le risque de prison !

Après avoir souligné l'inadéquation, souvent, de la procédure pénale, il s'avèrerait nécessaire de se pencher sur les (bonnes) règles du métier de généraliste, d'insister sur l'importance de la dimension relationnelle inscrite dans la durée, avec la nécessité de raisonnements probabilistes et bien souvent l'absence de diagnostic précis - autant de règles ignorées et refusées par les experts et les juges, toujours enclins à ne voir l'exercice de la médecine en général, et de la médecine générale en particulier, qu'à travers le prisme de la médecine spécialisée (souvent hospitalière et toujours organiciste).

Mais dans le contexte de la réduction des dépenses de santé, avec des professionnels de plus en plus soumis à des références économiques, ne faudrait-il pas, avant de rendre des comptes, commencer par en demander à ceux qui ont pour seul objectif la maîtrise des coûts ?

Un premier enseignement a été tiré de ces Journées de Toulouse : la nécessité d'aborder collectivement cette problématique, avec des médecins, des non-médecins mais aussi des juges et des avocats. Sur un sujet aussi difficile et technique (c'est le juge qui nous met en examen, c'est l'avocat de la partie adverse qui nous "charge"...), nous n'avions pas, à ce stade, associé les usagers. Il va de soi que la réflexion doit se poursuivre avec eux ; en cas de faute médicale, les médecins ne doivent pas se dérober à la vérité et si l'accès à l'information est possible sans trop de difficultés (quelquefois avec la médiation du médecin de famille), qu'apporte de plus une plainte au pénal, pour les dédommagements, pour le travail de deuil ?

L'objet, pour nous, n'est pas de verser dans le corporatisme mais de faire en sorte que "la justice soit plus juste" (ou moins injuste quelquefois) et cela dans l'intérêt de tous, médecins comme patients...

Daniel Coutant  
Médecin généraliste

Ce numéro de *Pratiques* s'est construit autour d'un drame : la mort d'un jeune patient venu consulter pour des symptômes banals et décédé quelques heures plus tard d'une cause encore mal élucidée. Bien qu'ayant fait consciencieusement son métier, le médecin n'a pu éviter l'issue fatale. Cette histoire nous fait "peur" et la mise en examen de notre collègue nous a fortement touchés, nous conduisant à une réflexion collective sur la responsabilité. C'est par respect pour les personnes concernées que l'auteur a écrit sous le nom de Dominique Durand.

## Chronique de jours douloureux ou la vie presque quotidienne d'un médecin ordinaire

Dominique Durand

*Médecin généraliste.*

Un jour ordinaire, avec ses rendez-vous, ses consultations "en aigu" intercalées, ses visites, ses coups de téléphone en veux-tu en voilà...

Et, brutalement, la tragédie : la mort d'un patient, brutale, en quelques heures, alors que rien ne pouvait le laisser prévoir.

Stupéfaction, sidération. Qu'ai-je fait, que n'ai je pas fait ? Questionnement nuit et jour. Visualisation de chaque minute de la consultation, notes sur un carnet... La mort, on ne peut pas s'y habituer : chaque médecin est le rescapé d'innombrables deuils.

Recherche d'un diagnostic possible : comment cette mort inadmissible aurait-elle pu être évitée ? Recherche de toutes les étapes de la démarche décisionnelle.

Recherche dans les cours, les journaux, les livres médicaux : confrontation des signes observés et de l'évolution avec les écrits "scientifiques", rationnels. Quels signes d'examen ai-je négligés ? Quelle est la défaillance de ma boîte à outils personnelle ?

Conséquence finale du questionnement : le sentiment d'indignité (par rapport à soi, aux générations précédentes, aux suivantes).

Ce qui me hante alors le plus, c'est de ne pas pouvoir réparer : je ne peux pas chercher les pourquoi et comment avec la famille, je ne peux pas les aider dans cette tragédie.

Finalement arrive la notification, par le tribunal pénal, de la mise en examen pour homicide involontaire. Conséquence : "Tu es un nuisible". Et c'est la convocation par les gendarmes, l'interrogatoire de l'officier de police judiciaire qui ne veut pas transcrire mes propres mots mais écrit les siens - inpropres à mon sens -, la rencontre avec l'avocat et l'interrogatoire par le juge d'instruction qui comprend avec ses mots et retranscrit à son tour (il faudrait être vigilant pour imposer son propre sens mais comment l'être quand on est anéanti ?) : on ne s'y retrouve plus. Et je ne sais pas, ou plus, dire ce qu'est un médecin généraliste... Et...

Pendant de nombreux mois, la douleur, l'indignité, l'insomnie, la pénibilité de devoir continuer à assumer le travail médical quotidien. On est une coquille vide. Se lever, c'est au palan... Prendre des décisions, c'est la torture pluriquotidienne ! Et le regard : le regard des autres est finalement



moins pire que le sien propre. Mais je ne me plains pas : moi, je suis en vie.

Alors tombe le rapport d'expertise : diabolique. La question de cours intégrale, imparable pour un bon élève. Les "sachants" ont parlé, tout est logique, il n'y a rien à redire : je suis le mauvais médecin à abattre ; l'erreur devient la faute.

Au bout de longs mois, je finis par entendre ce que mes proches, mes amis, des médecins me disent : "Les experts ont pris le résultat final - la mort - comme point de départ de leur raisonnement diagnostique. Ce n'est pas comme cela que travaille un généraliste ("C'est anachronique", diront beaucoup plus tard des juristes). Comment peuvent-ils être si imbus de leurs certitudes ? Ils ne t'ont même pas interrogé ! Leur savoir est livresque, ton savoir à toi est basé sur la pratique et l'expérience". Je demande alors l'avis objectif d'un ami de longue date et de son équipe de formation médicale continue que je ne connais pas. J'ai besoin de l'avis impartial de mes pairs, généralistes.

De fil en aiguille, d'amis en inconnus, les avis arrivent : ils me redonnent une certaine dignité, je peux me regarder presque en face. La période de souffrance solitaire est terminée, elle a duré plus d'un an, la recherche collective commence.

Je venais d'être en butte à une double dictature : celle de la langue des juristes (votre parole est mise en doute, vous êtes un criminel potentiel), et celle, couplée, des experts spécialistes (leur parole représenterait "La Science exacte", immuable, irrangible, celle de "La Médecine pure" : comment alors donner comme crédible ma parole incertaine, solitaire, acquise dans la relation avec d'humains patients ?).

Mes pairs m'ont offert leur voix et ils m'ont redonné la mienne.

J'ai demandé ses lumières au Syndicat de la médecine générale, mon syndicat préféré depuis près de vingt-cinq ans : c'est le rôle d'un syndicat d'aider un de ses membres s'il trouve que son sort est

injuste. Et il le fait effectivement, individuellement et collectivement. J'ai demandé à de nombreux médecins et groupes de médecins de se positionner : tous finissent par me convaincre que mon cas n'est pas un cas particulier, que je suis un médecin ordinaire, qu'il peut arriver la même "aventure" à tous les médecins généralistes. Ils me font "raconter" ma journée : les horaires difficiles, la succession d'urgences. Mais aussi ce qui constitue l'irrationnel de la consultation dans la pratique : les dits et les non-dits, les mots à demi-mot, les comportements et la psychologie des soignés et du soignant qui influencent si profondément la construction du diagnostic. De dépouillée qu'elle était au départ, mon observation "s'enrichit" du contexte de la journée, des silences qui ont noué la tragédie lors de cette consultation...

Depuis que j'ai été aidé à mieux conceptualiser ma pratique de généraliste, ce qui me motive profondément, c'est de réfléchir, soignants et soignés ensemble, à ce qui fait la spécificité de la démarche du généraliste. C'est de poser ensemble ce qui nous semble le plus important pour pouvoir exercer notre métier, c'est de parler de ce qui émerge de notre expérience, de notre pratique quotidienne, c'est d'arriver à dire et à écrire nos règles de métier. C'est important pour notre existence et notre reconnaissance, c'est primordial pour exister en face de la justice : figurez-vous que, dans le domaine judiciaire, si les spécialistes ont des expertises médicales conduites par des spécialistes, les généralistes, eux, n'ont pas d'experts en médecine générale et ils sont expertisés par des spécialistes (et comme les experts ne sont expertisés par personne...).

A nous donc de dire, de prendre la parole, d'arrêter de nous laisser malmenés indûment que ce soit par nos "confrères" des ordres divers ou tous ceux qui estiment posséder seuls "La Démarche scientifique" ou par les politiques, à nous de nous définir -ne nous laissons pas définir par les autres- à nous de poser collectivement les bornes de notre métier. Et nous pourrions alors travailler plus sereinement dans cette relation duelle médecin/patient qui fait notre quotidien.



# Comment peut-on être médecin ?

**Eric Galam**

*Médecin généraliste.*

*Eric Galam est un des animateurs de l'association Repères qui rassemble des médecins soucieux de réfléchir sur les aspects relationnels et anthropologiques de la médecine.*

Alors comme ça, du jour au lendemain, n'importe qui, n'importe quelle administration (fisc, Sécurité, Ordre...), n'importe lequel de nos patients ou pire, l'un de ses proches que nous ne connaissons peut-être même pas, peut nous tomber dessus et nous demander des comptes ! Passe encore s'il n'est question que d'argent et que nous nous voyons traîner devant un CMR\* tout puissant, pour quelques milliers de francs, parce que nous aurions transgressé une sacro-sainte règle "d'économie". Passe encore s'il s'agit d'acte sans conséquence grave. Mais le contexte peut aussi être dramatique : vous n'avez pas fait le bon diagnostic, votre traitement l'a rendu malade, vous avez trop tardé à l'hospitaliser... vous l'avez tué ! ... Si en plus, les critiques sont un tant soit peu fondées, si nous avons un petit fond de doute, si nous sommes sensibles à la légitime souffrance de l'autre, alors c'est une véritable catastrophe qui risque bien de nous écraser : une culpabilisation, voire une culpabilité, qui nous dépasse très largement.

Heureusement, cela n'arrive pas facilement. Il faut qu'il y ait erreur, que cette erreur soit préjudiciable pour le patient, qu'il s'en rende compte, qu'il trouve l'énergie de s'en plaindre au médecin et qu'il soit suffisamment insatisfait des explications qu'il reçoit, pour saisir la justice. Il y a là un certain nombre de paliers et de verrous qui restreignent la fréquence des situations où nous sommes "mis en examen" à notre tour.

Pourtant, une fois suffit. Et ceux d'entre nous qui ont été, sont ou y seront confrontés, ne ressentent pas les choses de la même façon que ceux qui pensent que ça n'arrive qu'aux autres, que ça ne touche que les incompetents ou les malchanceux. Et je pense aussi à tous ceux qui, comme moi, sont très sensibles à ce risque mais font comme s'il n'existait pas, un peu comme la mort dont on oublie l'inéluctable arrivée pour ne pas trop charger nos vies.

Il y a aussi les tenants de la Superbe médicale pour qui cela est proprement inconcevable, du genre : "Comment osez-vous, je suis Professeur, vous n'y connaissez rien et de toute façon, vous ne pouvez rien sur moi !" Ceux-là sont les dignes représentants d'une Médecine qui se veut et surtout se montre triomphante. Même si nous sommes en général plus modestes, nous autres généralistes, en profitons aussi un peu, auréolés que nous sommes de cette puissance supposée et quelque peu mythique. Voyez les prouesses, rêvez les promesses d'une Médecine "scientifique" qui a forcément "la" bonne réponse et ne se trompe jamais !

La réalité est quelque peu moins glorieuse. D'aucuns finissent par se convaincre de l'oublier.

**\*Comité médical régional** : instance à valeur disciplinaire dans laquelle la Sécurité sociale est juge et partie.

**REPÈRES**  
30, boulevard d'Ornano,  
75018 Paris  
Tél. : 01 42 62 29 74  
Fax : 01 42 62 02 61



mais nous travaillons dans le flou et l'incertain. Loin d'avoir la précision du scalpel et l'assurance du scanner, notre démarche reste forcément probabiliste, chaotique, contradictoire... en un mot, impure. L'une de nos fonctions n'est-elle pas justement de voiler et d'assumer cette incertitude pour apaiser l'angoisse de l'autre par le spectacle de notre apparente assurance ? Vous nous voyez énumérer tous les effets indésirables possibles de chacune de nos prescriptions, donner force pourcentages, évoquer toutes les hypothèses face à tel ou tel examen ou telle ou telle attitude que nous proposons, faire part de nos hésitations, de nos doutes... ?

Nous devons faire entrer les gens dans la maladie ou le handicap, accompagner les difficultés de la vie, aider les uns à mourir, les autres à accompagner leurs morts. Nous incarnons à la fois le bien qui terrasse, le "mal" nécessaire aux soins, et le "mal" que nous combattons. Alors, forcément, notre image est ambivalente.

Nous travaillons toujours à la fois dans l'impureté et dans une forme de "jeu" où le docteur doit faire semblant qu'il en sait bien plus que ce qu'il sait vraiment. Tout le monde nous sait gré d'assumer cette part de responsabilité, quitte à nous le reprocher si les choses ne se passent pas comme il le faudrait. Adulés lorsque nous sauvons, nous pouvons être détestés si nous ne sauvons pas. Nous avons tant besoin d'être aimés et le moins qu'on puisse dire est que nous ne sommes pas vraiment très armés pour gérer les conflits. Et nous pouvons voir ceux que nous aidions devenir nos ennemis. Lorsque survient la mort, l'intolérable maladie qui résiste, beaucoup peuvent nous en vouloir d'avoir trahi le mythe, tant est parfois forte la tentation de nous faire porter le chapeau.

La médecine étant toute puissante, si elle ne gagne pas, c'est à cause du médecin qui est mauvais. Et alors, le "mythe" juridique vient faire écho au mythe scientifique et nous tombe dessus comme la foudre du ciel. Allez donc parler un langage tout en subtilités au juge : la loi, c'est la loi. Transgressions, oublis, erreurs, tout cela est inacceptable et doit être banni, puni. Mais au fait pourquoi ? Pour réparer certainement, pour exiger la qualité aussi, ne serait-ce que pour maintenir la nécessaire compétence des praticiens et leur indispensable conscience professionnelle qui sort

l'une et l'autre les garants et les fondements légitimes de notre pouvoir de soigner.

Mais aussi ? Pour nous faire payer, quoi exactement ? Je ne sais plus...

En tout cas, je peux vous l'avouer, tout cela me fait très peur et si un jour j'arrête d'exercer ce "foutu" métier, ce sera sûrement à cause de ça. J'aimerais tant ne pas me retrouver dans la peau de ce personnage de dessin animé qui court au-delà du bord du précipice, continue dans le vide et finit par tomber lorsqu'il se rend compte qu'il est dans les airs. Mais bien sûr, c'est de la fiction : aucun de nous n'accepterait de courir au bord du gouffre ni dans les airs.

Comment peut-on être médecin ?



# Mais quand est-ce qu'on partage ?

Hélène Girard

Médecin généraliste

Je réalise petit à petit que dans toutes nos histoires qui se terminent mal, on est le plus souvent à cinquante pour cent de responsabilité, les patients et nous. Ils sont un peu compliqués, on est un peu moins attentif ; on croit avoir su les responsabiliser sans avoir évalué notre méthode ; ils nous manipulent, ils nous lassent un peu, et notre attention scrupuleuse se relâche. On n'est pas forcément tout blanc, comme la blouse hospitalière, ou tout noir, comme les robes d'avocat. On navigue dans certains cas entre les deux, dans la brume, le plus souvent sur des risques qu'on mesure et qu'on est conscient de prendre, sinon on ne pourrait plus travailler, et quelquefois, il arrive des pépins qu'on n'attendait pas.

Quand j'y repense maintenant, c'est moi qui aurais dû me plaindre contre l'attitude de cette femme de quarante ans, cette femme qui m'a empêchée de dormir pendant des mois, voire des années. C'était il y a une dizaine d'années, pas d'informatique, ni d'alarme automatique. Son frottis vaginal revient avec "cellules atypiques, surveillance nécessaire". Je lui en adresse un double avec, en commentaire : "À refaire dans six mois". Elle comprend, elle est habituée, je la connais depuis dix ans. Je fais comme ça pour son cholestérol aussi. Et trois ans plus tard, (je fais cela en général de façon cyclique, pour tout mon monde, je reprends tout le dossier, car j'oublie forcément, je crois que ça roule, que je n'ai plus à diriger, qu'ils ont compris mon mode de fonctionnement et moi, j'oublie... surtout les événements importants. Les détails, une expression, un geste, une réaction me restent plus facilement en tête : la mémoire, allez savoir !), trois ans plus tard donc, je tombe sur ce frottis abandonné. Bien sûr, elle a un adé-

nocarcinome (cancer). Intervention : bien sûr ça se passe mal. Reprise : curiethérapie, déprime ; problèmes sexuels et quelques années plus tard séparation du couple ; les enfants en compote...

Jusqu'à la déprime, nous n'avons pas parlé de responsabilité. Mais elle s'en voulait... Et dans la discussion, je lui dis (ce que je pensais sincèrement, et encore maintenant) : que les responsabilités étaient à partager, que j'aurais pu avoir un système plus performant pour les "distracts". Et boom, à partir de cette minute-là, elle m'a tout mis sur le dos ! Mais j'avais mes insomnies avant... et j'ai fermé ma gueule.

N'empêche, depuis cette histoire, en plus du résultat d'examen commenté et posté, je téléphone (ça marque plus) et le jour même, je prépare une lettre qui sera postée le mois précéant le contrôle à faire, que ce soit un frottis ou tout autre bilan. Il paraît même que certains laboratoires d'histo-pathologie envoient maintenant au médecin régulièrement, un récapitulatif des résultats à surveiller de près. (Je ne dois donc pas être la seule à avoir eu ce genre de pépin !). Enfin, bref, avec l'expérience, on s'organise, seul ou collectivement, même si on ne s'informatise pas, mais les insomnies persistent pour ces vies que j'ai ?, qu'on a foutues en l'air. Il n'y a pas que les morts qu'on a sur la conscience ; il y a aussi les survivants déchirés. En général, ils ne vont pas en justice, bien trop contents d'être encore vivants et nous, il nous faut vivre (et dormir !) avec ces histoires sans suite judiciaire mais ô combien douloureuses !

Les risques intimes du métier...



# Etre bien dans son métier

Etre bien dans ce métier ? Ce métier où le plus difficile, pour moi, est le positionnement toujours instable et douloureux face à la responsabilité médicale, face à la mort.

J'aime accompagner la vie qui se déroule : le nourrisson qui grandit, qui vient pour ses certificats de sport, l'adolescente et sa contraception, la femme enceinte, la personne âgée qui vit tout en vieillissant... J'aime voir en consultation, sans être bousculée, des personnes qui ne sont pas malades et ne soulèvent pas d'inquiétude chez moi, c'est le fil de la Vie, j'en suis l'observatrice et je suis bien vivante, moi aussi.

J'aime utiliser mes compétences techniques et apporter un soutien psychologique ; j'ai alors le sentiment de mon utilité et je suis confortée par la reconnaissance de mes patients. J'aime être obligée de lire des revues médicales pour raviver ou compléter mes connaissances, et avoir été poussée à m'ouvrir à des champs complémentaires : la psychologie, la sociologie, l'économie...

Mais il y a aussi les journées qui finissent beaucoup trop tard et surtout qui sont trop bousculées, les demandes téléphoniques incessantes et parfois difficiles à résoudre, les patients qui me mettent en échec et ne vont jamais bien, ceux

dont le nom, sur le carnet de consultation, me fait dire : "Encore !"

Il y a l'accident de la voie publique, pour lequel, au bout de quinze ans d'exercice et en dépit de formations à l'urgence, je me sens toujours aussi incompétente ; il y a l'enfant qui n'était pas vacciné (parce que j'étais partagée sur l'intérêt de la vaccination) et a fait une encéphalite de rougeole, le cancer du sein qui aurait pu être diagnostiqué plus tôt, cet homme qui s'est suicidé et que je venais de voir en consultation.

Il y a ces innombrables consultations où j'hésite sur les traitements à prescrire (antibiotiques ou pas ?) ; sur la nécessité d'examens complémentaires ou d'une hospitalisation ; il y a les nuits où les situations vécues dans la journée reviennent à l'esprit et où les choix faits semblent mauvais. Il y a tous ceux sur lesquels pèsent lourdement les contraintes de leur situation sociale (travail, chômage...) ou familiale, et pour lesquels je ne peux rien.

Il y a cette ancienne patiente qui détourne la tête en me voyant parce qu'elle estime que j'ai trahi le secret médical en parlant de son problème d'alcool avec l'assistante sociale du juge des enfants ; il y a ceux qui estiment que je les ai mal soignés.

Marie Kayser

*Médecin généraliste.*





Il y a eu fait tous les épisodes où la mort, le handicap sont là et où je m'attribue le pouvoir et l'obligation de les éviter et où je suis confrontée à une impuissance bien réelle.

J'ai essayé de fuir, j'ai attrapé la scarlatine pour pouvoir enfin m'arrêter ! J'ai envisagé de retourner à un mode d'exercice moins angoissant : médecin de PMI, ou à un autre métier : directrice de crèche. Mais faire de la médecine, c'est encore ce que je sais faire de mieux, et il faut bien que je gagne ma vie.

Ce travail que je ne peux me résoudre à quitter, j'ai essayé de l'aménager : ne pas travailler trop de demi-journées par semaine, prendre souvent des congés, je me suis associée et l'association m'a permis, non seulement de dégager du temps libre, mais surtout de partager, d'être moins seule, d'avoir un autre éclairage sur le travail : complémentarité des abords, incitation à multiplier les angles d'approche - rigueur et maîtrise technique chez l'une ; meilleure psychologie chez

l'autre ; tolérance plus grande de la troisième face à ceux qui vous mettent en échec permanent ; les doutes de la quatrième... Pour ne pas crouler, nous avons ensemble essayé de trouver les outils capables de nous aider : participer à des formations continues et surtout travail en supervision avec une psychologue puis groupe Balint.

Suis-je bien dans mon métier ? Je ne pourrais l'affirmer ainsi. La confrontation avec l'échec, la mort, m'a obligée à aborder mon désir de "toute puissance", ma volonté de contrôler les situations, ma difficulté à accepter l'autre, le patient, dans son projet de vie différent de celui que j'avais conçu pour lui ; les limites de mes connaissances théoriques me poussent à me former ; mes difficultés me conduisent à travailler avec d'autres, à partager mes difficultés et les leurs. J'ai le sentiment que mes patients, avec leurs rapports à la souffrance, à la maladie, à la mort, à l'amour, m'enrichissent.

Je me sens vivante dans mon métier, mais souvent douloureusement : est-ce cela être bien ?

# Corinne

Martine Devries  
Médecin généraliste

Corinne est une patiente sympathique, mais fantasque. Elle vient au cabinet depuis quelques mois, toujours en urgence, toujours pour des symptômes pelviens : douleurs, saignements, et toujours le lendemain, ou peu de temps après, une consultation chez le gynéco, "qui n'a rien trouvé", qui n'a rien dit ni prescrit. Elle est facilement soulagée par de petits traitements, ne demande pas d'arrêt de travail. Moi, médecin généraliste, je ne sais pas trop ce que je fais là : pas d'examen gynéco puisqu'elle en a eu un la

veille, quelques examens complémentaires qui reviennent normaux. Et, en juin, surprise, mauvaise : elle a consulté en urgence en chirurgie, elle a eu une coelioscopie, un abcès des deux trompes. Deuxième surprise : son compagnon vient me confier son désarroi devant la conduite de Corinne, car il constate qu'elle ment, invente des histoires, avec aplomb, ce que lui, supporte mal. Incidemment, il me raconte que non, Corinne n'a consulté aucun gynéco depuis plusieurs mois...

# Les deux registres

Certains patients ne supportent rien de moi et d'autres me pardonneraient tout...

Vous l'avez sûrement déjà ressenti cet agacement grandissant devant ces gens qui ne renvoient qu'une vilaine image ; rien ne fonctionne avec eux, et quand bien même on se mettrait en quatre, rien ne les atteint, sauf le mauvais. Avec eux, les effets secondaires prennent le premier plan, rien de ce que l'on avait prévu n'arrive, et l'imprévu est pire. On voudrait aider, on ne fait que gêner ; on voudrait entendre, ils restent sourds à notre bonne volonté. En dehors de quelques-uns qui s'accrochent, agrippés à notre sadisme ou séduits par notre ignorance, la majorité, heureusement, s'en va voir ailleurs, et trouve enfin le médecin de qualité qu'ils attendaient et qu'on n'imaginait même pas. Avec eux, au mieux, c'est l'effet "nocebo", au pire l'indifférence.

De l'autre côté, il y a ce sentiment de puissance dans un climat de détente, porteur d'une euphorie quasi toxicomaniaque, et vous l'avez bien sûr connu aussi. C'est lorsque les consultations s'enchaînent comme une machine parfaitement huilée, une complicité parfaite qui

laisse émerger le signe pathognomonique d'une pathologie à côté de laquelle tous seraient passés, qui suggère au bon moment le médicament qui avait fait tant de bien dix ans plus tôt, qui écarte les effets secondaires d'un négligent revers de main ! Ces patients, ces afficionados de votre cabinet, ces inconditionnels de votre manière de voir les choses et de les maîtriser, sont ceux qu'on a désignés en d'autres temps vos "clients". Il a un sens noble, ce mot, il suppose des idées partagées et une fidélité permettant de mener à bien un projet de santé commun.

La responsabilité de reconnaître les bons patients des mauvais coucheurs n'incombe pas qu'à nous puisqu'ils nous choisissent autant que nous les retenons ; mais sentir que l'on fonctionne dans un registre ou dans l'autre, fait indéniablement partie de notre responsabilité ; et si percevoir les limites dans lesquelles s'inscrit notre travail est toujours nécessaire, se tromper de registre peut constituer une faute professionnelle. Cela veut dire qu'une véritable formation professionnelle est là aussi nécessaire, dont les grandes lignes commencent à se dessiner.

Jean-François Renault

Médecin généraliste, enseignant et animateur à l'association Repères (voir dans ce numéro, p. 8).



En fait, chaque patient nous amène à fonctionner dans deux registres au moins, l'un avec notre cerveau droit, celui de l'intuition, et d'une conscience moins stricte ; l'autre avec le gauche, celui de la raison raisonnante et consciente. C'est là que se situe notre responsabilité, ne pas confondre, ne pas mélanger ni brouiller les pistes. Les deux sont aussi utiles l'un que l'autre et ils peuvent se corriger mutuellement. Ils peuvent aussi tirer à hue et à dia. La raison peut devenir paranoïaque, et l'intuition s'égarer, batifoler. Notre responsabilité consiste à de savoir utiliser chacune au moment nécessaire. La raison s'applique à la maladie, l'intuition au malade, entre les deux reste une bonne place pour des sciences devenues humaines. Les problèmes surgissent quand on mélange les genres, sans prendre les précautions d'usage. Forcer son intuition s'il ne s'agit que de probabilité ou proposer un diagnostic quand il s'agit d'un état d'âme, c'est comme confondre urgence et gens pressés. Chaque chose se joue dans des registres différents et souvent tout à fait complémentaires, mais qu'on ne devrait jamais confondre et s'efforcer de distinguer.

C'est souvent quand ça se passe trop mal ou trop bien avec les patients qu'on perd le contrôle. On se laisse entraîner sur un registre sans se rendre compte qu'en vérité, c'est l'autre qui fonctionne, on médicalise ce qui devrait être écouté, ou bien on reste sourd aux messages des organes.

Cette responsabilité-là est très délicate, elle nécessite une finesse, une souplesse, une sensibilité qui s'acquière au fil des ans et des formations. Elle est obligatoire dans nombre de situations difficiles mais nécessaire aussi dans les situations courantes aux multiples facteurs : ceux issus des constatations et situations biomédicales, ceux qui émanent du tissu relationnel, socioprofessionnel dans lequel le patient est inséré, ou ceux qui sont perçus au jeu des relations affectives vécues à l'occasion de la rencontre avec chaque patient.

Cette responsabilité, c'est aussi celle de défendre une vraie médecine soucieuse de laisser se croiser et utiliser TOUS ces éléments qui permettent de répondre à la demande de soin et concourent au travail thérapeutique.



# Rendre compte du métier

**Responsabilité et civilité.** Du 7 au 9 mai 1999, le SMG et la revue *Pratiques* ont organisé à Toulouse leurs Journées de Printemps sur le thème *rendre compte, rendre des comptes*. La mise en examen, pour homicide involontaire, d'un médecin généraliste donnait à cette question de la responsabilité toute sa gravité et un caractère très concret. L'événement judiciaire n'était pas étranger à la qualité des débats, à cette tonalité courtoise qui n'a pas empêché l'expression de désaccord.

Cette civilité est intéressante à pointer avant même de revenir sur le contenu des idées. Bien sûr, la gentillesse des uns et des autres y concourt, mais cette qualité n'est sans doute pas seule en jeu. La tonalité fort civile des discussions tient à ce qui est en question avec le thème de la responsabilité. En tout cas, elle tient à la manière dont le Syndicat de la médecine générale aborde le problème, avec cette ouverture dont il témoigne très pratiquement dans l'invitation faite à un non médecin de participer à ces journées et dans l'organisation de tables rondes avec magistrats, avocats, représentants de syndicats de salariés, d'associations d'usager, etc.

Cette question de la responsabilité prend de l'importance dans le monde du travail et intéresse

l'ANACT\*. D'une part, les formes du travail évoluent et nombre de travailleurs dits indépendants, dans tous les secteurs et pas seulement dans les traditionnelles professions libérales, connaissent des préoccupations similaires. D'autre part, cette question de la responsabilité individuelle gagne toutes les professions, y compris les salariées. Est-ce un effet du nouveau code pénal ? Des changements d'organisation du travail ? Des deux à la fois ou encore d'autres phénomènes sociaux ?

La question de la responsabilité est capitale sur au moins deux registres. Le plus évident, celui des dommages corporels, des maladies professionnelles, des accidents, au travail, à l'école, dans les transports... Ce registre là est en pleine évolution et le principe de la responsabilité sans faute ne suffit plus à régler les contentieux, en matière de réparation comme au regard de la prévention. La presse s'en fait l'écho à l'occasion. Et s'il est important, ce registre ne doit pas en masquer un autre, beaucoup plus étendu et plus quotidien, au cœur même de la productivité : avec le développement de nouvelles formes d'organisation du travail et de management (relations fournisseurs-clients, gestion du personnel par objectifs, individualisation des centres de profits, croissance de la relation de

Damien Cru

Ergonome.

*Ancien tailleur de pierre, chargé de sécurité sur les chantiers, Damien Cru a proposé le concept de "règles de métier" lors du séminaire interdisciplinaire de psychopathologie du travail organisé en 1986. Aujourd'hui Chargé de mission à l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), il poursuit avec ses collègues une démarche sur ce thème où s'articulent les pratiques professionnelles au quotidien, le positionnement institutionnel et l'élaboration théorique.*

\*L'ANACT :  
40-41, avenue Focherain,  
69321 Lyon  
Cedex 05  
Tél. : 04 72 56 13 73



service, du télétravail, etc.), on voit des entreprises ou des groupements d'entreprises qui, loin de protéger les travailleurs, jouent sur leur responsabilité (leur sens des responsabilités) pour obtenir d'eux toujours plus et toujours mieux sans pour autant répondre à leurs attentes, à leurs exigences. D'où l'émergence de ces thèmes de la souffrance, de la solitude, du stress, du harcèlement, de la violence au travail..., de ces thèmes et des réalités diverses qu'ils recouvrent.

Aussi, la décision de participer à ces Journées de printemps a été prise non seulement par sympathie mais avec toutes ces questions en arrière plan. Que l'on travaille en libéral ou en salarié, dans le public, l'associatif ou le privé, la responsabilité renvoie non seulement aux savoir-faire professionnels et à la compétence individuelle, la responsabilité engage le vivre et le travailler ensemble et plus encore les modalités de définition d'un minimum de règles de ce vivre ensemble. C'est là où parler de la tonalité courtoise du débat ne relève nullement de la niaiserie. La civilité sans courbette ni préséance n'est pas un luxe ni quelque chose 'd'en plus', la civilité est essentielle, elle tient à la façon d'ouvrir ou de restreindre la question. Faute de quoi chacun se retrouve partagé entre la soumission aux injonctions et la solitude à essayer de colmater les déchirures du social.

**Un détour par la responsabilité chez les pierreux.** C'est dans cette perspective de recherche des résonances possibles que s'inscrivait la présentation rapide des travaux sur le métier, à partir d'un cas très précis : les tailleurs de pierre. L'enquête avec les tailleurs de pierre parisiens<sup>1</sup> mettait en avant l'existence de règles de métier, qui fondent les relations dans le métier et qui, protégeant chacun d'une intrusion dans son travail, lui en donne l'entière responsabilité. Ces règles de métier structurantes à la fois pour chaque individu et pour le collectif de travail se distinguent des règles de l'art qui visent, elles, la pérennité de l'ouvrage.

Quelle est la responsabilité d'un tailleur de pierre dans une équipe quand tout se passe bien ? Un pierreux est responsable de son caillou, de son travail, mais il est également responsable non pas du travail de ses collègues mais de leur responsabilité. Autrement dit, s'il appartient à chacun de respecter les règles de l'art, il lui faut pour bien faire des conditions minimales : que les règles du métier soient respectées par chacun de ses collègues et donc par lui-même.

Cette manière de centrer l'approche de la responsabilité sur le travail lui-même ne va pas de soi, elle résulte de toute la démarche présentée. Deux points très interdépendants la récapitulent. Premier point : la difficulté pour tout un chacun de parler de son propre travail et plus encore des conditions de réalisation de ce travail. Ce n'est pas parce que l'on est du métier que l'on en perçoit tous les rouages, tous les ressorts et qu'il est facile d'en dire quelque chose qui échappe aux lieux communs. Le processus même de formulation, de mise en forme, nécessite un appareillage pour passer d'une description des pratiques plus ou moins singulières - déjà délicate à obtenir - à l'énoncé de ce qui fonde le métier.

Et ce, d'autant plus que, le métier n'a rien d'unidimensionnel. C'est le deuxième point développé, cette épaisseur du métier, qui englobe et dépasse l'ensemble des savoir-faire, des tours de main, de la technique et de son vocabulaire. Le métier est à la fois pratique professionnelle et condition sociale de cette pratique. Il organise les rapports d'une part entre les gens du métier et d'autre part entre les gens de ce métier et ceux d'autres métiers connexes.

L'intrication du technique et du micro-social dans le métier évolue au fil des ans et la transmission entre générations ne va pas sans frottement. Ce qui a été dit des tailleurs de pierre parisiens, il y a dix ou quinze ans, ne se retrouve peut être plus tel que, aujourd'hui et peut-être même, qu'à



l'époque, toute cette texture du métier a été décrite parce qu'elle était menacée par de nouvelles formes d'organisation des entreprises. Il faut donc bien se garder de rigidifier, de chosifier les règles de métier ou les règles de l'art. Une théorie n'empile pas les concepts, elle ne les juxtapose pas, elle les organise les uns par rapports aux autres et cette organisation de l'ensemble prime sur les définitions de chacun d'eux.

Autrement dit, le passage de l'idéologie défensive de métier aux savoir-faire de prudence importe sans doute davantage que la recherche d'une définition la plus juste possible de l'une ou des autres. Comment peut-on être à la fois dans l'exaltation de la virilité et de la force d'une part et l'entretien de la patience, de la ruse, de la prudence d'autre part ? Toute la difficulté de penser est là, dans l'acceptation de cette contradiction vivante, dans la compréhension de l'unité de

notions opposées, conflictuelles. De même, l'articulation règles de métier/règles de l'art offre la possibilité de comprendre comment chaque pierreur parvient à s'engager dans son travail et dans le collectif de travail non dans la conformité à une norme, un clan, mais dans la singularité de son apport, de sa contribution à l'ouvrage commun. Ce qui n'empêche nullement parfois des réactions de groupe. Ce qui compte dans cette articulation, c'est la manière dont elle nous aide à penser la présence du singulier dans un collectif de travail, de l'initiative dans le respect des règles.

Il ne s'agit pas, avec l'élaboration sur le métier de tailleur de pierre, d'édifier une nouvelle dogmatique du travail qui rendrait compte de façon univoque de toutes les situations professionnelles mais de fourbir quelques outils susceptibles d'investiguer l'épaisseur du travail humain. D'autant que tout travail n'est pas travail de métier, même s'il est







étonnant de constater combien le terme de métier parle y compris aux travailleurs peu qualifiés.

**Diagnostic de situation et nosographie.** En lisant mes notes de Toulouse pour rédiger cet article, je retrouve la difficulté exprimée par plusieurs des participants, difficulté à distinguer règles de métier et règles de l'art chez les médecins généralistes, une difficulté qui va jusqu'à la réfutation de l'existence de règles de métier. Je crois en comprendre les arguments que je reformule à ma manière :

- les gestes techniques sont d'emblée inscrits dans le relationnel, plusieurs indications en sont données clairement. Il n'y a donc pas lieu de discerner la technique (ou l'art) médicale du social ni d'en rechercher l'articulation ;
- la médecine ambulatoire s'exerce en solitaire - le thème de la solitude est revenu à plusieurs reprises
- en conséquence de quoi la responsabilité du praticien s'exerce vis-à-vis du patient et ne peut aucunement s'exercer vis-à-vis des collègues.



Trop de choses dites à Toulouse ne collent pas bien avec cette première esquisse. La perplexité me gagne mais je manque d'éléments pour démêler tout ça. Je vais donc avancer des propos incertains, en allant au-delà de mes doutes, peut être en commettant quelques contresens. J'insère mes propos dans une démarche - dont les Journées de Toulouse constituent une étape - qui appelle de nouveaux commentaires et de nouvelles controverses pour mener à bien l'élaboration de ce qu'est le métier de médecin généraliste.

Le médecin a à faire à des patients, des êtres humains et non à des pierres. D'emblée, tout acte les concernant engage le praticien dans une dimension relationnelle inscrite dans la durée. Le généraliste a une connaissance de ses antécédents, des évolutions de sa situation familiale, professionnelle. Il prend des précautions quant à l'avenir. S'il a une inquiétude sur l'évolution des symptômes, il demande au patient de rappeler, voire, si le doute est suffisamment fort, il demande à quel numéro le joindre à tel moment.

Cette dimension relationnelle s'étend également à la famille et à d'autres intervenants. La manière de s'adresser à ces autres intervenants fait partie de la relation thérapeutique. Ainsi l'une des participantes explique qu'avec les toxicomanes, elle téléphone au pharmacien ou au travailleur social en présence du patient. "Cette règle que je me suis fixée a amorcé quelque chose avec ces patients". D'autres ont évoqué les contacts avec l'assistante sociale, la psychologue, l'instituteur...

Cette relation dans la durée autorise un certain type de travail : le médecin généraliste procède par "raisonnements probabilistes, ce qui suppose un dialogue, sur le temps, avec une bonne qualité de communication réciproque. Mais souvent, ça déraile, et c'est là qu'on nous attaque. C'est très différent du service hospitalier." Le médecin mis en examen relate l'étonnement de l'expert judiciaire lorsqu'il dit ne pas faire de diagnostic dans 70 %



des cas. Le terme de *diagnostic de situation* est proposé pour désigner l'acte posé par le généraliste, le différenciant ainsi du diagnostic plus strictement nosographique enseigné à la faculté.

Ainsi, la relation avec le patient est d'emblée sociale. Et la distinction qui s'impose en ces journées n'est nullement celle entre la technique médicale et le micro-social mais celle entre la pratique quotidienne du généraliste et celle du praticien hospitalier, entre l'expérience du premier et le savoir enseigné à la faculté.

Rien que sur ce premier argument, plusieurs questions surgissent qui tournent autour d'une élucidation de la pratique généraliste. D'abord, quelle est l'étoffe de la dimension relationnelle entre le patient et le médecin ? Elle se présente trop comme un évidence pour ne pas être questionnée. Est-elle vraiment établie d'emblée ou est-ce une construction ? Tous les médecins y parviennent-ils ? Est-ce toujours la même construction pour chacun des patients ? En quoi ses connaissances médicales (techniques) aident-elles le généraliste à bâtir cette relation même si elles sont insuffisantes sur ce chapitre ?

Il faudrait voir de plus près. Mais j'imagine qu'en chaque cas, il s'établit une relation entre le degré de certitude du jugement médical et le risque pris dans la relation avec le patient. Par exemple, n'a-t-on pas tendance à augmenter les marges d'incertitude sur la plan médical lorsqu'on est assuré de la relation avec un patient donné ?

Autrement dit, il conviendrait de décrire davantage de quoi il retourne dans le *diagnostic de situation* : Si le généraliste n'est pas dans le beau diagnostic complet de l'hôpital - car dans les trois quarts des cas il a affaire à des symptômes isolés, qui n'entrent pas dans ce qu'il a appris à la faculté - il ne néglige pas pour autant toute symptomatologie. Et peut-être même, c'est une hypothèse, lui faut-il une bonne connaissance et une bonne maîtrise

médicale, nosographique entre autres, pour définir une action - qui peut être l'abstention - avec si peu de signes cliniques. De même, il lui faut sans doute une bonne maîtrise de la chose médicale pour mettre du jeu dans l'automatisme diagnostique > thérapeutique, pour s'affranchir des recommandations de la faculté ou du DSM\* ... Il ne procède pas à une exploration complète comme à l'hôpital et cependant, il se fait une idée, une représentation de l'état du patient pour orienter son action. Et dans cette fonction de représentation, je doute fort qu'il n'y ait pas de médical.

Et en m'aventurant davantage dans l'hypothétique, je me demande si ce n'est pas la volonté de se démarquer de l'hôpital qui conduit nombre des participants aux journées de Toulouse à une minoration, une sous-estimation de leur technique et de leur rigueur. Comme si face à l'hyper-technicité du Centre hospitalier universitaire, ils n'avaient de voie pour affirmer leur spécificité qu'à mettre en avant un relationnel quasi-naturel qui ne demanderait aucune technique, aucun *savoir-y-faire*.

**La responsabilité professionnelle.** Reprenons la première question : quelle est l'étoffe de ce relationnel patient-médecin ? Est-elle comparable à celle de ce que j'appelle peut être maladroitement, le micro-social, les relations entre professionnels ? Probablement pas. Plusieurs ont exprimé un sentiment de solitude au travail, que les relations avec les patients ne viennent pas du tout compenser. "On a du mal à se situer dans un collectif. Pour nous, ce qui gêne, c'est la difficulté à en parler, de notre pratique."

Il y a un changement d'objet entre le relationnel et le micro-social. Certes il y a du transfert dans les micro-rapports sociaux mais précisément, un concept comme celui de règle de métier nous engage à penser les rapports

\*Codification informatisée des symptômes et maladies.





bilité individuelle et la responsabilité politique un peu générale du citoyen, il y a place pour un investissement collectif dans le métier qui donne tout son poids à l'une et à l'autre et qui évite les replis frileux et défensifs de certaines corporations médicales américaines.

Mais des règles peuvent être élaborées avec d'autres intervenants que les collègues. A Toulouse, il fut question de convergence à construire entre généralistes avec les médecins scolaires, avec les médecins du travail, les autres professionnels de la santé. A préciser ainsi dans le micro-social, les modalités d'intervention de chacun, à mieux savoir berner sa propre intervention, chacun s'y retrouve. D'une part les ressources sont mieux réparties et utilisées et, d'autre part, les difficultés ont des chances d'être un peu mieux situées. Sinon, chacun a tendance à assumer toute la misère du monde, le juge, le médecin, l'instituteur, au nom d'une responsabilité individuelle débordante et dans la négation de la dimension politique des problèmes rencontrés.

L'élaboration sur le métier de médecin généraliste gagne à être poursuivie non seulement dans

l'élucidation de ce qui le distingue de la médecine hospitalière mais également dans la mise en débat avec les autres professions concernées, des modes du travailler ensemble. Il peut en être attendu des retombées à plusieurs niveaux :

- dans l'exercice quotidien des généralistes avec particulièrement une meilleure délimitation de leur champ de compétence ;
- une meilleure connaissance et une reconnaissance dans la société et notamment par la justice, des modalités d'exercice du métier (avec un argumentaire sur la remise en question du choix des experts) ;
- une aide aux étudiants - en premier lieu les stagiaires - pour choisir dans tout ce qui leur est offert à la faculté, ce qui leur servira dans le travail ;
- et, qui sait, l'ouverture sur les choix politiques en matière de santé avec les pouvoirs publics, les confédérations syndicales, la Sécurité sociale...

1. Cf. la présentation de cette enquête dans *Pratiques* n° 3, pp. 41-47.

2. Lorin, D., 1995, *Il soigne, il s'abonne... Il est honoré. Essai pour l'évaluation d'un réseau de médecins généralistes autour de la prise en charge des patients toxicomanes*, mémoire de l'Institut d'Études Politiques de Paris, cycle supérieur de sociologie.

### *Les Journées de printemps de Toulouse*

*Nous étions une centaine à nous réunir les 7, 8 et 9 mai 1999, à Toulouse, dans l'enceinte de l'hôpital Joseph Ducuing (fondé par des républicains antifascistes espagnols) pour réfléchir sur cette question de la responsabilité médicale. Outre des médecins, ont participé à nos débats des magistrats, des avocats, des syndicalistes, des mutualistes et des associations de patients dans une très grande qualité d'écoute réciproque. Ces rencontres ont été organisées par nos deux collègues généralistes du cru, Evelyne Malaterre et Francis March.*



# La décision en médecine générale

Didier Duhot

Médecin généraliste.

*Didier Duhot est secrétaire général de la Société française de médecine générale (SFMG\*), société savante créée en 1973 qui a pour objectif de promouvoir la médecine générale en tant que discipline à part entière. Elle s'attache à développer des concepts élaborés à partir de l'observation méthodique de l'activité du médecin généraliste. Elle a publié le Dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale, Actes et fonction du médecin généraliste et l'Annuaire statistique de l'observance du médecin généraliste.*

\*SFMG  
27, bd Gamaetta,  
92130 Issy-les-Moulineaux ;  
site internet  
<http://www.sfm.org>  
duhot@freeurf.fr

Chaque jour, plus de cinquante mille médecins généralistes reçoivent en consultation ou rendent visite à leur domicile à près d'un million de patients<sup>1</sup>. Lors de ces séances, ces derniers présentent à ces praticiens des problèmes à résoudre de toute nature : médicaux, psycho-sociaux et administratifs. Ils doivent alors apporter des propositions de réponses efficaces aux problèmes qui leur sont présentés.

Pour illustrer la démarche intellectuelle du médecin généraliste, nous prendrons l'exemple de la petite Emilie, 6 ans, bien connue du docteur Xavier, et amenée par sa mère en début de matinée pour des "douleurs abdominales" persistant depuis sept heures et accompagnées d'un mal de gorge, d'un écoulement nasal et de quelques plaques cutanées.

**Éléments de certitude.** Les décisions que chaque médecin doit prendre pour résoudre les problèmes de ses patients doivent être argumentées. Elles sont basées sur un trépied décisionnel :

- le "diagnostic". Pour Emilie, l'interrogatoire,

et l'examen clinique apportent au Dr. Xavier peu d'éléments positifs significatifs en dehors des signes décrits ci-dessus. C'est surtout l'absence de certains signes qui lui permettront d'avancer dans ses orientations. Ainsi l'étape initiale de la démarche décisionnelle est la définition du problème que le patient vient exposer. Il est impératif que le "diagnostic"<sup>2</sup> porté par le médecin repose sur des données ayant un fort niveau de preuve<sup>3</sup> : c'est l'élément de certitude. L'interrogatoire du patient ou de l'entourage, les données historiques disponibles dans le dossier médical, l'examen clinique et, si besoin, les examens complémentaires, permettent au médecin de dénommer le ou les symptômes du patient.

Comme souvent en médecine générale, nous sommes ici devant un ensemble de symptômes qui ne sont pas assez caractéristiques pour déterminer une maladie au sens "universitaire"<sup>4</sup> du terme. Soixante-dix pour cent des problèmes de santé vus en médecine générale<sup>5</sup> sont des situations cliniques "ouvertes"<sup>6</sup> et trente pour cent

des situations cliniques "fermées". Nous savons que l'évolution de ces situations "ouvertes" (vers une situation clinique "fermée") reste limitée : moins de cinq pour cent d'entre elles évolueront par la suite grâce à l'arrivée de nouveaux signes cliniques ou d'examens para-cliniques (il s'agit de compléments sémiologiques et non d'erreurs du médecin).

**Les risques évitables.** Pour le professionnel de santé, il ne doit pas exister de hiérarchisation entre ces différentes présentations. Le médecin doit rechercher et éliminer les éléments sémiologiques pouvant faire craindre un ou des risques évitables. Pour Emilie, il recherchera d'abord l'absence d'éléments nécessitant une intervention urgente, qu'elle soit médicale ou chirurgicale, par l'interrogatoire et un examen clinique soigné. L'ombre de l'appendicite ou de l'occlusion est présent aussi bien dans l'esprit du médecin que d'Emilie et de sa mère !

Il prend ensuite des décisions. Elles peuvent être médicamenteuses, biologiques, radiologiques, des soins infirmiers ou de kinésithérapie. Ce peut être aussi, tout simplement, la décision de ne rien prescrire et, si besoin, d'attendre quelques heures pour réévaluer les signes présentés par le patient. Dans les situations qui le permettent, le temps est le meilleur atout de gestion des situations ouvertes.

Dans le cas d'Emilie, le praticien se trouve devant un grand nombre de possibilités. Il va faire intervenir de façon à la fois consciente et inconsciente les deux autres éléments intriqués du trépied décisionnel pour faire son choix :

**Les normes intimes.** La norme intime du patient (et de l'entourage). Elle est sous-tendue par sa profession, par son éducation, par son caractère, par les antécédents familiaux qu'il a vécus. La situation caricaturale pourrait être l'institutrice qui aurait rêvé d'être bonne sœur, dont le petit frère serait mort d'une appendicite que le médecin "n'avait pas connue" et dont le grand frère aurait été collé à sa première année de médecine... Les opinions, représentations et craintes du consultant font parties des éléments de décisions. Les relations antérieures entre le praticien et le malade ainsi que la connaissance qu'il a de la gestion des problèmes de santé par le patient vont ici être très importants.

La norme intime du médecin : le médecin ne prendra pas les mêmes décisions le lundi matin et le samedi soir. Il en sera de même si son exercice professionnel est familier des pathologies rencontrées dans la population dont fait partie le patient (les enfants, les femmes enceintes, les patients séropositifs...). Si un de ses confrères a été confronté à un tableau d'abdomen aigu chirurgical ayant mis en jeu la vie d'un enfant, il aura recours pendant quelques semaines au chirurgien beaucoup plus facilement, et probablement plus que de raison, avec le risque de provoquer des interventions chirurgicales inutiles, voire dangereuses malgré les progrès de l'anesthésie.

Ces deux normes intimes délimitent, avec le "diagnostic" et les risques évitables, "l'espace de liberté" du praticien. Il peut être immense en cas de "rhume" et aussi limité que le choix d'appeler le Samu par le 15 ou par le numéro à dix chiffres en cas de méningite.







Pour Emilie, si l'examen est rassurant et que la journée n'est pas trop avancée, que le praticien n'a pas été traumatisé par le décès d'un enfant pris en charge par un de ses confrères pour une pathologie proche, que la mère est capable de surveiller son enfant et qu'elle donne son accord, le médecin peut décider d'attendre avec une surveillance à la maison et un rappel téléphonique quelques heures plus tard. A l'opposé, si l'examen est anormal, suspect ou que la surveillance à la maison impossible du fait de l'entourage de l'enfant ou du timing, il peut décider d'adresser l'enfant à un chirurgien pour avis ou observation.

Dans notre cas, devant l'absence d'éléments faisant redouter un risque évitable, il est totalement légitime de laisser Emilie à la maison sous la surveillance de sa mère et de prendre de ses nouvelles en fin de matinée pour réévaluer la situation.

**Du flou artistique apparent à la rigueur clinique.** Un débat ininterrompu partage les médecins qui pensent que la médecine est un art et ceux qui pensent que c'est une science. Ils

ont probablement tous raison. Cependant, il est évident que les concepts exposés ci-dessus et intégrés par le praticien dans sa démarche décisionnelle lui apportent un confort de pratique important et une amélioration de la qualité de l'acte médical. Ils permettent au praticien d'adapter ses démarches à son activité de premier recours et de ne plus appliquer des "routines" spécialisées et hospitalières, peu efficaces en ville car définies à partir de l'observation de patients "triés". Ils permettent aussi de faire disparaître cette impression de flou et d'illégitimité parfois ressentie par le médecin généraliste après un enseignement médical initial, et continu, dispensé par les Professeurs. Ces derniers sont bien loin des problèmes de santé vus en médecine de ville et leur pratique est centrée sur l'hôpital et la gestion des trente pour cent de situations cliniques fermées.

Je tiens à remercier les Dr. Ferru et Gallais pour leur relecture de cet article et leurs conseils avisés.

1. Le nombre moyen des actes effectués par les médecins généralistes est de dix-huit actes par jour.

2. Certains préfèrent employer le terme de résultat de consultation pour parler des problèmes présentés par les patients afin d'éviter les confusions avec le terme diagnostique qui, par exemple, ne s'applique pas aux actes de prévention réalisés par le généraliste.

3. La place du concept de médecine basée sur les preuves, ou *evidence-based medicine*, est de plus en plus répandue depuis quelques années.

4. Les études médicales n'apprennent aux étudiants que les tableaux de maladies, les diagnostics certifiés. La notion de "situation ouverte" et leur gestion n'est abordée à l'université que depuis peu et uniquement en fin d'études, où les médecins généralistes interviennent dans l'enseignement.

5. *Annuaire statistique de l'Observatoire de la médecine générale, document de recherche en médecine générale*, n°52, S-MG, septembre 98, p. 10.

6. Symptômes isolés (le mal de gorge avec une muqueuse pharyngée normale) ou des syndromes (association de plusieurs symptômes comme chez la petite Emilie).

7. Tableau de maladie sans preuve anatomo-biologique (tableau typique de cystite de la jeune femme pour laquelle on ne demandera pas d'examen d'urine) ou diagnostic certifié pour lequel le praticien possède une preuve anatomo-biologique (le diabète authentifié par une glycémie élevée au dessus de la normale).

8. Pour un nombre de patients identique, le nombre d'appendicites rapporté aux douleurs abdominales en consultation de médecine générale en une année est très inférieur au même rapport dans un service d'urgence chirurgicale. Il n'est pas légitime d'appliquer les mêmes procédures décisionnelles lorsque la répartition des pathologies est différente puisque les groupes de patients ne seront pas identiques.





Pour Emilie, si l'examen est rassurant et que la journée n'est pas trop avancée, que le praticien n'a pas été traumatisé par le décès d'un enfant pris en charge par un de ses confrères pour une pathologie proche, que la mère est capable de surveiller son enfant et qu'elle donne son accord, le médecin peut décider d'attendre avec une surveillance à la maison et un rappel téléphonique quelques heures plus tard. A l'opposé, si l'examen est anormal, suspect ou que la surveillance à la maison impossible du fait de l'entourage de l'enfant ou du timing, il peut décider d'adresser l'enfant à un chirurgien pour avis ou observation.

Dans notre cas, devant l'absence d'éléments faisant redouter un risque évitable, il est totalement légitime de laisser Emilie à la maison sous la surveillance de sa mère et de prendre de ses nouvelles en fin de matinée pour réévaluer la situation.

**Du flou artistique apparent à la rigueur clinique.** Un débat ininterrompu partage les médecins qui pensent que la médecine est un art et ceux qui pensent que c'est une science. Ils

ont probablement tous raison. Cependant, il est évident que les concepts exposés ci-dessus et intégrés par le praticien dans sa démarche décisionnelle lui apportent un confort de pratique important et une amélioration de la qualité de l'acte médical. Ils permettent au praticien d'adapter ses démarches à son activité de premier recours et de ne plus appliquer des "routines" spécialisées et hospitalières, peu efficaces en ville car définies à partir de l'observation de patients "triés". Ils permettent aussi de faire disparaître cette impression de flou et d'illégitimité parfois ressentie par le médecin généraliste après un enseignement médical initial, et continu, dispensé par les Professeurs. Ces derniers sont bien loin des problèmes de santé vus en médecine de ville et leur pratique est centrée sur l'hôpital et la gestion des trente pour cent de situations cliniques fermées.

Je tiens à remercier les Dr. Ferni et Gallais pour leur relecture de cet article et leurs conseils avisés.

1. Le nombre moyen des actes effectués par les médecins généralistes est de dix-huit actes par jour.

2. Certains préfèrent employer le terme de résultat de consultation pour parler des problèmes présentés par les patients afin d'éviter les confusions avec le terme diagnostic qui, par exemple, ne s'applique pas aux actes de prévention réalisés par le généraliste.

3. La place du concept de médecine basée sur les preuves, ou *evidence based medicine*, est de plus en plus répandue depuis quelques années.

4. Les études médicales n'apprennent aux étudiants que les tableaux de maladie et les diagnostics certifiés. La notion de "situation ouverte" et leur gestion n'est abordée à l'université que depuis peu et uniquement en fin d'études, où les médecins généralistes interviennent dans l'enseignement.

5. *Annuaire statistique de l'Observatoire de la médecine générale, document de recherche en médecine générale*, n°52, SFMG, septembre 98, p. 10.

6. Symptômes isolés (le mal de gorge avec une rougeur pharyngée normale) ou des syndromes (association de plusieurs symptômes comme chez la petite Emilie).

7. Tableau de maladie sans preuve anatomo-biologique (tableau typique de cystite de la jeune femme pour laquelle on ne demandera pas d'examen d'urine) ou diagnostic certifié pour lequel le praticien possède une preuve anatomo-biologique (le diabète authentifié par une glycémie élevée au dessus de la normale).

8. Pour un nombre de patients identique, le nombre d'appendicites rapporté aux douleurs abdominales en consultation de médecine générale en une année est très inférieur au même rapport dans un service d'urgence chirurgicale. Il n'est pas légitime d'appliquer les mêmes procédures décisionnelles lorsque la répartition des pathologies est différente puisque les groupes de patients ne seront pas identiques.

# Ce n'est pourtant pas si difficile de rendre des comptes !

Voici deux exemples de situations comparables qui n'ont pas été gérées de la même manière et dont les conséquences diffèrent.

Il y a quelques années, j'ai adressé un jeune patient en chirurgie pour une appendicite qui semblait tout à fait banale. Quelques jours après, le jeune homme est réhospitalisé en urgence pour une péritonite en rapport avec une rupture des sutures du moignon appendiculaire. L'intervention a lieu, et les suites opératoires sont très simples. Durant toute la durée de l'hospitalisation, le chirurgien, qui était intervenu initialement, a été très présent et attentif aux soins donnés à son patient, a "pris du temps", avec lui pour parler, lui dire que s'il ne pensait pas avoir fait de faute technique durant l'intervention, il se sentait néanmoins responsable et tout à fait désolé de cette affaire. Le patient a guéri rapidement et va maintenant très bien.

Autre histoire, celle de monsieur D. qui a fait une péritonite par perforation de son colon, quarante-huit heures après une coelioscopie de dépistage. Le médecin ayant pratiqué l'examen initial est passé le voir après son intervention, juste le temps de lui déclarer que l'événement n'avait "rien à voir" avec sa coelioscopie... Puis, plus aucune nouvelle de l'endoscopiste. J'ai vainement tenté de le joindre, trois courriers ont été nécessaires pour récupérer les différents comptes rendus. Bien sûr, l'analyse des pièces opératoires a confirmé le lien entre les deux événements. J'ai revu le patient quelques jours après sa sortie de l'hôpital, amaigri, fatigué mais surtout très "choqué" par l'attitude du médecin, partagé entre l'envie de tourner la page de ce

douloureux épisode, et le sentiment d'avoir été pris pour un "imbécile". Malgré la pression de son entourage, il n'avait pas envie d'entamer une procédure judiciaire. Il voulait juste comprendre, et surtout que le spécialiste reconnaisse simplement que ce qui lui est arrivé n'était pas "normal". Je l'ai revu à plusieurs reprises, se remettant petit à petit, quand un jour son épouse m'annonce qu'il a été opéré en urgence pour une occlusion sur bride... Nouvelle hospitalisation, séjour en maison de repos et tous les projets pour plusieurs mois abandonnés. Depuis, monsieur D. se remet tout doucement de cette aventure qui l'aura mis sur "la touche" durant plus d'un an. Il a décidé d'intenter un recours en justice contre le médecin endoscopiste.

Dans le premier cas, le médecin a fait son métier jusqu'au bout, en rendant des comptes au patient qui lui avait "fait confiance", dans la transparence, et au bénéfice de tous. Dans la deuxième situation, le médecin endoscopiste n'a pas assumé ses responsabilités. Il n'a pas su accompagner son patient. Son comportement maladroit et méprisant a été néfaste pour tout le monde. Durant nos études, on ne nous a pas appris tout cela. On ne nous a pas appris à appréhender les situations d'échec ou d'erreurs auxquelles nous aurions forcément à faire face, il ne peut en être autrement. Par contre, on nous a appris la toute puissance et certains ont cru, comme cet endoscopiste, qu'il n'y avait aucun compte à rendre. Cela relève de la psychologie, du droit, de l'éthique, ou tout simplement de l'humanité. En attendant, on fait comme on peut, on croise les doigts pour ne jamais être confronté à de telles épreuves, mais évidemment ce n'est pas suffisant.

Ghislaine Audran  
Médecin généraliste



# Un juge : pour une procédure contradictoire de qualité

Entretien avec  
Alain Billaud

*Le juge Alain Billaud a participé à trois rencontres de Toulouse, au printemps dernier. Ancien juge d'instruction, il est vice-président du Tribunal de grande instance de Toulouse et délégué régional du Syndicat de la magistrature\*. L'apparition du Syndicat de la magistrature en 1968 inaugure le fait syndical dans la magistrature. Positionné à gauche, il représente quarante pour cent des magistrats. Il s'inscrit dans le droit fil d'organisations professionnelles de magistrats européens et démocratiques. Il s'attache à la réalité de terrain pour les justiciars et à des procédures plus transparentes et plus démocratiques.*

\*Syndicat de la magistrature  
6, passage Salarnier,  
75001 Paris  
Tél.: 01 48 05 47 83

**Pratiques :** Il semble qu'il y a maintenant, en ce qui concerne les médecins, de plus en plus de plaintes au pénal qu'avant. Est-ce vrai ? Comment l'expliquer ?

**Alain Billaud :** C'est la réalité et cela résulte du fait que la procédure pénale est plus efficace dans la recherche de la preuve. Les avocats détournent ainsi le pénal de son objectif à visée répressive et ils le font à des fins partisans, quelquefois au détriment de la vérité due au médecin, plutôt que d'avoir recours à une procédure civile qui est plus contradictoire. Il faut replacer la procédure pénale dans le temps : au départ elle est de nature inquisitoire et ce n'est qu'ensuite qu'elle devient contradictoire. C'est douloureux pour le médecin qui finit par se sentir comme un délinquant de droit commun, ce qui n'est pas le cas au civil.

**Un juge a-t-il l'obligation de demander une expertise ? Quand il y a un décès, y a-t-il systématiquement une autopsie ?**

Ce n'est pas une obligation mais le juge est le gardien du droit et il lui est interdit de s'immiscer dans la technique. Le recours à l'expertise est nécessaire pour porter un jugement par rapport à des questions techniques. En cas de décès, s'il y a un refus de permis d'inhumation, c'est le parquet (le procureur) qui décide de l'autopsie.

**Une expertise peut-elle être contradictoire ?**

Au civil, l'expertise est toujours contradictoire ; c'est une obligation pour le juge (tous les éléments sont soumis à la critique de l'autre partie). Au pénal, la procédure n'est pas contradictoire ; elle peut le devenir si le juge délègue ses pouvoirs (selon l'article 164 du code de procédure pénale) en demandant aux experts de rencontrer les parties.

**Qu'appelle-t-on un témoin assisté ?**

C'est l'article 104 : une personne nommément visée par une plainte avec constitution de partie civile, peut demander à bénéficier des droits d'un mis en examen. Un exemple : un médecin anesthésiste cité dans une plainte après un décès, en demandant la qualité de témoin assisté, aura communication de la procédure et pourra bénéficier, dès ce stade, de la présence d'un avocat.

**Lors de nos journées de printemps à Toulouse vous avez insisté sur ces deux articles 164 et 104 du code de procédure pénale...**

Le Syndicat de la magistrature, animé d'un esprit militant, ne veut plus de cette procédure déloyale, non contradictoire où il n'y a pas d'échanges de points de vue. Obligé de procéder par touches, à défaut de réforme globale du





code de procédure pénale, il incite donc à utiliser les articles qui vont dans le sens de ses objectifs. En médecine, où il y a une obligation de moyens, on peut être en désaccord sur la qualité des moyens utilisés. Il faudrait donc que le droit prenne en compte cette notion et s'appuie sur une procédure contradictoire.

**Comment le juge d'Instruction ou le procureur choisit-il les experts ?**

A partir d'une liste... qui ne se renouvelle pas beaucoup (on parle de stakhanovistes de l'expertise, d'experts fossiles, coupés de la réalité !).

**Un juge peut-il demander une expertise à quelqu'un qui ne figure pas sur cette liste ?**

Oui, il le peut exceptionnellement. Mais il faut une motivation spéciale.

**Comment devient-on expert ? Peut-on l'être quand on est généraliste ?**

Il suffit de le demander au procureur de la République. Un généraliste peut l'être mais... à la cour d'appel de Toulouse, par exemple, la liste ne comporte que des spécialistes. Tous prétendent avoir des compétences en médecine générale mais je n'ai pas noté d'homéopathe.

**A propos de la mise en examen...**

C'est un acte par lequel le juge porte à la connaissance d'une personne les charges qui pèsent contre elle, ou qui survient après constitution de partie civile après réquisitoire du procureur. A ce stade, il y a des charges contre le médecin, c'est-à-dire une faute médicale, même si cela n'a pas été déterminé de manière contradictoire. Il y a alors publicité et, pour le mis en examen, "le mal est fait !" D'où l'intérêt de l'article 104.

**et de la commission rogatoire...**

Lorsqu'on est entendu par l'officier de police





judiciaire sur commission rogatoire, c'est difficile. Il faut faire acter les questions posées et ne pas répondre à des questions qui ne sont pas actées. Sinon l'OPJ fait parler puis rédige ensuite à partir de son laïus. Le juge, lui, acte les questions et il faut que les questions soient posées pour pouvoir vérifier la qualité des réponses (c'est vrai aussi en matière économique, financière...). Il faut savoir aussi que les personnes à l'encontre desquelles il y a des indices graves ne peuvent pas être entendues comme témoin. Si un médecin est entendu en commission rogatoire et qu'il y a déjà des indices contre lui, c'est, selon l'article 105, un cas de nullité de procédure (l'OPJ en ne posant pas de questions actées se protège de cet article 105). Ainsi, dès qu'il y a des indices graves et concordants, il faut arrêter une garde à vue. L'OPJ n'ayant pas la compétence pour juger de la gravité d'une faute médicale, il est donc souhaitable de demander l'application de l'article 104.

#### Combien de temps faut-il garder les dossiers médicaux ?

Au pénal, on ne peut remonter à plus de trois ans en arrière (il y a prescription). En matière civile, il existe des textes spécifiques relatifs à la durée de conservation des dossiers médicaux.

**Dans les affaires médicales et plus particulièrement celles qui concernent les généralistes, il y a souvent eu plusieurs intervenants successifs. Si l'on ne peut pas attribuer la totalité de la faute à un seul d'entre eux, peut-il être condamné ? Y a-t-il eu des jurisprudences là-dessus ?**

En matière civile, le juge peut raisonner par analogie, alors qu'en matière pénale, le juge doit rechercher strictement l'existence de la faute personnelle. En civil, il recherche la faute d'équipe ; le pénal y est "allergique". La réforme de 1994 du code pénal peut relativiser cela si l'on peut pénalement condamner un établissement sur un faisceau de fautes.

#### Que penser de la judiciarisation de la société ?

De nos jours, il est suspect de mourir ! Si l'hom-

me meurt c'est qu'il y a une faute du médecin ! Il y a là une perversion sociale : des avocats non vertueux partent du principe qu'il y a toujours quelque chose "à gratter" et on perd de vue que le médecin est toujours tenu à une obligation de moyens et non de résultat. Il est vrai que par ailleurs, du fait de l'affaiblissement du politique, les citoyens se tournent vers le juge et attendent de la justice qu'elle exerce un pouvoir qui n'est pas réellement de son ressort. Le justiciable quand il souhaite engager un procès contre un médecin pense qu'on lui a caché quelque chose. Il y a un aveuglement du justiciable dans son rapport juridique avec le médecin. Le médecin est considéré comme "haut-placé" dans la société, comme devant le protéger de tout mal. En cela, il peut être vu comme le représentant d'une autorité contestée. En fait, le justiciable désire, consciemment ou non, faire sanctionner le puissant et le politique par l'intermédiaire du judiciaire.

**Le risque chez les médecins est, qu'en raison de la responsabilité encourue, on ne prenne plus de responsabilités. Le Syndicat de la médecine générale ne s'inscrit pas dans cette logique, mais nous sommes bien conscients que seuls et minoritaires, nous n'y pourrions pas grand chose. Pour éviter cette dérive, ne pensez-vous pas que cette problématique devrait être abordée de manière pluridisciplinaire entre médecins, avocats et juges et pourquoi pas associations de défense de victimes ?**

Mon souhait serait de pouvoir évaluer immédiatement et de façon pluridisciplinaire les plaintes des particuliers. Le code de procédure pénale s'applique quelle que soit la plainte : il faut qu'un fait médical ne soit pas traité comme un fait criminel ! Pour cela, dès le dépôt d'une plainte auprès du parquet ou du juge d'instruction, il y aurait une évaluation par une commission pluridisciplinaire et une demande d'expertise contradictoire le plus tôt possible !

Propos recueillis par Daniel Coutant.



# Le juge face à l'expert

Chaque fois qu'un drame survient dans lequel on soupçonne qu'il y a eu erreur ou insuffisance de la médecine ou du médecin, il faudrait qu'il y ait une enquête et une réflexion collective pour mieux comprendre ce qui s'est passé et en tirer le maximum d'enseignements.

S'il est besoin d'un recours à la justice, le schéma habituel est le suivant : un malade estime avoir été soigné d'une façon imparfaite. Selon lui, le médecin a fait des choses qu'il ne fallait pas faire ou n'a pas fait tout ce qu'il fallait faire. Avec l'aide d'un avocat, il demande à la justice de se prononcer. Pour se défendre, le médecin demande lui aussi le concours d'un avocat. Le juge d'instruction entend les deux parties, lesquelles sont habituellement en désaccord sur les faits et sur l'interprétation qu'il convient d'en faire. Le magistrat a besoin de l'avis d'un expert. Or, l'expertise est souvent très loin de répondre à cette volonté de comprendre et d'en tirer des enseignements.

**Une vision partielle et manichéenne.** La plupart du temps, les experts semblent davantage animés par la passion que par la rigueur. Dans leur vision manichéenne, ils ne connaissent que des alternatives simples : le vrai et le faux, le bien et le mal, ce qu'il faut et ce qu'il ne faut pas faire. A l'occasion d'un drame, ils ne se demandent pas si ce drame aurait pu survenir dans la pratique d'un autre médecin et à la limite de tous les médecins. Pourtant, la réalité de l'exercice médical n'est pas toujours conforme à leur rêve d'ordre et de maîtrise.

**Les conditions concrètes de l'exercice médical.**

Lorsqu'un médecin commet une erreur, on est amené à se demander si l'enseignement qu'il a reçu à l'université était bon et si les enseignements post-universitaires sont bons. On découvrirait peut-être qu'ils ne sont pas toujours excellents, qu'ils sont parfois mauvais et en tout cas toujours perfectibles. Mais quelle que soit la qualité des enseignements, un médecin ne peut pas tout savoir ni se rappeler de tout. Chaque médecin devrait pouvoir à tout moment interroger des gens compétents et ces échanges devraient être fréquents et ressentis comme normaux, souhaitables voire indispensables. Le médecin, qui, au milieu de la nuit, éprouve une difficulté diagnostique devrait avoir la possibilité de discuter avec un collègue compétent de la validité de ce diagnostic. On pourrait imaginer des structures qui, un peu comme les centres anti-poisons, pourraient être consultées à toute heure. D'autant plus qu'on est dans un contexte où l'exercice de la médecine est solitaire et souvent déshumanisé par le poids considérable que prennent les hiérarchies, les structures de pouvoir et la recherche d'argent. Le médecin de nuit prend une garde au cours de laquelle il peut être amené à voir deux malades ou soixante ; le médecin, le jour, peut attendre vainement un client ou être débordé. Il n'existe aucune possibilité d'intervenir pour rationaliser (et moraliser) le système. Or, la qualité d'écoute, la disponibilité, le flair clinique, l'intuition, la surveillance évolutive sont très largement influencés par les conditions concrètes d'exercice.

Jean-Pierre Lellouche

*Médecin*





En condamnant violemment un médecin, les experts "protègent" un système qui les a faits rois : chefs de service, enseignants, experts et probablement membres du Rotary ou du Lions Club. Je voudrais faire ici une hypothèse sur les conditions psychologiques dans lesquelles travaillent les experts en général. On leur a dit en substance : "Vous êtes d'excellents médecins et nous avons besoin de votre aide pour juger un ("mauvais") médecin". Tout le monde serait content de s'entendre dire cela et prêt à y croire absolument. Pour juger qu'un médecin est mauvais, il faut avoir une idée très précise de ce qu'est la bonne médecine. Si les experts entraient vraiment dans la complexité, s'ils réfléchissaient à ce que sont les études en faculté puis l'EPU (enseignement post-universitaire) et la littérature médicale ; s'ils réfléchissaient à ce qu'est l'exercice de la médecine en ville et à l'hôpital et aux graves imperfections structurelles existant à différents niveaux, s'ils réfléchissaient sur la solitude du médecin et à la rareté des échanges, ils découvriraient que la médecine est une science bien approximative et contestable et que l'exercice de la médecine conduit tous les praticiens à flirter quotidiennement avec l'erreur. En travaillant, en réfléchissant, ils découvriraient qu'il y a énormément d'imperfections, de travail à faire et de luttes à mener ; contre ceux qui sont hostiles à des modifications du système, mais aussi à l'intérieur de chacun de nous contre notre ignorance, notre paresse et notre manque de courage (par exemple le courage de téléphoner à quatre heures du matin à quelqu'un en avouant ses incertitudes, ses limites, et en demandant de l'aide). Il faut sortir la situation d'expertise de l'alternative coupable/non coupable. Quand un expert affirme la faute lourde, il se propulse lui-même sur un piédestal imaginaire d'un royaume de rêve.

**La tentation de la simplification.** Les lignes qui suivent sont volontairement caricaturales. Il ne s'agit pas pour moi de proposer une description nuancée de la réalité mais d'attirer l'attention sur des mécanismes. Si l'expert donne un avis péremptoire et sans nuances, la tâche du magistrat est très simple : ou le médecin est entièrement fautif et sa faute, massive et inexcusable ; ou à l'inverse, le médecin est absolument génial

et irréprochable. L'affaire sera rapidement jugée et la justice, souvent débordée, appréciera ce type d'expertise d'un seul tenant : il a tout faux ou il a tout bon. Par ailleurs, les expertises simplificatrices ont la particularité d'être extrêmement faciles à conduire et à rédiger.

En revanche, l'expert compétent pourra certes, mettre en évidence des erreurs ou des fautes graves, mais il découvrira presque toujours qu'il y a un faisceau de causes, de la complexité et des nuances. Son expertise sera plus difficile à lire et à interpréter. L'expert sûr de lui ne demande pas au magistrat de faire un effort d'attention ou de réflexion. Il lui présente une histoire simple et univoque qui lui permet de trancher rapidement, sans hésitation ni culpabilité.

... **Et la tentation de l'ignorance.** Très souvent, le magistrat adopte la posture de celui qui ne sait rigoureusement rien, qui n'a aucune compétence médicale et qui s'en remet entièrement aux experts, qui eux, sont censés savoir. Cette attitude pourrait paraître prudente et modeste mais elle est d'abord fautive et dangereuse. Chaque magistrat sait des choses : il ne sait pas tout et il peut même "savoir" des choses absolument fausses. Se présenter ainsi comme totalement ignorant et vierge de tout savoir est donc une simplification dangereuse dans la mesure où elle s'accompagne d'une confiance démesurée dans la parole des experts qui seraient, par opposition à ce "tout ignorant" des "tout sachant".

Je ne m'attarderai pas sur la contre-expertise. L'une des parties peut demander une contre-expertise et, dans certaines conditions, l'obtenir. C'est évidemment une bonne chose mais là encore, on reste dans la problématique du magistrat qui ne sait rien et des experts qui sont seuls habilités à avoir un avis technique.

**Propositions pour une expertise pertinente.** Le magistrat qui reçoit le rapport d'expertise devrait le donner à lire à cinq ou dix personnes et leur demander d'y réagir par écrit. Je ne voudrais pas aller trop loin dans la description de cette procédure car c'est le principe qui m'importe : ne pas laisser le magistrat se débrouiller seul et sans aucune aide extérieure. Mais je donnerai quelques pistes. Dans les revues médicales



sérieuses, les articles proposés à la rédaction ou sollicités par elle, sont lus par des relecteurs avant publication. Il me semble étonnant que l'on prenne des précautions pour éviter de publier des articles imparfaits et qu'on ne fasse pas un effort au moins d'égale importance pour aider un magistrat à prendre une décision cruciale et difficile. Les relecteurs doivent donner leur avis sur l'expertise. Il n'est pas souhaitable qu'ils connaissent le nom de l'expert. Par ailleurs, si leur réponse doit être écrite et figurer au dossier, il est préférable que leur nom n'apparaisse pas ou seulement de façon codée pour préserver leur anonymat et leur liberté. La procédure de désignation de ces relecteurs ne doit être ni le tirage au sort, ni le respect des grands équilibres (autant de femmes que d'hommes, d'ouvriers que d'artisans, de séminaristes que de gendarmes...). La relecture a pour but d'aider le magistrat ; c'est à lui de faire un choix qui sera forcément arbitraire. S'il choisit tous ses relecteurs dans les mêmes cercles ou s'il n'obtient jamais de relectures enrichissantes, il faudra le lui faire remarquer. Cette proposition est volontairement imprécise.

Il ne m'appartient pas de décrire un processus prêt à l'emploi ou "clés en mains". Je voudrais simplement insister sur la dynamique qu'une telle procédure entraînerait. L'expert qui remet son expertise à un magistrat isolé sait que le magistrat ne connaît rien à la technique ou plutôt qu'il a décidé de faire comme s'il n'y connaissait rien. En revanche, s'il sait que son texte sera lu de façon critique, par cinq ou dix personnes choisies par le magistrat pour leurs compétences et leur motivation, il sera conduit à plus de réflexion, plus de nuance et de subtilité.

Par ailleurs, on peut imaginer que des journaux médicaux publient des expertises et des commentaires de relecteurs et que les lecteurs soient eux-mêmes invités à réagir. On peut aussi imaginer une analyse comparative des expertises actuelles et de quelques-unes de celles pratiquées il y a dix ou vingt ans.

L'expertise est un art difficile. Il ne peut progresser qu'en sortant du faire-semblant de sérieux pour devenir un processus vivant, observé, enseigné, nuancé, rectifié.





# Un avocat : contre la pénalisation de la vie sociale

Entretien avec  
François Cantier

Avocat, François Cantier est membre du Syndicat des avocats de France (SAF)\*, né à la fin des années soixante-dix avec pour objectifs de défendre le justiciable face aux pouvoirs, celui de l'Etat notamment, et de porter une attention prioritaire à ceux dont le pouvoir de défense est très faible. Ce syndicat, progressiste, représente environ trente pour cent des avocats des villes professionnelles. François Cantier est également le président fondateur d'Avocats sans frontières, France.

\*SAF  
21 bis, rue Victor Massé,  
75009 Paris.  
Tél : 01 42 82 01 26  
Fax : 01 45 26 01 55  
Email : info@saf-net.org

**Pratiques :** Si, dès le dépôt d'une plainte - en l'occurrence les plaintes contre les médecins - le rôle de l'avocat conseillant une procédure à son client (le plaignant), est fondamental, il l'est encore plus pour l'accusé ! Qu'est-ce qui guide le choix de l'avocat vers une procédure civile ou une procédure pénale ?

**François Cantier :** Dans une procédure civile, ce sont les parties qui fournissent les éléments d'information et elles peuvent par conséquent en retenir certains. Le Code de procédure pénale permet des investigations poussées afin de rechercher les preuves : le magistrat instructeur saisi d'une plainte avec constitution de partie civile peut demander aux services de police ou de gendarmerie, par Commission rogatoire, d'effectuer des perquisitions et des saisies de dossiers.

**On a l'impression qu'il y a de plus en plus de plaintes au pénal. Qu'en penser ?**

Il est vrai que nous assistons à une "pénalisation" de la vie sociale à laquelle je suis personnellement hostile. Le pénal, c'est l'utilisation de la contrainte et elle comporte des risques pour les libertés. Mais il faut reconnaître que, lorsque le citoyen ou son avocat se heurte à un mur de silence et qu'il ne peut donc pas avoir accès au dossier, le pénal devient le seul recours.

**Ces difficultés (cette impossibilité à obtenir**

des informations), pour nous, fait référence à la forteresse hospitalière. Cette argumentation est-elle toujours valable quand il s'agit d'une plainte contre un médecin généraliste dans son cabinet ? L'arsenal pénal, fait pour les criminels, est-il adapté à la recherche des causes dans les affaires médicales ?

A priori non ! Mais s'il s'agit d'aller chercher, par exemple, des résultats d'analyses, si le médecin le refuse, reste alors la contrainte avec l'arsenal pénal.

**Pour que les victimes ou leur famille obtiennent les informations, qu'elles soient indemnisées..., est-il nécessaire de rendre publics les débats ? De mettre le médecin en prison ?**

Non, mais le corps médical doit accepter de dialoguer, de travailler dans la transparence même lorsque la responsabilité de ses membres est mise en cause ; une telle attitude éviterait souvent le recours au pénal pour forcer les portes !

**Donc le recours au pénal n'est pas systématique, il n'est pas non plus forcément immédiat...**

Tout à fait. Par exemple, dans des affaires de sang contaminé, c'est parce que les expertises dans le cadre civil n'aboutissent pas, qu'il faut pour la recherche de la vérité passer au pénal et, comme il y a prescription au bout de trois ans pour l'homicide involontaire, on en arrive, compte-tenu des délais





écoulés, à porter plainte contre X, pour empoisonnement (le délai de prescription est de dix ans). En ce qui me concerne, j'ai d'abord recherché une solution dans la voie de la responsabilité civile. Mais là encore, il n'y a rien de systématique car certaines attitudes, comme celle d'un chirurgien qui, apprenant qu'il a transfusé du sang contaminé à un patient, restant en contact avec son médecin traitant, n'entreprend aucune démarche, constituent manifestement des infractions pénales.

**Défendre un médecin, suppose un minimum de connaissance des processus de décision en médecine et même de connaissances médicales. Les expertises pratiquées y suffisent-elles ?**

L'expertise, c'est un peu "l'auberge espagnole" : l'avocat doit y aller avec des connaissances, des avis médicaux. Si les parties bénéficient de l'assistance d'un avocat et d'un médecin, elle peut être fructueuse.

**Est-il facile de demander une contre-expertise ? Faut-il l'argumenter ?**

Au pénal, la contre-expertise est de droit, si l'accusé la demande sauf circonstances exceptionnelles ; au civil c'est le contraire, elle ne s'obtient que si la demande est fortement argumentée.

**Et dans ce cas, qui choisit l'expert ? Sur quels critères ?**

Le juge d'instruction, à partir d'une liste, sans critères de choix bien précis.

**Est-ce que le secret de l'instruction est opposable à l'accusé ? Un médecin mis en examen peut-il montrer le dossier à ses collègues, par exemple ?**

Au pénal, sont tenus au secret de l'instruction ceux qui la mettent en œuvre, pas les parties. Le secret n'est pas opposable à l'accusé mais si les parties peuvent avoir la copie du dossier, elles ne peuvent le divulguer.

**Peut-on conseiller, en plus de l'avocat de l'assurance (imposé), de prendre un deuxième avocat ?**

Oui, sans exception. L'avocat de la compagnie

d'assurance ayant d'abord pour mission de défendre les intérêts de la compagnie...

**La justice doit aboutir à une décision, mais, pour y arriver, le processus judiciaire n'est-il pas réducteur (dans des affaires concernant des médecins généralistes, il y a manifestement des choses importantes qui sont laissées de côté) ?**

Il est forcément réducteur. C'est un processus en entonnoir et, pour arriver à la décision, il faut "élaguer", "couper les branches", parfois au risque de commettre une injustice !

**Le fait de préciser médecine générale, pour nous, est fondamental parce que l'on sait que la pratique de la médecine générale (avec ses incertitudes, l'absence fréquente de diagnostic, l'importance de la relation médecin-malade...) n'est pas connue des experts. Pas plus que des avocats ou des juges. Est-ce votre avis après les Journées de printemps du SMG ?**

Oui, c'est exact. Les profanes ont du mal à cerner les domaines de compétences du médecin généraliste ; comme d'ailleurs de l'avocat généraliste. C'est sans doute pourquoi le gouvernement a décidé de faire désormais de la médecine générale, une spécialité.

**Y-a-t-il des choses qui ont évolué récemment dans le droit (couverture de l'aléa thérapeutique, droit à l'indemnisation...) ? De même, on semble distinguer responsabilité et culpabilité.**

C'est une évolution dans le domaine de la jurisprudence administrative et judiciaire vers une responsabilité sans faute ; dès qu'il y aura préjudice, il y aura droit à indemnisation. De la responsabilité sans faute à la couverture de l'aléa thérapeutique, il n'y a qu'un pas mais pour le franchir, il faudra une loi. Quant à la culpabilité, c'est une notion qui est uniquement évoquée au pénal ; en droit civil, il s'agit d'une responsabilité.

**Les médecins poursuivis aspirent à une reconnaissance et là, dès le début de la procédure, le rôle de l'avocat est essentiel : savoir écouter son client, être relativement disponible ou accessible pour que s'institue le climat de**



confiance (qui est à la base de la relation "médecin-malade" pour faire le parallèle avec notre démarche en médecine). Est-ce que vous y avez réfléchi collectivement ?

Il n'y a pas de réflexion collective à ce sujet, mais il est bien évident que tous les avocats répondraient "oui" à cette question, en sachant, que comme pour les médecins, la capacité d'écoute est variable selon les individus. L'avocat n'est pas seulement un juriste, un technicien, il entretient une relation singulière avec son client en prenant en compte l'environnement affectif (la perte des enfants en cas de divorce...), social (la perte d'un emploi...), le contexte psychologique. La dimension humaine est au centre de la relation client-avocat et, en cela, on peut faire le parallèle avec la relation médecin-malade. C'est la base du métier d'avocat. L'avocat d'une compagnie d'assurance n'est pas dans la même relation qu'avec un particulier en difficultés personnelles.

Le risque chez les médecins est, qu'en raison de la responsabilité encourue, on ne prenne plus de responsabilités. Le Syndicat de la

médecine générale ne s'inscrit pas dans cette logique, mais nous sommes bien conscients que seuls et minoritaires, nous n'y pourrions pas grand chose. Pour éviter cette dérive, ne pensez-vous pas que cette problématique devrait être abordée de manière pluridisciplinaire entre médecins, avocats et juges et pourquoi pas associations de défense de victimes ?

C'est indispensable, le risque majeur est celui du corporatisme. Nous voyons bien que le caractère prenant de nos professions et les exigences de productivisme nous enferment dans des cercles restreints qui exacerbent les réflexes "forteresse". Chacun se prend pour une victime de la société : les médecins se sentent de plus en plus attaqués, les avocats se croient de plus en plus souvent mis en cause. Pour éviter ces attitudes incompréhensibles pour nos concitoyens, nous devons en permanence mener une réflexion transversale sur notre éthique et sur nos pratiques.

Propos recueillis par Daniel Coutant.



*Pour obtenir toute information sur les principes du fonctionnement de la justice et sur les différentes instances juridictionnelles, des brochures, daires et gratuites sont fournies par le ministère de la Justice :*

**LES GUIDES DE LA JUSTICE,**  
200 mots-clés de la justice

Ministère de la Justice  
Service de l'information et  
de la communication  
13, place Vendôme  
75001 Paris  
Tél : 01 44 77 60 60

Minitel : 3615 JUSTICE 1,01E/min  
Site internet : [www.justice.gouv.fr](http://www.justice.gouv.fr)



# Le devoir d'information

**Pratiques :** Dans le domaine de la santé, vous avez toujours prôné la défense de l'usager. Ainsi, dans votre livre, *Petit dictionnaire des droits des malades*, vous fournissez aux patients un certain nombre de clefs pour comprendre et pour se défendre. Ne pensez-vous pas qu'en plus de la recherche d'indemnisation des victimes et/ou de leur famille, certaines plaintes ne sont déposées qu'en raison du manque d'information et pour connaître la vérité, ce qui semble impossible en l'absence de procédure judiciaire ?

**Claude Evin :** Vous avez entièrement raison. Je crois en effet qu'un certain nombre de personnes concernées par un accident médical, qu'elles soient victimes ou parentes de victimes, engagent souvent une procédure simplement pour savoir ce qui s'est réellement passé. A l'issue des travaux que j'ai menés sur la question des droits des malades, j'ai reçu beaucoup de courrier venant de toute la France. Pour une grande part, ces personnes m'écrivaient pour me dire : "On veut savoir, on ne nous a pas dit et j'ai dû engager une procédure pour savoir ce qui s'était passé pour moi, pour mon père, ma mère...". Ainsi, c'est souvent le défaut d'information qui est à l'origine de la décision d'engager

une procédure. Ceci à plus forte raison quand il y a eu un problème lors de l'acte médical ou thérapeutique, mais aussi lorsque, d'une manière générale, la victime n'a pas d'autre solution ou estime ne pas avoir d'autre solution que d'engager un tel recours.

La relation entre un malade et son médecin est d'abord fondée sur la confiance. Lors de l'accident médical, cette relation est mise à mal. Si le malade a le sentiment que la confiance qu'il avait mise dans son médecin a été rompue, il peut se sentir à ce moment là obligé d'engager une procédure à son encontre. Il est donc absolument nécessaire que les professionnels de santé soient conscients de ce devoir d'information qui est le leur et qui a d'ailleurs été rappelé en 1997 par la cour de cassation. D'autre part, il faut trouver les moyens pour que, y compris dans une situation d'accident médical, la personne victime puisse être écoutée et qu'elle reçoive le maximum d'informations.

**Il y a de plus en plus de médecins poursuivis, et en particulier des médecins généralistes, dans le cadre d'une procédure pénale. Si le médecin, en cas de faute supposée, doit relever du droit commun, n'y a-t-il pas de quoi**

*Entretien avec  
Claude Evin*

*Ancien ministre  
des Affaires sociales  
et de la Santé.*



s'interroger sur le bien-fondé du recours à l'arsenal pénal, fait pour des criminels, pour rechercher les causes dans une démarche médicale particulièrement difficile avec ses incertitudes, ses interférences et l'importance de la subjectivité dans la relation médecin-malade ?

Tout d'abord, il ne faut pas majorer le nombre de cas de procédures pénales. Certes, lorsqu'une telle procédure est engagée, elle a de grandes répercussions dans le milieu médical et elle focalise l'attention. Toutefois, les études qui ont été menées sur ce sujet, notamment à la demande de l'ANDEM<sup>2</sup>, montrent que statistiquement le nombre de procédures pénales reste très limité et qu'il ne connaît pas d'augmentation significative.

Cela étant, il faut tout faire, je le crois, pour réduire ces procédures éventuelles qui ne sont satisfaisantes ni pour la victime, ni pour le professionnel de santé. Cela nécessite donc que nous réformions un certain nombre d'éléments dans les procédures de réparation des accidents médicaux. Comme je l'ai indiqué, on constate souvent que les victimes engagent des procédures au pénal pour avoir accès au dossier médical. Il faut donc parvenir à une meilleure transparence de l'information de la part des médecins et surtout de la part des établissements de santé qui ne gèrent pas toujours leurs dossiers médicaux avec une très grande rigueur. De plus, les procédures de réparation doivent être simplifiées. Vous savez par exemple que le délai de prescription en responsabilité civile est de trente ans, alors qu'il n'est que de quatre ans en responsabilité administrative. Il faut aussi reconnaître que les relations entre les différents assureurs des hôpitaux ou des médecins libéraux ne facilitent pas toujours la reconnaissance de responsabilité et donc l'indemnisation. Toute cette confusion incite la victime à choisir la pro-

cédure pénale avec le sentiment qu'entin elle pourra trouver un vrai responsable et obtenir ainsi une réparation, au moins morale, beaucoup plus efficace.

A une époque où l'on parle beaucoup d'éthique, les responsables politiques ne devraient-ils pas impulser une réflexion sur la médecine et la justice à l'intention des professionnels de santé, qui pour se protéger des juges ne vont plus prendre de responsabilités ; à l'intention des associations de défense des victimes, qui doivent revendiquer le droit de savoir et d'être indemnisées ; et bien sûr aussi à l'intention des avocats et des juges ?

Je souhaite que l'indemnisation des accidents médicaux soit revue et j'ai, à cette fin, déposé une proposition de loi sur le bureau de l'Assemblée nationale au mois de janvier 1998. Le gouvernement devait faire un rapport sur ce sujet au Parlement avant le 31 décembre 1998. A ce jour, malheureusement, ce rapport n'est toujours pas publié mais je continue personnellement à militer en faveur d'une simplification des procédures permettant de reconnaître plus facilement le droit des victimes et ainsi d'alléger la pression qui peut peser sur les professionnels de santé.

Toutefois, le dispositif que je préconise ne doit pas exonérer le professionnel de santé de sa responsabilité lorsqu'elle celle-ci est effectivement avérée. La réflexion doit être poursuivie autour de cette question. J'aurai d'ailleurs l'occasion d'organiser un colloque sur ce sujet au mois de novembre avec le sénateur Claude Huriet.

Cette réflexion touche à un vrai problème de société. Ainsi, la judiciarisation de la décision publique ne se limite pas aux questions de santé et de médecine. Les élus locaux y sont notam-





ment confrontés en matière de gestion des collectivités territoriales. Par ailleurs, en ce qui concerne les associations de victimes, ou disons plus généralement les associations d'usagers de la santé, nous avons trop tardé en France à reconnaître un statut à ces usagers du système de santé, à la différence des pays anglo-saxons qui l'ont fait il y a déjà très longtemps. Rappelons par exemple que les usagers ne siègent dans les conseils d'administration des hôpitaux publics que depuis le début de 1997...

Il y a autour de cette représentation un mouvement qui monte et qui ne repose pas seulement sur un développement du consumérisme. Je crois qu'il correspond à une prise de conscience de plus en plus forte de la part des usagers qui s'est notamment manifestée dans le cadre des États généraux de la santé. L'usager sera un acteur de plus en plus présent dans la vie du

système de santé. Il est donc nécessaire de travailler avec lui non seulement pour que les droits des patients soient inscrits dans le code de la santé, comme cela va l'être dans les prochains mois, mais aussi pour que ces droits puissent vivre réellement dans l'exercice quotidien de la médecine que ce soit à l'hôpital ou en médecine ambulatoire.

Propos recueillis par Daniel Coutant.

1. *Petit dictionnaire des droits des malades*, par Claude Evin, Le Seuil, Paris, 1998. 79 F.

2. Agence nationale d'évaluation médicale : structure qui vient d'être remplacée par la nouvelle ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé)



# Notes de lecture

## Dans l'engrenage de la justice\*

Daniel Soulez-Larivière

*Nous présentons ici un résumé du livre de l'avocat Daniel Soulez-Larivière, et portons sur le sujet qui nous intéresse dans ce dossier.*

Prenant à titre d'exemple quatre situations (une mise en examen, un divorce, un accident, un crime), Daniel Soulez-Larivière brosse dans cet ouvrage les grandes lignes de ce justiciable que chacun d'entre nous peut devenir (nul n'est à l'abri de passer un jour ou l'autre sous les fourches caudines de la justice).

La présentation "romancée" ne doit pas nous arrêter dans notre lecture : l'avocat vulgarisateur profite de cette "approche grand public" pour nous faire part de ses réflexions sur les dysfonctionnements de la justice. On saisit mieux les méandres réglementaires, les usages, les codes propres à ce milieu fermé, mais aussi les divergences d'opinions entre les juges et les avocats, comment ces derniers voudraient que soit limité le pouvoir exorbitant des juges d'instruction en France, les questions concrètes posées par l'application de la présomption d'innocence, les droits de la défense, la place du contradictoire, les problèmes posés par la pénalisation croissante, la détention préventive...

La justice n'est pas immanente, parfaite, quasi divine : le juge est un professionnel qui obéit à une logique : dire quel est le droit (et non dire ce qui équitable), mais la décision de justice comme l'escroquerie n'est pas une science exacte. Tout peut arriver, le meilleur comme le pire. Pourtant, attention : la justice doit être renvoyée dans son palais car elle exerce une dictature sur la vie des gens en prétendant détenir la vérité, et, de même, la société ne respecte pas ses propres valeurs en faisant subir des détentions provisoires iriques (bien que beaucoup de magistrats désapprouvent les

excès des juges d'instruction). Finalement, l'appareil de la justice conduit à l'infantilisation : La prison reprend les adultes à l'état de gosses et leur fournit une autre socialisation, celle qui existe entre quatre murs, celle des voyous.

L'auteur insiste sur les règles de survie : il ne faut pas se laisser subvertir par la justice, il faut savoir différencier erreur et culpabilité sinon c'est l'angoisse brute totale, l'impression de n'avoir aucune prise sur rien, de ne trouver aucune explication à rien. Il faut résister, ne pas se soumettre.

Dans les affaires d'homicide involontaire enfin, il remarque que nous évoluons vers une situation à l'américaine, sauf que les Français ont tendance à tout demander au pénal. Aux États-Unis, (ce serait) au civil. Dans ces tragédies, le fatum antique pèse sur les victimes mais aussi sur les responsables qui n'ont jamais voulu être les auteurs d'un drame. Aujourd'hui, le sens a disparu et c'est la justice qui est sollicitée pour en redonner. Alors, qui peut donner aux victimes un sens à leur tragédie, à la mort, à l'horreur? Comment réparer? En diabolisant les auteurs de l'accident? Le tribunal trouvera toujours des fautes à sanctionner, compte tenu de l'élasticité extrême de la notion de faute pénale volontairement étendue par la jurisprudence. Mais, le temps des procédures judiciaires, la prise en charge du deuil sera suspendue. Et quel que soit le résultat obtenu judiciairement, il faudra le commencer beaucoup trop tard, à la fin de la procédure. La justice suspend le travail de deuil. Elle masque le scandale de la mort quelle que soit sa cause. Et le scandale demeure à la fin du procès conclut D. Soulez-Larivière.

\* Soulez-Larivière, D., *Dans l'engrenage de la justice*, éditions Albin Michel, Paris, 1998.



# Notes de lecture

## La criminalisation de la responsabilité\*

Nous reproduisons ici des extraits (page 90 à 103), de l'ouvrage de Denis Salas, qui se rapportent au thème de notre dossier.

Pour Denis Salas : *Une fois le mal commis, le juge interroge toujours deux fois les hommes : qui a fait le mal ? Comment le réparer ?* avec en corollaire les deux faces pénale et civile de la responsabilité.

L'auteur décrit trois déplacements majeurs au cours de l'histoire autour de cette double responsabilité juridique :

- originellement une responsabilité entièrement liée à la faute, héritière de la très ancienne imprégnation chrétienne du droit ;

- puis à l'occasion de l'avènement de la société industrielle et de l'Etat-providence à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, la responsabilité se fonde sur le risque et dès lors la faute tend à perdre de sa force alors que la responsabilité est maintenue afin de favoriser ce qui est devenu peu à peu une exigence majeure de justice, l'indemnisation des victimes. Cette indemnisation est assurée par le développement en parallèle des mécanismes de solidarité collective, de sorte que la responsabilité individuelle s'efface derrière une solidarité collective assurée par l'Etat-providence.

- enfin la période actuelle avec le retour spectacu-

laire de la faute dans la seule responsabilité pénale, ce qui induit une criminalisation de la responsabilité. Sur fond d'un Etat en crise et d'une justice traversée par l'émotion des victimes, la scène pénale devient le lieu permanent d'une interrogation sur le sens de la souffrance, l'injustice du mal subi, la confiance trahie. Que signifie ce retour de la culpabilité qui n'épargne plus aucune catégorie sociale ? D'abord une grille de lecture de la responsabilité exclusivement fondée sur la faute qui oppose les victimes innocentes et des coupables désignés selon un code binaire qui devient le langage dominant de notre société. Avec la disparition de la faute au sens d'une dette dont on peut s'acquitter et la résurgence de la faute comme culpabilité à rechercher, nous semblons faire retour vers une forme prépolitique de responsabilité tant elle est proche d'une demande d'expiation....

Denis Salas plaide pour rétablir pleinement la dimension de la responsabilité juridique : où peut-nous mener cette relation en miroir entre l'émotion et la loi, le scandale et le jugement, le mal subi et le mal voulu ? N'y a-t-il pas un malentendu tragique à attendre de la justice qu'elle répare tout ? N'est-ce pas oublier que la responsabilité juridique s'oppose à une notion purement morale ou psychologique de la responsabilité, ce que rappelle fort opportunément Jean Carbonnier : La responsabilité morale est une angoisse qui s'étend à l'infini dans l'espace et le temps qui fait de chacun de nous un bourreau de soi-même. La responsabilité civile coupe la chaîne des causalité

Denis Salas

est magistrat à l'Institut des hautes études sur la justice et l'auteur, notamment, avec Antoine Garapon, de La République pénalisée.

\* Salas, D., *De quoi sommes-nous responsables ?*, Le Monde éditions, Paris 1997.



tés, elle impose aux obligations la limite du possible et du raisonnable, elle se laisse grignoter par la prescription qui éteint, efface. La responsabilité morale laissait en nous le remords. La responsabilité civile met en nous l'oubli ; c'est une grande libératrice!

L'auteur conclut par ces lignes que nous faisons nôtres : *Contre cette dilatation à l'infini de la responsabilité, il faut retrouver l'esprit de la respon-*

*sabilité juridique comme construction politique qui intègre la sanction et l'oubli, la peine et la mémoire. Son immense avantage est qu'elle trace des limites à la responsabilité infinie pour autrui et à la vengeance privée contre autrui.*

J. J. Caronnier, *Essais sur les lois*, Répertoire du notariat Québécois, 1979, p.263

# Histoire québécoise

Catherine Jung

Médecin généraliste

Cette histoire a été racontée lors d'une rencontre de médecins francophones par un avocat auprès d'une compagnie d'assurances québécoise qui défend des médecins dont la responsabilité est mise en cause.

Dans une ville du Québec, un enfant de dix ans meurt d'une appendicite après dix jours de contacts décousus avec des professionnels de santé. Durant ces dix jours, il a été vu par deux ou trois médecins, il s'est rendu dans un service d'urgence hospitalier mais n'y est pas resté car l'attente était trop longue. Les parents se sont inquiétés mais aussi la grand-mère, la nourrice et les voisins. Tout le monde a donné son avis, ces avis étaient parfois contradictoires.

Après le décès, il y a eu enquête. Cette enquête n'avait pas pour seul but de déterminer où se trouvaient les culpabilités mais aussi de formuler des recommandations.

Les éléments de l'enquête sont transmis au ministère de la Santé. Le dossier est alors étudié pour en faire des recommandations aux professionnels de la santé :

- lorsqu'un enfant est vu en consultation, quelles

indications précises sur l'évolution peuvent être données aux parents ou à l'entourage, quand s'alarmer, quand consulter à nouveau, faut-il revenir voir le même médecin, qui appeler si l'état de l'enfant s'aggrave?

De même, le dossier est étudié pour réfléchir aux recommandations qui peuvent être faites au public et devenir des messages de prévention : ne pas changer de médecin, retourner voir le même médecin si l'état s'aggrave car l'évolution fait partie des éléments qui permettent de faire un diagnostic ; une fois aux urgences, n'en repartir qu'après avoir eu un contact avec un professionnel, si l'état d'un enfant vous inquiète, insister jusqu'à ce qu'il soit examiné, ne pas tenir compte des avis contradictoires donnés par l'entourage...

Cette histoire est remarquable car elle permet d'envisager une autre manière de voir les choses. Bien sûr, un enfant est mort, cela est tragique. Bien sûr s'il y a faute, il est nécessaire qu'elle soit réparée. Mais, il est aussi possible d'analyser les mécanismes qui ont conduit à ce décès et d'en tirer des recommandations pour éviter que cela ne se reproduise.



# La responsabilité : une fonction médicale renouvelée

Depuis que la science a cherché à objectiver le corps humain et en a accumulé du savoir, le corps est devenu transparent, pur champ d'une efficacité médicale toujours plus interventionniste. L'ouverture du cadavre reste, non seulement le paradigme lointain et oublié de l'acquisition des connaissances, mais également le modèle de toute intervention sur le sujet humain. L'objectif de la médecine serait bien d'obtenir la jouissance d'un corps mort parfaitement maîtrisé, un fonctionnement moléculaire indéfini, une sorte d'idéal de soin qui aurait définitivement choisi de mettre le sujet en exclusion interne par rapport à son objet d'étude.

Que le réel en jeu pour chaque patient soit devenu à ce point insupportable, n'est que la conséquence inéluctable des promesses d'efficacité. Le chercheur est contraint de rejeter la présence du réel pour viser l'idéal d'un savoir absolu, le médecin se trouve, lui, toujours plus amené à l'éviter pour pouvoir soigner ; nul ne l'ignore plus, mais cet acharnement conduit les médecins à oublier le sens de leur fonction qui proposent de s'absenter dans une défense de principe contre un fantasmagorie danger médico-légal ou de s'abriter derrière les conclusions, rapidement obsolètes, des comités d'éthique.

L'obsession de la vie à tout prix, la lutte acharnée contre le symptôme, la volonté d'imposer une immédiate efficacité, deviennent des objectifs certes caricaturaux mais présents au cœur même de la pratique médicale. Dans la clinique traditionnelle, la vérité en question pour le sujet, était simplement mise de côté. Actuellement elle est plutôt forclosée avec création d'un malaise contre lequel le médecin, lui-même, est bien obligé de se défendre. Faut-il s'en inquiéter ? Faut-il s'alarmer que le sujet soit devenu un simple consommateur, pur organisme que le

médecin doit s'acharner à maintenir en bon fonctionnement. Faut-il vraiment se plaindre d'une efficacité qui permet de soigner toujours plus de pathologies et de prolonger l'espérance de vie dans des conditions incroyables.

À peine posée, la question devient inepte. Au contraire, notre société doit accepter et cette efficacité nouvelle et le désarroi qui en découle. Elle devra alors reposer, la question de la responsabilité pour une fonction médicale renouvelée.

Le médecin est bien évidemment responsable de la prolongation de la vie dans toute la mesure du possible, il lui faut aussi garantir le bon fonctionnement de l'organisme sans laisser croire à sa toute puissance. Malgré la disparition de tout idéal, ce paradoxe doit être assumé. S'il y a du réel en cause, le médecin ne peut guère qu'en voiler l'horreur en protégeant le pauvre ersatz qu'est le corps et en laissant la vérité à charge du patient... À chaque fois, il lui faudra s'engager et reprendre la question de la demande, l'accepter comme telle et non comme une exigence absolue. Il sera alors capable de donner un cadre, qui permette au patient d'assumer lui-même sa propre destinée de mortel.

Derrière la nécessité de soigner, le médecin ne doit pas se leurrer, il y a bien au cœur de la vie, la mort dans ce qu'elle a d'irreprésentable. Au-delà de l'illusion de toute tentation humaniste, le temps de la clinique doit rester un espace où le sujet sera responsable de retrouver les coordonnées de sa vérité, où la mort restera ce manque absolument corrélée à une perte définitive.

Rémi Lestien

Gynécologue-obstétricien.



# Autonomie et responsabilité du malade : **la galère**

Nelly Ambroise

Patiente

J'ai eu, au printemps 1993, un cancer du sein ; j'étais alors âgée de 45 ans. Cette maladie a été traitée par ablation tumorale, curage et radiothérapie.

J'ai commencé à manifester des signes de ménopause à partir de l'automne 1994. Les plus difficiles à vivre ont été les bouffées de chaleur. Les désagréments subis provoquaient en moi un profond sentiment d'humiliation par le fait que je ne pouvais rien maîtriser. En outre, les mauvaises nuits me laissaient épuisée et désespérée chaque matin. Comme mes antécédents rendaient impossible un traitement hormonal substitutif, j'ai essayé les barbituriques, l'horméopathie, la phytothérapie : tout cela en vain.

Sachant que mes priorités n'étaient pas de garder un bon état de santé sur le long terme (j'estimais cela hypothétique) mais d'assurer mon bien-être du moment (j'étais plutôt bien dans ma tête et partout ailleurs), j'ai décidé de me prendre en charge et d'obtenir ce qui était interdit par la faculté.

Et, là, le parcours du combattant a commencé. J'ai consulté plusieurs médecins, personne n'a voulu prendre la responsabilité, tout le monde a moralisé, même un copain cancérologue...

*- D'autres ont vécu cela avant vous et l'ont bien supporté, elles ; c'est un passage obligé. Ce sont mes problèmes de féminité, ce n'est pas de son ressort.*

*- Ce serait criminel de ma part ; vous seriez fondée, vous ou votre famille, à me traduire devant la juridiction pénale si vous aviez une rechute. Mais puisque je m'engage à ne pas le faire!*

*- Les bouffées de chaleur disparaissent en trois à cinq ans, soyez patiente ; pourtant, c'est vrai, je connais des personnes qui en ont encore à quatre-vingts ans. Cela à le*

mérite de l'honnêteté mais ne résout pas le problème.

*- Les Américains font des recherches et sont assez avancés. On n'est pas aux États-Unis, c'est bête hein ?*

*- Je comprends mais mon éthique me l'interdit.*

Je n'ai pas su me contenter de toutes ces objections mais cela a été un émerveillement intellectuel que d'observer la façon dont l'éthique et la déontologie sont utilisées parfois : ce ne sont pas des couvertures, ce sont des couettes bien épaisses, voire de très gros écredons !

Alors que je n'y croyais plus - j'avais été tellement écoutée et tellement pas entendue - on m'a indiqué les coordonnées d'un médecin qui, peut-être ...

J'ai préparé la consultation en fourbissant mes armes : argumentaire, photocopie du relevé d'examen cytologique que j'avais récupéré par un tour de passe-passe (comment se fait-il que le malade ne soit toujours pas détenteur de son dossier à la fin du XX<sup>e</sup> siècle ?) et, j'ai insisté, je voulais bien signer toutes les décharges dont il avait besoin, ce à quoi il a répondu que cela ne servirait à rien. Il m'a fait beaucoup parler et a examiné mon document. Il m'a proposé de faire venir les lames pour réexamen - pour être sûr - et, ô miracle, m'a donné une ordonnance pour six mois avec maintes explications sur le mode d'emploi, les effets indésirables et les risques.

C'était au printemps 1996 ; je vais bien, je suis bien et je le revois tous les six mois.

Dans un environnement social où la tendance porte à chercher de façon presque systématique la responsabilité de "l'autre", il est au fond assez logique d'avoir beaucoup de difficultés à revendiquer la sienne. Je ne baisserai quand même pas les bras, qu'on se le dise !



# La responsabilité : à l'insu de mon plein gré ?

L'utilisation de plus en plus fréquente, dans l'éthique contemporaine, de la notion de responsabilité, surtout depuis la parution du *Principe de responsabilité* de Hans Jonas en 1979, même si nous la découvrons à peine dans les grandes traditions philosophiques et religieuses de l'humanité, n'est pas l'effet d'une mode. Si l'idée de responsabilité est aujourd'hui au cœur de l'éthique, cela peut s'expliquer par la disparition progressive, aux niveaux collectif et politique, des grands principes de la morale traditionnelle et de la morale moderne du devoir, et par la puissance toujours grandissante de l'agir humain.

La notion de responsabilité n'est certes pas nouvelle en éthique. Bien qu'elle parcourt toute la réflexion philosophique depuis Aristote en passant par Kant, elle resurgit sous le signe de l'urgence, non seulement dans l'éthique contemporaine mais aussi dans la réflexion sur le droit et dans la pensée politique. Donc, des lieux multiples de questionnement facilitant par là même des usages et des sens multiples.

Le caractère polysémique du mot "responsabilité" fait qu'on l'emploie très souvent sans être attentif aux différentes modifications qu'il subit d'un contexte à l'autre. L'étymologie – du latin *respondeo* – nous renvoie à énoncer une réponse, se montrer digne de, être à la hauteur de. Le préfixe "re" indique que l'action concerne deux

sujets, dont l'un peut être collectif, dans une relation qui se noue au cours d'une situation durable ou épisodique.

Il y a donc une personne, une valeur ou une institution qui nous met en demeure, moralement, juridiquement de répondre, d'avoir du répondant. "Respondeo, ergo sum", c'est de cette manière que le philosophe E. Rosenstock-Huussy résume le contenu de la responsabilité : l'être humain répond à la "voix" qui l'appelle, il n'élabore pas de théorie du principe de responsabilité mais en répondant, il le vit. Et comme le développe H. Jonas, "être responsable" serait d'accepter d'être "pris en otage" par ce qu'il y a de plus fragile et de plus menacé.

La langue anglaise précise les directions dans lesquelles la notion de responsabilité s'est développée : *responsible*, celui qui se reconnaît ou est reconnu comme l'auteur d'un acte, qui dispose d'une charge, d'une délégation et qui peut être sanctionné en cas de défaillance, *answerable*, celui qui répond de quelque chose qui lui a été confié, de quelqu'un dont il a la garde, *accountable*, celui qui doit des comptes pour la mission dont il a la charge, les actes qu'il a commis.

Concept curieux et fluctuant que celui-là. Il présente en effet, un caractère existentiel, transversal à tout un spectre de jugements et d'évaluations.

Daniel Piquet

Psychologue.

*Daniel Piquet a une activité de soignant en dispensaire. Il est par ailleurs conseiller en orientation à l'ANIT, en Seine-Saint-Denis*



Au centre du spectre, la signification littérale se situe dans le recouvrement de deux aspects - l'efficacité et l'imputation - et est : la capacité à répondre de ses actes ou "je suis responsable, je peux répondre".

La question de la responsabilité ne peut donc s'envisager que dans la façon dont nous analysons les rapports non seulement des choses entre elles, mais également avec soi-même en y incluant nos choix, nos devoirs, notre engagement et ce, malgré nos doutes, notre peur devant les risques à prendre.

Comme le signifie J. Lacan : "c'est moi qui vis tout cela, je n'ai pas besoin de me pincer pour savoir que je ne rêve pas". "Je" est responsable puisqu'il est celui qui développe une action efficace et est le commencement d'une série causale qui peut lui être imputée.

La chaîne des effets empiriques de nos actes comme l'observait Kant, serait ainsi virtuellement sans fin : "bien armé contre tout, il n'est désarmé contre rien de ce que l'avenir peut offrir".

La responsabilité s'appuie sur la vertu : "Si je suis responsable, je ne dois pas être négligent", et s'oriente, en définissant un territoire de pouvoir, sur la valeur : "je suis responsable d'un objet, d'un sujet, je dois penser les interactions probables avec autrui et avec les actes d'autrui".

Il nous est donc possible de prendre en considération les deux aspects de la responsabilité : la responsabilité subjective qui est la conscience que prend l'individu des répercussions de ses actes et qui naît la plupart du temps d'un sentiment de culpabilité que l'éducation imprime très tôt dans notre esprit et la responsabilité objective qui relève d'une évaluation sociale qu'elle soit le fait d'un seul, d'une opinion collective, d'un organisme spécialisé ou de la justice.

Nous ne pouvons pas faire l'impasse sur le rôle nouveau du savoir en morale. Comme l'écrit H. Jonas : "Le savoir devient une obligation prioritaire au-delà de tout ce qui était dans le

passé revendiqué comme son rôle, et le savoir doit être du même ordre de grandeur que l'ampleur causale de notre agir(...). Le gouffre entre la force du savoir prévisionnel et le pouvoir du faire engendre un nouveau problème éthique. Reconnaître l'ignorance devient ainsi l'autre versant de l'obligation de savoir et cette reconnaissance devient ainsi une partie de l'éthique qui doit enseigner le contrôle de soi toujours plus nécessaire de notre pouvoir excessif".

C'est sans doute pourquoi l'exercice de la responsabilité est naturellement sous-tendu par le doute et la peur. Comme le fait remarquer Jean Greisch dans sa présentation du *Principe de responsabilité* : "Que nous le voulions ou non, nous sommes les architectes de la société à venir, car il ne nous appartient déjà plus d'enrayer le progrès technologique, même si nous le voulions (...) - ce qui nous appartient en revanche, c'est la conscience que nous sommes d'ores et déjà pris en otage par cet avenir que nous faisons exister". Il est donc nécessaire d'envisager, comme le propose H. Jonas, le double report de la responsabilité, en amont vers les démarches de précaution et de prudence requises qu'il appelle "l'heuristique de la peur" et en aval, vers les effets potentiellement destructeurs de notre action.

Comme le disait Camus : "On ne peut bouger le petit doigt sans courir le risque de tuer".

Inscrire le sens de la responsabilité dans le discours moral permet de mieux penser et formuler nos responsabilités là où nous sommes, là où nous agissons, car plus les éléments de nos actions deviennent complexes, plus la simplicité de nos devoirs devient impérative.

Dans notre pratique professionnelle, il nous faut donc différencier, non les qualités mais les enjeux et distinguer les liens dans lesquels nous sommes insérés volontairement et malgré nous, que nous choisissons, que nous assumons. Comme si au commencement la responsabilité n'était qu'une possibilité, une intentionnalité à restituer soigneusement au sein d'une réflexion historique, anthropologique et toujours philosophique, sur le dynamisme de l'agir, face aux limites de la



nature, de la science et à l'irréversible du temps : "L'intention est partout systématique et nulle part édifiante comme une homélie".

C'est pourquoi, concept plus vécu que pensé, la responsabilité se prend, se gagne, se conquiert, se risque et relève de notre engagement.



1. Cette parution a connu, surtout en Allemagne et dans une moindre mesure aux États-Unis, un succès retentissant difficile à saisir pour le lecteur francophone puisque l'ouvrage n'est paru en France qu'en 1990, soit 11 ans après son édition originale. 130 000 exemplaires ont été vendus depuis la parution, ce qui est un record pour un ouvrage philosophique.

2. Il est complexe de traiter de la responsabilité de façon abstraite puisqu'elle "n'apparaît" qu'à l'occasion d'un acte, d'une parole, etc.

3. J. Lacan in *Les quatre concepts fondamentaux* - la série de l'œil et du regard - éditions du Seuil.

4. Comme le rappelle P. Ricoeur, jusqu'au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, le verbe imputer a pu être pris "en bonne part" au sens d'attribuer à quelqu'un quelque chose de louable, de favorable. L'attribution peut même être faite sans idée de blâme ni d'éloge : imputer un ouvrage à un auteur présumé. D'où l'expression : imputer à crime ou à gloire. L'action d'imputer n'est donc pas nécessairement liée au blâme, à l'accusation, donc à la faute.

5. Sophocle in *Antigone*.

6. H. Jonas - *Le principe de responsabilité*, Paris, Cerf, 1990.

7. In : présentation du *Principe de responsabilité*, Ed. Champs Hammarion.

8. A. Camus in *Carnets*, Gallimard. (je cite de mémoire).

9. H. Jonas : *ib.*

#### Bibliographie :

Jonas, H., *Le principe de responsabilité, une éthique pour la civilisation technologique*, Ed. du Cerf, Paris 1990.

Hottels, G., (sous la dir de), *Aux fondements d'une éthique contemporaine*, Ed. Vrin, coll. Librairie philosophique, Paris 1994

Simon, R., *Éthique de la responsabilité*, Ed. du Cerf, Paris, 1993.

Weber, M., *Le savant et le politique*, Plon 10/18, Paris.

Ricoeur, P., Articles in *Esprit* : "Le juste entre le légal et le bon" (sept 1991) ; "L'acte de juge" (juillet 1992).

Kant, E., *Doctrine du Droit, Introduction générale*, Paris, Ed. Vrin, 1971.

Vacquin, M., sous la direction de, *La responsabilité : la condition de notre humanité*, éditions Autrement, Paris, 1994.

# Notes de Lecture

## Etchegoyen et nous

Nous présentons ici des extraits de l'ouvrage d'Alain Etchegoyen, *La vraie morale se moque de la morale : Être responsable*, éditions du Seuil, Paris, 1999.

Le dernier ouvrage d'Alain Etchegoyen, paru aux éditions du Seuil en 1999, est réconfortant pour nous, médecins et autres professionnels pris dans des responsabilités souvent contradictoires.

"La difficulté réside dans ce double mouvement : d'un côté l'appantion d'un principe moral nouveau, le principe de responsabilité ; d'autre part, un juridisme croissant qui conduit à privilégier la conception juridique de la responsabilité. La pratique judiciaire, qui consiste à dédommager (civil) ou à défendre, donc à punir (pénal), ne peut concerner que des actes négatifs. C'est en cela que la irresponsabilité dans son acception juridique ne concerne jamais que du négatif, c'est-à-dire du "à cause de" jamais du "grâce à".

Pour lui, la responsabilité juridique poussé à la paralysie, tandis que la responsabilité morale pousse à s'engager, pousse à l'action quitte à prendre des risques. Pour lui, la responsabilité, c'est savoir répondre de sa décision. Répondre, c'est se confronter. Répondre, c'est toujours voir la réalité de l'autre en face. Répondre, c'est envi-

sager l'autre, comme Levinas le disait du visage de l'autre. Mais c'est aussi se laisser "envisager" par l'autre. Répondre, c'est supprimer la distance prudente. Répondre, c'est accepter le risque de la décision. C'est un exercice difficile."

Enfin, il aborde de façon très pertinente, pour nous médecins engagés dans le contexte économique et technocratique actuel, la question de la responsabilité individuelle et collective.

"Les médecins se trompent en réclamant une responsabilité individuelle et des sanctions individuelles". Ils se mettent ainsi dans une logique purement juridique qui débouche nécessairement sur des pratiques policières de surveillance tatillonne. Déjà harcelés par les premières pratiques américaines de chicanes toujours recommencées, il semblent préférer un concept de responsabilité négatif qui exige sanction et instance de sanction. Au lieu d'échapper à cette logique, ils s'y enferment. Au lieu de se prendre en main en tant que profession, ils veulent déléguer à d'autres le contrôle individuel."

## Une "vertu" irresponsable

Elisabeth Maurel-Arrighi  
*Médecin généraliste*

Suzanne, depuis son départ à la campagne pour la retraite, revient de temps en temps voir ses petits-enfants et en profite pour me consulter sur son traitement de ménopause. Quand je lui demande des nouvelles de sa santé en général, de ses hernies discales, si elle fait de la kinésithérapie d'entretien, elle me répond : "Non, mon nouveau médecin s'occupe du cholestérol mais il n'a pas le droit de s'occuper de mon dos !"

C'est donc un médecin "vertueux" qui veut plaire à nos technocrates de la Sécurité sociale lesquels

croient que la qualité, ce serait la chasse au gaspi ! Je lui fais part de mon étonnement, je lui explique que les "profils" ne sont qu'indicatifs et que les sanctions financières, en cas de dépassement des "profils", ne sont encore, heureusement, que collectives.

Dans le choix des incitations et contraintes financières, il est de la responsabilité des pouvoirs publics de ne pas induire des comportements où le médecin ne soignerait que des patients légers qui ne nécessiteraient que le minimum de soins et refuseraient les patients lourdement malades.



# Demander des comptes

A qui ? Comment ? Notre microcosme, aveuglé par une toute puissante impuissance à gérer le mal-être comme le mal-aller, navigue entre la culpabilité - n'être pas à la hauteur de son propre idéal professionnel mythique - et la conviction que la responsabilité vient également d'ailleurs. Dans le même temps, on voit la "qualité" des qualitiens emporter toutes nos valeurs dans un raz-de-marée destructeur auquel, faute d'avoir voulu ouvrir les yeux et y penser "à temps", les soignants ne savent pas résister. Les structures subitement devenues caduques, mais aussi cette qualité de la relation thérapeutique inquantifiable, s'évanouissent dans la nébuleuse d'une espèce de "confort" poubelle qui accueille tout ce qui n'apparaît pas dans les "camemberts" et autres graphiques dont l'informatique, au service du contrôle, nous gratifie abondamment.

On pourrait penser que le patient est au centre des préoccupations des décideurs et autres réformateurs du système de soins. Or, toute la démarche de qualité des hôpitaux est conçue sans lui, il est au cœur du discours, il en est le prétexte, on ne parle jamais avec lui, il n'a pas droit de cité.

**De mauvais comptes.** L'hôpital dans lequel je travaille accueille une foule de pathologies qui ne rapportent pas : des insuffisants respiratoires graves aux sidéens déglingués, en passant par

les cancéreux qui, malgré la thérapeutique évoluée, n'en finissent pas de mourir... Notre dotation budgétaire n'en finit pas, elle aussi, de diminuer, moyen extrêmement pervers et efficace de fermer des lits, en pesant sur des soignants qui n'en peuvent plus de se voir autant négligés quand ils effectuent des tâches dont même les proches ne peuvent pas, le plus souvent, s'acquitter.

Les comptes qui nous sont demandés ne sont pas des comptes justes.

Concevoir qu'une pathologie puisse être gratifiée d'un budget fixe a pour effet de renforcer cette médecine de l'organe. Ceci correspond à cette vision technocratique de la maladie contre laquelle nous nous défendons et dont sont probablement "coupables" certains médecins qui jouent le jeu.

Allons-nous sans réagir, laisser exterminer des pans entiers de notre métier de soignants ?

Allons-nous, sous le prétexte que certains ont abusé du pouvoir que leur conférait leur position, laisser détruire cette qualité d'une attention à l'autre, malade, que les quantificateurs balayaient d'un revers de graphique ? Allons-nous être capables de sortir de la culpabilité, ce péché originel du soignant, soigneusement entretenu, qui nous emmêle les neurones faussant toute situation ?

Anne Perrault-Solivères

*Cadre infirmière.*



### Mesures à prendre ou apprendre à mesurer ?

La résistance est subtilement court-circuitée par tous les outils de contrôle. La dotation budgétaire étant liée à la bonne pratique de l'étiquetage le plus avantageux, les plus malins sont les mieux placés, pas forcément les meilleurs. Les médecins n'ayant surtout pas appris à mesurer certains des critères qui fondent leur pratique semblent médusés par un système qui les réduit à la part comptable de leur exercice. La "crise" aidant, nous sommes condamnés à tenir, à nous contorsionner afin de rentrer de force dans les cases prévues toujours un peu plus étroites. La solidarité des équipes soignantes est en train de se perdre au profit d'une soi-disante responsabilisation. Aujourd'hui, on oblige chacun, à chaque fois, qu'il agit, à signer son acte : autre manière de disloquer un ensemble qui, bien qu'imparfait, n'en fonctionnait pas moins dans un collectif garant d'une cohésion qui se créait de sa nécessité même. Sans compter toute cette énergie perdue à tenter de démontrer la perversité de telles pratiques, ni le temps passé à la codification au détriment d'une présence que les personnes-malades réclament d'autant plus qu'elles en sont privées dans leur vie de bien portants. Ainsi, toutes les valeurs, qui sont les présupposés des pratiques soignantes, s'évanouissent-elles à vue d'œil, à mesure que l'on prétend inventer des langages capables de les qualifier.

**Un temps pour tout.** Le temps, cet incommensurable, est mis en demeure de se définir, est condamné à la maîtrise ou à disparaître du langage même des soins... La maladie est sommée de s'étiqueter, de se contrôler, de se ranger dans sa rubrique, les meilleures étant celles qui rapportent le plus de budget dans un minimum de temps. Cela n'a pas tardé à produire son effet : certains malades restent à la porte des soins, parce que porteurs de maladies qui n'en finissent pas, de pathologies trop coûteuses pour le budget ou trop lourdes pour des équipes soignantes en perpétuels sous-effectifs. Les difficultés se généralisant dans tous les établissements d'hospitalisation, on peut mesurer le risque que représentent certains aspects de cette réforme pour la population.

Je ne pourrai pas énumérer toutes les anecdotes qui se présentent à moi, la dernière en date étant cet homme de quarante ans arrivé dans notre service de réanimation médicale avec un bras en partie détruit par une décharge de chevrotine et qui a dû attendre près de trois heures avec son garrot qu'un service de chirurgie veuille bien l'accueillir. Est-ce là la qualité dont nos ministres prétendent qu'elle n'est pas mise en question par la réforme ?

Que dire également de l'obligation de passer à trente-cinq heures dans une structure comme la nôtre ? Hôpital privé à but non lucratif participant au service public, notre budget nous est attribué par les tutelles selon les mêmes critères que les hôpitaux publics. Soumis également au droit privé, nous nous trouvons dans l'obligation de diminuer notre temps de travail. Sans aucun moyen supplémentaire qui ferait évidemment augmenter le budget... Nous sommes par conséquent devant une double injonction, contradictoire, de l'Etat : une mise en demeure de diminuer le temps de travail du personnel à trente-cinq heures avant le premier janvier 2000, en embauchant sept pour cent de personnel en plus (même avec les diminutions de salaire, cela coûte plus cher) ; ce que nous interdit une autre mise en demeure : respecter un budget en régression constante depuis quatre ans. Que celui qui voit une solution (je prends même les miracles) s'empresse de me la communiquer !

**Demandons des comptes.** Usagers et soignants - qui sommes également usagers - sommes tous concernés par les effets de cette politique. Ensemble, nous devons exiger des comptes de ceux qui nous dirigent vers des usines à soins, où seuls les actes servent à définir le budget quand chacun sait que les humains produisent une grande part de l'effet thérapeutique. Nous devons exiger des comptes de cette politique au "coût par coût" qu'on peut également définir en "coups pour coût" et je passe toutes les autres formules qui se pressent sous mes doigts et dont le but, inavoué mais déjà très visible, est de faire tomber toutes les structures hospitalières qui ne tiendront pas dans ce carcan budgétaire. Nous devons refuser de faire les frais d'une politique des soins qui



renforce cette médecine que, "sensibilisés à gauche" ou non, nous dénonçons depuis toujours. Nous ne pouvons pas accepter cette gestion aveugle : elle détruit nos valeurs fondamentales, nous noie sous des comptes à rendre qui nous empêchent de penser.

Pour bien soigner, il faut être soi-même correctement traité. Notre qualité de vie au travail, notre sérénité de soignants sont des préalables incontournables pour la qualité de nos soins. Ils sont actuellement bafoués. Nous devons demander des comptes à tous ceux qui, passifs ou actifs, sont artisans de cette dégradation. Les politiques qui œuvrent dans le sens d'une vision rationaliste de l'exercice des soins, doivent se rendre compte des effets délétères de leurs lois. Tous, soignants ou non, devons dénoncer chaque situation critique qui nous paraît liée à ces réformes. Nous devons exiger une politique des soins qui soit clairement exprimée, qui donne ses règles au lieu de laisser l'arbitraire décider ce qui ne sera pas correctement soigné, quelle que soit la forme plus ou moins directe de cette exclusion. Les citoyens soumis à la vindicte budgétaire sont en droit de décider autrement, de définir eux-mêmes les priorités, de demander des comptes sur les leures dont ils sont déjà les victimes. Faut-il porter plainte contre l'État chaque fois que nous constatons un manquement à notre éthique professionnelle du fait de la politique des soins ?

**Affirmer ses valeurs.** Tous, nous devons défendre la singularité des situations cliniques, et ne rien céder des valeurs qui nous portent à soigner la personne malade qui nous le demande avec tous les moyens dont nous avons connaissance et ne rien accepter qui nous en empêche. Si les mesures arbitraires appliquées - et pas seulement les mesures budgétaires - vont à l'encontre de nos convictions et de notre devoir, nous sommes tenus de les dénoncer d'un strict point de vue hippocratique et éthique. La situation de repli défensif corporatiste dans laquelle nous mettent les différents plans réducteurs de dépenses a un effet pervers démobilisateur dont nous sommes tous les victimes. Cette victimisation pro-

duit à son tour un effet déresponsabilisateur. Prendre ses responsabilités implique par conséquent de rompre avec le statut de victime afin de retrouver une attitude offensive collective, une posture d'être humain à qui la société doit des comptes autant que lui-même doit lui rendre compte de ses choix.

La dissociation pensée/action et surtout le manque de rigueur intellectuelle qui la protège au sein de nos institutions, sont à l'origine du profond malentendu qui empêche les acteurs du système de se rendre compte de la réalité telle qu'elle se présente. Elle les empêche également de se reconnaître en lui quand bien même ils en seraient les instigateurs, les créateurs, voire les initiateurs... La rationalisation des postures professionnelles, la généralisation des procédures, des protocoles et autres "références médicales opposables" visant à normaliser les soins sous prétexte de qualité, produit alors l'effet inverse de celui visé, en déposant l'acteur soignant de sa responsabilité propre d'humain au profit de règles instituées souvent inapplicables parce que contradictoires avec la réalité. Elle sépare encore davantage les éléments du "collectif soignant" quand, à l'évidence, c'est la cohésion qui offrirait la meilleure garantie de qualité.

**Se rendre compte.** Il s'agit d'abord de prendre conscience de l'illusion qu'a générée un individualisme orchestré par une idéologie libérale, voire néo-libérale prônant la "liberté" dans un cadre de plus en plus étreint, celui de la pensée unique. Le mensonge institué, et non seulement celui "par omission", a pu être toléré tant que les effets pervers de cette politique sont restés relativement discrets. La misère de certains de nos concitoyens (et je ne parle que de nos voisins) que nous ne pouvons plus ignorer, montre à quel point une certaine autonomie a disparu corps et biens, sombrant dans une précarité et une pauvreté qui s'étalent comme flaque d'huile au soleil. Cette pauvreté nous oblige à voir la distance qui s'accroît entre l'offre fallacieuse d'un choix toujours plus grand et les possibilités d'accession à ces choix de moins en moins partagées. La notion de responsabilité collective semble aujourd'hui





Justifier toutes les dérogations à un "minimum éthique" sans que le "collectif" soit jamais interrogé pas plus que responsabilisé sur ses choix éventuels en matière de politique de santé. Cela supposerait que les politiques nous rendent compte des arguments qui sous-tendent leurs choix implicites, comme cela induirait que l'individu rende lui-même des comptes au collectif sur son comportement d'utilisateur du système de soins. Nous avons bien compris que la santé a un coût mais il importe qu'un débat permette à chacun de s'approprier une part de cette responsabilité en prenant conscience que ce ne sont pas seulement les autres qui "consomment" les soins, ni pourquoi ces soins, après avoir été validés, sont subitement disqualifiés par l'arrêt de leur remboursement. Le silence sur la situation actuelle de certains soins donne à penser que la désinformation aidant, la "population" ne mesure pas encore les conséquences de réformes qui n'ont d'autre visée que de réduire le coût de "la santé". La situation s'est ainsi dégradée à tous les niveaux du travail des soignants, le "sens unique" étant de tenir quoi qu'il en coûte aux humains, de gagner du temps sur le temps, et d'espérer que toute cette absurdité s'éliminera d'elle-même.

**"Dire je" : un acte politique ?** Comment "dire je" pourrait-il changer quelque chose à la situation ? En ces temps où la solidarité tend à disparaître, quel sens peut-on donner à ce "dire je", quels bouleversements éthique et politique peut-on en attendre ? Dans mon expérience de formatrice, c'est quand les soignants se posent collectivement quelques questions dans le cadre de leur activité qu'ils perçoivent les enjeux dont ils sont les otages impuissants. La complexité de ces enjeux, qui semblait empêcher toute reprise de soi comme sujet sensé, comme sujet responsable, devient explorable au travers d'un positionnement intersubjectif, à partir d'événements du quotidien, face à une organisation qui semble tout faire pour nous échapper. La double contrainte d'une réforme, qui oblige à la désobéissance pour répondre à la prescription (l'obligation de moyens face aux restrictions de prescriptions), ne peut apparaître à la conscience si elle n'est pas explicitement posée dans le cadre

d'une réflexion collective sur les pratiques. La possibilité d'un questionnement, en dehors du contexte habituel d'évaluation et de jugement, permet ainsi aux infirmières de retrouver le chemin d'une mise en perspective de leurs actes au quotidien, de leur pensée et du contexte socio-politique entre autres, sans pour autant se refrancher derrière la victimisation traditionnelle et infantilissante de la profession. Ceci exigerait que les infirmières réapprennent à parler en leur nom, qu'elles ne soient ni déléguées par la médecine, ni reléguées dans des fantasmes de pouvoir, ni encore se substituant à la parole du malade, "victime" officielle celle-là.

**Du je au nous.** "Dire je" pour une infirmière est ainsi une révolution en ce qu'est réintroduite, par ce retour à une expression personnelle, une responsabilité individuelle et collective que sa position subalterne contribue à lui faire oublier. Sa culpabilisation historique et traditionnelle peut ainsi s'estomper au profit d'une recherche de sens, et partant, d'une appropriation de ce sens. Cette "reprise de soi" permet alors de substituer à une déresponsabilisation induite par l'incompréhension des différents conflits de valeurs, une prise de conscience de la nécessité de se positionner clairement et légitimement dans ces conflits afin d'en appréhender tous les aspects. Ceci implique qu'un dialogue puisse se tenir entre les différentes postures, ce qui n'est pas le cas actuellement. Il s'agit, entre autres, de penser et de faire le tri entre une responsabilité éthique qui prenne en compte les valeurs de la personne, soignée et soignant, et cette responsabilité que les dirigeants nous somment de partager, sous le couvert d'une santé devenue "publique", celle d'un contrôle des coûts sous la facticité d'une démarche "de qualité" providentielle. "Dire je" est un préalable à un "dire nous" qui prendrait alors tout son sens et sa force à partir de positions clairement énoncées. Ce "nous" ne se contenterait pas de gommer les "je" ni de les juxtaposer, mais les engagerait dans la construction d'une responsabilité collective qui fait cruellement défaut à notre société. Ce "dire nous" limiterait alors le recours à un "il" qui serait toujours l'autre, celui qui abuse, qui est coupable, celui qui justifie notre irresponsabilité.



# Qu'est-ce qui compte ?

Madame B. a quatre-vingt-six ans, elle est aphasique depuis deux ans, à la suite d'un accident opératoire, une intervention sur le cœur pour prévenir une éventuelle insuffisance cardiaque... Elle a toujours été bavarde, et précise ; il fallait au cours des consultations écouter de nombreux détails, donner énormément d'explications à cette ancienne institutrice, très vive d'esprit et bien confiante dans la médecine. C'est dire la catastrophe que représente pour elle l'absence de parole articulée, de lecture et de tout autre moyen de communication sinon des grognements de tonalité variable et le regard. Elle est allée en centre de rééducation, puis de retour, un an après, elle travaille d'ar-

rache pied à son domicile, avec une orthophoniste libérale, jeune et tonique. Tout l'entourage contribue à la convaincre que ces séances sont importantes, qu'elle fait des progrès, que travailler vaut le coup. .

Las ! Le médecin conseil, sortant un beau jour son dossier d'une pile où il avait séjourné, décide que ça fait trop longtemps, que la dame est trop vieille, que ça coûte trop cher, que ça va bien, quoi ! Et cette décision est vécue comme une catastrophe, l'arrêt d'une progression. Mais est-ce important à quatre-vingt-six ans ?

Au fait, son cœur va bien.

Martine Devries

Médecin généraliste

# Le pouvoir d'être responsable

Philippe Lorrain

*Médecin généraliste*

*président du Syndicat  
de la médecine générale*

Le point de vue de la responsabilité expose bien les contradictions de la société vis-à-vis de la santé et du système de soins. Ces contradictions conduisent les soignants dans des situations d'enfermement qu'il s'agit de surmonter.

Le médecin, le soignant, est responsable : il se sent responsable et le patient lui fait confiance, c'est bien d'engagement et de confiance réciproque qu'il s'agit. Mais lorsque "les médecins sont responsables", comme le proclament de "hauts responsables", parle-t-on de la même chose ? On perçoit que derrière la responsabilité, ce mot à la mode devenu fourre-tout, se dissimulent de grandes variations de sens. Le terrain est donc à déminer, sous peine d'accepter ou de se voir infliger n'importe quoi sous ce vocable de responsabilité.

La responsabilité est affaire d'individus, elle impose de dire "je". Lorsque ce mot renvoie au collectif (les médecins sont responsables des dérives des coûts de la santé parce qu'ils prescrivent trop ou les infirmières ne sont plus assez nombreuses compte tenu de leur quota annuel d'actes, l'hôpital coûte trop cher...), s'agit-il de responsabilité ? On perçoit plutôt ici la culpabilité, la désignation du bouc émissaire, la mise au pilori... Les "hauts responsables", administration de la santé, sécu, assureurs divers, politiques, en agissant ainsi ne se

détaussent-ils pas de leur responsabilité, sont-ils d'ailleurs "responsables" ou n'agissent-ils pas par simple délégation de pouvoir ? Où la légitimité à pouvoir se fonde-t-elle ?

Etre responsable : prenons d'abord le sens le plus commun, qui est du langage juridique. C'est dans ce domaine que la responsabilité fait "peur". Elle n'accepte que des coupables, même dans les dérives récentes du concept de la responsabilité sans faute. Contraint à rendre des comptes à tout bout de champ, l'individu peut-il faire face ? "Tout avait été fait et pourtant l'enfant est mort" : ce mot de l'un d'entre nous à Toulouse est très évocateur. La justice fera une recherche des causes, a posteriori. "A cause de", telle est la quête de la justice, comme si la mort ne pouvait qu'appeler la vengeance.

Sans sortir de la peur de la culpabilité, comment être dans le projet de répondre à l'autre ? Quelles seraient les conséquences l'une défausse du politique qui cède de plus en plus à l'économique son rôle de médiation des rapports sociaux : une "judiciarisation" de la société avec déresponsabilisation de ses acteurs. Ne plus rien faire qui puisse être répréhensible. Avant de répondre et donc d'agir, d'abord se protéger, s'assurer : on sort le parapluie et c'est la paralysie.





Nous devons donc définir les conditions qui nous permettent réellement d'être responsables. En tant que principe moral, la responsabilité suppose engagement, projet pour et avec l'autre, devoir envers lui, capacité de décision et donc pouvoir d'agir. A l'inverse de la confrontation au judiciaire, l'engagement que suppose l'exercice de la responsabilité est prospectif et non plus rétrospectif, il s'agit d'accepter de prendre des risques et non plus de s'assurer, il s'agit de penser "grâce à" et non plus "à cause de".

Mais à être responsable de tout, on ne serait responsable de rien : être responsable impose la définition d'un territoire. Lors de notre congrès de Nantes en 1998, nous avons proposé le terme d'espace pour le soin, un espace où répondre, où rendre des comptes, en demander, un espace de pouvoir à partager.

Partager, car nous ne pouvons être seuls dans le soin que nous devons prendre de nos patients. Notre responsabilité s'exerce dans un territoire à géométrie variable, cabinet médical, communauté du quartier avec le travail, l'école... mais aussi nos collègues de ce qu'on appelle le "sanitaire et social", crèches, PMI, hôpital, praticiens libéraux, dispensaire... Partager impose de confronter ensemble nos pratiques, de bien les articuler : c'est tout le sens de notre réflexion amorcée à Toulouse sur les "règles de métier". Cette réflexion mérite d'être poursuivie, elle s'articule avec celle sur les réseaux de santé communautaire et celle sur les soins primaires multidisciplinaires. Vieille histoire toujours d'actualité.

Dans cette histoire de partage, c'est bien de savoir, de savoir faire, de pratiques, voir de charges (lorsqu'un patient devient trop "lourd" par exemple) qu'il s'agit : il ne peut s'agir de se décharger de sa responsabilité qui reste entière à assumer. Dans un espace de pouvoir à partager, il n'est pas question de prendre le pouvoir sur l'autre mais de bien s'articuler aux interfaces des territoires de chacun pour déterminer celui

qui est en meilleure posture pour pouvoir agir.

La définition de notre territoire conduit à son bornage : vigilant à répondre dans le devoir de prendre soin, nous ne pouvons cependant pas porter toute la misère du monde ! Pas responsables de tout car ne pouvant apporter de réponse médicale à tout, nous avons pourtant pour devoir de témoigner de la mort lente des exposés à l'amiante, de la mort violente des accidentés de la route, de la maladie sociale que constitue l'exclusion, entre autres. Nous devons témoigner de l'incurie et des inégalités qui règnent dans la société : médecin et citoyen, nous avons le devoir de dénoncer et d'engager la responsabilité des politiques.

Pas responsable de tout, entre maîtrise des coûts et ce qui nous paraît le meilleur soin, lorsque la "règle" économique nous paraît inapplicable, nous devons la transgresser : le conflit de devoir impose un devoir de désobéissance. Cet aspect particulier rend indiscutable de renvoyer au collectif toute pression économique : comment prendre soin et prendre les risques qu'impose le soin si le couperet comptable me menace à chaque consultation, si derrière chaque patient se dessine le contrôleur ?

Le pouvoir d'être responsable... En ces temps de "maîtrise" médicalisée et de "juste" soin où tout est à l'économie et à la parcimonie, où le pouvoir est à l'"économique" et que le "politique" vacille, ce n'est pas gagné. Cette responsabilité que nous désirons continuer d'assumer est faite d'engagement.. Si nous parlons de partager, il ne s'agit pas de responsabilité à diluer, mais plutôt d'engagements réciproques, de solidarité dans la responsabilité : soignants et patients, mais aussi collègues, gestionnaires, juges et politiques, pour des comptes à rendre et des comptes à demander.

Sortir de la pensée unique économique, remettre la santé dans le champ public et politique et participer au débat démocratique : là est notre engagement syndical.







Campagne d'affichage réalisée à Belgrade durant les bombardements des forces alliées.



Campagne d'affichage réalisée au Kosovo en 1990, par G. Merillon, pour l'agence Gamma.



*L'expression iconographique des douleurs de la guerre emprunte souvent aux scènes de la passion du Christ. Parce qu'elles ne montrent directement ni le sang ni les corps abîmés, parce qu'elles touchent à la dimension universelle d'une iconographie occidentale, ces pietà deviennent des images récurrentes de nos guerres contemporaines.*



Jamais autant que dans la guerre dite "du Kosovo", les effets directs et concrets des images photographiques ou télévisuelles sur les décisions politiques ne sont apparus aussi clairement.

La première guerre mondiale eut ses villes en ruines et ses tranchées. La seconde, les visages émaciés de ses nuits et brouillards. La guerre d'Espagne, son partisan fauché en plein vol. Celle du Vietnam, sa fillette brûlée au napalm et son vietcong exécuté à bout portant. Et l'on pourrait poursuivre... Ces images emblématiques président - en tant qu'images mentales - au choix des modèles explicatifs des guerres contemporaines. Par elles, les guerres passées commandent aux guerres actuelles ; le "plus jamais la précédente" conduisant en outre à une singularisation de leur gestion médiatique.

La politique d'image menée lors de la guerre du Vietnam eut des effets décisifs sur les conflits qui ont suivi. Les prises de vue des victimes civiles furent à l'époque accusées d'être les instigatrices de la défaite. Conséquence directe : la guerre des Malouines vit s'instaurer des censures sans précédent, à l'origine de tensions nouvelles entre le politique et le médiatique, le médiatique et le stratégique. En 1990/1991, durant la guerre du Golfe, un implacable contrôle des images conduisit à une esthétisation et une instrumentalisation de la guerre. Le premier jour de la guerre, John Hollimann, journaliste de CNN cantonné dans sa chambre d'hôtel, manifestait de manière symptomatique une émotion sincère face à la beauté des "feux d'artifice" générés par les frappes alliées. Le "plus jamais ça" qui a suivi a conduit directement à la multiplication des images des réfugiés en marche dans cette guerre dite "du Kosovo". Les visages conviennent bien au format des petits écrans : avec eux, la télévision fonctionne comme garantie d'authenticité et d'exactitude. L'échelle 1 x 1 renforce les effets du direct : la guerre est rendue im-médiate, comme sans média.

Ces images ont influencé directement les opinions publiques. A elles seules, elles ont fait passer le nombre des français favorables aux frappes de l'O.T.A.N. de 40 % à 63 % dans les tout premiers jours de la guerre. Cela ne pouvait que conforter les forces alliées : leurs guerres ne se font plus sans le soutien des opinions.

Mieux encore, les acteurs de la vie politique - consciemment ou inconsciemment - ont utilisé de telles images comme justification de leur décisions. *"Anyone who has seen the pictures of the hundreds of thousands of refugees lea-*

Monique Sicard

*Monique Sicard est chercheur au CNRS, cinéaste et enseignante à l'université de Lyon II en histoire et esthétique de la photographie.*

# Images de guerre

ving Kosovo, (...) *knows why we had to act*!" affirmait Tony Blair le 19 avril 1999<sup>1</sup>. Les paroles mêmes prononcées à l'Assemblée nationale française montrent les liens directs entre l'argumentation politique et les choix de la télévision : "Nous ne pouvions accepter de regarder, résignés, ces images terribles (...)"<sup>2</sup>, "Les images parlent d'elles-mêmes"<sup>3</sup>. Entre le politique et le médiatique, de nouvelles connivences s'établissent. Les visages en pleurs combient tristement un créneau prêt à les recevoir : tout journal télévisé, affirme Patrick Poivre d'Arvor, présentateur du journal de TF1, doit comporter une séquence de compassion. Aux images des victimes vietcongs succèdent ainsi, trente ans plus tard, celles, moins culpabilisantes, des victimes "amies".

Aux Etats-Unis, les références au Vietnam restent omniprésentes. Certes, la guerre du Kosovo ne dura pas sept ans et ne fit pas cinquante-huit mille morts dans les rangs américains, mais elle fut de nouveau l'occasion d'user de la force militaire pour parvenir à des fins politiques. "For God's sake, it's silly to compare this with Vietnam!"<sup>4</sup> : que le vice président américain Al Gore se défende avec vigueur de ces références vietnamiennes ne fait que souligner l'impact considérable qu'elles possèdent encore.

Le 6 août 1999, les nombreux rassemblements et marches pour la paix organisés aux Etats-Unis pour l'anniversaire du bombardement d'Hiroshima, s'accompagnèrent de vives critiques de l'engagement de l'O.T.A.N. au Kosovo. La bombe n'a pas fait seulement du peuple américain un agresseur et un coupable ; elle l'a transformé en victime potentielle. Si les Etats-Unis peuvent anéantir en un seul instant des milliers de civils, rien n'interdit plus que ses habitants deviennent à leur tour victimes d'acteurs étrangers disposant de la bombe atomique. Les images des morts civils du Vietnam - si voisines de celles des GI's rampants dans la boue - ont renforcé cette victimisation potentielle. Aujourd'hui, les acteurs politiques américains utilisent le sentiment de peur soutenu par l'identification des citoyens téléspectateurs aux exilés yougoslaves. Les plans serrés sur les visages des réfugiés d'origine albanaise, les plans larges réservés aux très rares images des victimes serbes, renforcent ces mécanismes. Nous sommes tous des réfugiés kosovars ; on ne se mobilise pas seulement pour d'autres, habitants

inconnus de terres lointaines, mais aussi pour soi. Pour les Etats-Unis, le monde se remplit de petits Hitler, sanguinaires et sataniques, ennemis intérieurs ou extérieurs, qu'il s'agisse de Saddam Hussein, de Slobodan Milosevic ou d'un millionnaire saoudien rendu responsable de l'attaque des ambassades américaines en Ethiopie ou au Kenya. Que faire d'autre, alors, sinon se battre pour sa propre défense ? La guerre n'est plus une affaire de territoire mais de morale. Juste, elle se conduit au nom des droits de l'homme. Les leaders de l'O.T.A.N. l'ont clairement dit : l'objectif de cette guerre du Kosovo est de faire rentrer la Serbie au rang d'une "communauté internationale". Le capitalisme démocratique en serait logiquement le fondement.

Les stratégies de l'image ont bien d'autres tours dans leur sac que les trucages à la palette graphique ou les grossières mises en scène à la Timisoara. La substitution aux images du champ de bataille, de visages filmés en périphérie est d'une efficacité bien supérieure : en conduisant à passer sous silence l'existence d'une guerre civile au Kosovo, elle induit des prises de position d'origine plus émotionnelle que rationnelle. Pour Bill Clinton, elle fut le principal soutien de sa récente "politique Balkans" : les réfugiés en marche furent reçus comme métaphores du peuple américain, lui-même victime indirecte et lointaine des armes atomiques dont il avait fait usage plus de cinquante années auparavant.

Nul doute qu'une telle gestion de l'image ait joué un rôle décisif dans les stratégies militaires alliées. Reste à savoir qui sera le meneur de jeu d'un futur "plus jamais ça" dans les politiques médiatiques des inévitables guerres à venir : les journalistes, les militaires ou les acteurs de la vie politique ?

1. "Ceux qui ont vu les images des centaines de milliers de réfugiés quittant le Kosovo, (...) savent pourquoi nous sommes passés à l'action."

2. Interview accordée au journal *Newsweek*.

3. Séance du 26 mars 1999.

4. Séance du 13 avril 1999.

5. "Pour l'amour de Dieu, c'est une bête de comparer cela au Vietnam."

6. Voir à ce sujet l'analyse de Ira Chernus, Professeur d'histoire des religions à l'Université du Colorado (*La peur préside à la vie des américains - fear rules Americans' lives*, *Colorado Daily*, August 6-9, 1999).

7. *International community*.



Samedi 30 et dimanche 31 octobre, à l'université de Saint-Denis Paris-8

# Colloque contre la dictature du néolibéralisme en médecine





**M**ieux soigner, sortir la santé de la logique marchande, la remettre dans le champ public et politique. Sur fond d'une crise structurelle déjà ancienne et complexe de la médecine, le néolibéralisme avance à marche forcée dans la période actuelle, mettant en péril jusqu'aux principes mêmes du fonctionnement de notre système de soins : l'accès pour tous à des soins de qualité.

**Un système de soins tarabudé par les logiques marchandes.** Une part du coût des soins de plus en plus importante est laissée à la charge des individus, avec

l'augmentation du ticket modérateur (voire le non remboursement des médicaments ou des soins), les dépassements d'honoraires des médecins, le secteur privé à l'hôpital. Cette part croissante des dépenses de soins non couverte par la sécuri-

# Appel du collectif

Samedi 30 et  
dimanche 31 octobre,  
à l'université de  
Saint-Denis Paris-8

Colloque contre  
la dictature  
du néolibéralisme  
en médecine

té sociale ouvre aux compagnies d'assurances privées le marché très juteux de l'assurance complémentaire, qui s'ouvre pour les couches sociales favorisées de la société. D'ores et déjà, des projets communs à AXA et à certains syndicats médicaux conservateurs voient le jour, avec la constitution de filières de soins concurrentielles qui refuseront de prendre en charge les malades impécunieux ou les pathologies trop chères et qui rémunéreront des médecins suffisamment dociles pour accepter leurs diktats en matière de prescription ou de conduite professionnelle.

**Un modèle éculé, dont l'échec est patent et prouvé.** Inclure le soin dans la logique du marché aboutit inmanquablement à des situations catastrophiques: l'exemple le plus parlant de l'échec de ces règles du jeu sont les États-Unis d'Amérique : ce pays cumule les dépenses de santé les plus élevées au monde, de mauvais indicateurs de santé et de morbidité et soixante millions de citoyens dans l'impossibilité de se soigner pour des raisons pécuniaires. "Chez nous, aucune des mesures technocratiques" émanant des décideurs et des gestionnaires des deux dernières décennies visant à améliorer la situation n'a réussi à inverser le cours des choses. Elles n'ont fait que renforcer le vent libéral actuel.

**Pour une alternative politique : mieux soigner et remettre la santé dans le champ public et politique.** Face à ces dysfonctionnements structurels majeurs il s'agit :

- de mettre en place une véritable politique globale des soins et de la santé publique avec des choix explicites, débattus et choisis de façon démocratique ;

- d'examiner les solutions du financement des dépenses de soins, de leurs régulations qui passent par la nécessaire redéfinition des rôles et pouvoirs de décision entre citoyens, gestionnaires, représentants des assurés sociaux et professionnels de santé ;
- de prendre en compte les évolutions actuelles de la médecine, où les progrès résident à la fois dans la meilleure utilisation des nouvelles techniques et des nouvelles molécules thérapeutiques mais aussi dans la mise en place de nouveaux objectifs de travail, de nouveaux comportements des professionnels du soin et des usagers pour faire mieux. C'est aussi la prise en considération des facteurs environnementaux, de la santé communautaire, du travail pluridisciplinaire associant professionnels du soin et du secteur social qui permettra une meilleure articulation entre l'hôpital et la médecine ambulatoire.

Des pratiques locales innovantes, nombreuses et variées, existent et font leurs preuves depuis de nombreuses années en France. Elles sont reconnues et institutionnalisées dans de nombreux pays occidentaux d'Europe et du reste du monde.

**La revue *Pratiques* appelle à la résistance contre la logique néolibérale qui est en train de détruire les fondements mêmes de notre système de soin basé sur la qualité des soins accessible à tous sans discrimination par l'argent.**

Il y a urgence politique à enrayer les logiques dominantes en cours. Il s'agit non seulement d'engager un travail de réflexion, d'analyse critique en commun, mais aussi d'élaborer des propositions politiques pour construire une alternative au scénario de la logique libérale qui prévaut actuellement pour la médecine et la protection sociale.

*A l'initiative de la revue Pratiques, s'est constitué un collectif rassemblant des personnes venues d'horizons très variés (professionnels du soin, syndicalistes, mutualistes, gestionnaires, universitaires, économistes...) et appelant à lutter contre les ravages, dans notre système de soins, de la logique marchande et technocratique. Le colloque, intitulé "Contre la dictature du néolibéralisme en médecine", que nous organisons les samedi 30 et dimanche 31 octobre prochains à l'université de Saint-Denis Paris VIII, sera l'occasion de la première réunion publique de ce collectif. Résister pour construire une autre politique de santé, tel est l'enjeu de ces journées. Nous convions nos lecteurs à participer à ce colloque et, d'ores et déjà, à signer l'appel constitutif du collectif que nous publions ci-dessus. Lorsque nous aurons réuni un nombre significatif de signatures, nous ferons connaître la liste des signataires dans les médias.*



Jean-Luc Doussard

Médecin généraliste

# Quand soigner devient un délit

*Un comité de soutien a été constitué pour réunir fonds et signatures : contacter le Réseau Ville-Hôpital Paris Rive Gauche,*

*119 rue d'Alésia, 75014 Paris.*

*Tél. : 01 45 45 30 90 ;*

*fax : 01 45 45 06 02.*

*Un compte a également été ouvert pour recueillir des aides :*

*Compte AFR solidarité,*

*58 rue de Tolbiac, 75013 Paris.*

*Tél. : 01 53 82 81 79.*

**B**ernadette Labarre-Suzen, médecin généraliste à Nemours, en Seine-et-Marne, a été mise en examen pour "facilitation de l'usage de produits stupéfiants (Subutex)". Cette mise en examen est survenue dans le cadre de l'instruction d'une affaire de drogue, des toxicomanes ayant parlé de l'existence d'un marché noir du Subutex, et cité le docteur Bernadette Labarre comme leur médecin prescripteur. Elle a suscité un tollé parmi tous les intervenants socio-médicaux en toxicomanie.

Le docteur Labarre fait en effet partie des médecins pionniers de la politique de réduction des risques liés à l'usage des drogues, ceux qui, dès 1993, ont prescrit de la buprénorphine en traitement de substitution à l'usage de l'héroïne et facilité ainsi l'autorisation de la mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage commercialisé sous le nom de Subutex.

Il est choquant dans cette mise en examen, outre son caractère extrêmement brutal :

- de voir qualifier un médicament, le Subutex, qui est classé dans la liste I des substances vénéneuses, comme "produit stupéfiant" à l'instar de n'importe quel produit de la rue.
- d'avoir obligé un médecin en plein exercice à abandonner à leur sort ses patients toxicomanes en grande difficulté et nécessitant des soins continus
- de lui avoir interdit de prescrire pour l'ensemble de sa clientèle des "médicaments toxiques : tranquillisants, somnifères et anti-dépresseurs".

La chambre de mise en accusation a levé le contrôle judiciaire de Bernadette Labarre. Elle peut donc à nouveau exercer pleinement sa profession, mais elle reste mise en examen.

L'Ordre des médecins de Seine-et-Marne, fidèle à lui-même, a surenchéri en menaçant de ses foudres le Dr Labarre, mais n'envisage pas d'inquiéter ses collègues de Nemours qui refusent majoritairement de prendre en charge les patients usagers de drogue.

Une mobilisation des intervenants médicaux en toxicomanie s'est faite pour la défense du docteur Labarre confrontée de plus à de graves difficultés financières (frais, entre autres, pour sa défense).

1. Le Subutex est "un opiacé réservé au traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique", selon le texte de l'AMM (autorisation de mise sur le marché).

Le maillage d'informations sur les citoyens restera-t-il longtemps virtuel avec les grands fichiers qui sont à l'ordre du jour : S.T.I.C., gigantesque fichier de police ; SESAM-VITALE, gestion des données de santé de l'intégralité de la population ; A.N.I.S., fichier des "pauvres" etc. ?

La récente "affaire" du vote par le Parlement d'un amendement permettant au fisc d'utiliser le numéro de sécurité sociale (N.I.R.) a résonné à nos oreilles comme un véritable signal d'alarme, à quelques mois d'une importante révision de la loi informatique et libertés de 1978.

La majorité parlementaire, avec l'aval du gouvernement, a pour la première fois autorisé l'utilisation à des fins de contrôle fiscal, de l'identifiant réservé jusque là, pour l'essentiel, à la prise en compte des droits des assurés sociaux. Ce sont vingt ans de combat et de vigilance démocratiques pour empêcher la mise en place, au moyen de ce fameux numéro de Sécurité, d'un vaste fichier inter-administratif sur la population qui sont ainsi remis en cause.

Le développement de l'informatisation dans tous les secteurs de la société, les enjeux internationaux liés à la circulation et à la commercialisation de l'information fondent plus que jamais nos craintes : le gouvernement a préparé la première trame d'une camisole de surveillance informatisée de tous les citoyens, réunissant demain casier sanitaire, casier social, casier policier, casier judiciaire, casier fiscal, casier professionnel, casier bancaire, casier scolaire ...

Qu'est-ce qui s'oppose aujourd'hui à des interconnexions généralisées de fichiers et à l'utilisation incontrôlée de données sensibles sur les personnes, dessinant une multitude de "Little Brothers" associés, ombres contemporaines du "Big Brother" d'antan ? Jusqu'à présent la loi informatique et libertés de 1978 et la C.N.I.L. créée par cette loi ont permis de contenir de telles tentations. Mais la directive européenne de 1995, qui appelle la révision de la loi française dans les prochains mois, assortit de multiples dérogations les principes protecteurs des données personnelles qu'elle énonce.

1. Ce texte provient d'une analyse du Collectif pour les droits des citoyens face à l'informatisation de l'action sociale c/o : S.N.M.P.M.I., 65-67 rue d'Amsterdam 75008 Paris, auquel je adhère le Syndicat de la Médecine Générale et la revue *Pratiques*.

# Informatisation : danger ! <sup>1</sup>

## SIDA : UN APPEL DES ASSOCIATIONS

*À titre expérimental, dans vingt-deux départements français, l'infection par le V.I.H. doit être déclarée à l'Institut de veille sanitaire, quel que soit le stade, c'est-à-dire dès la séropositivité diagnostiquée. Instrument d'une plus juste appréhension de l'épidémie et de son évolution, cette mesure est néanmoins sujette à polémique puisque la fièvre de déclaration à expédier au médecin inspecteur de Santé publique de la D.D.A.S.S., comprend certains "éléments à caractère nominatif" (extraits du décret du 6 mai 1999).*

*Estimant que cette disposition "marque à la fois une avancée pour la connaissance de l'épidémie, essentielle pour des stratégies d'accès aux soins adaptées aux conditions d'aujourd'hui et un recul grave des libertés individuelles", des associations de lutte contre le Sida et de défenses des libertés individuelles tentent d'obtenir auprès du Conseil d'Etat et de la C.N.I.L., l'annulation des modalités de transmission des données qui "marquent une rupture avec le principe de l'anonymat", jusqu'ici adopté pour la surveillance du Sida.*

*Pour tout renseignement sur cette action :*

*Réseau Voltaire (Thierry Meyssan) : 01 48 09 20 54*

*Combat face au Sida (Gilles Alfousi) : 01 42 43 30 58*



Bernard Senet

Médecin généraliste

*Fin 1998, j'ai reçu de ma caisse un avis m'annonçant un "redressement" de 851 frs pour avoir prescrit abusivement, dans la zone supérieure de l'ordonnancier bi-zone, des médicaments n'ayant pas de rapport avec l'affection prise en charge à 100 %. La Sécurité sociale rembourse complètement ce que le médecin attribue à la maladie grave ; compte tenu de la globalité des patients, nous avons des difficultés à les découper en diverses pathologies, ce qui complique les discussions avec les médecins conseils. Dans mon cas, la liste nominative des patients, du nom des médicaments considérés comme prescrits hors A.L.D. et des sommes dues au titre du ticket modérateur, était signée par l'agent comptable et par le directeur.*

*Vous lirez ci-contre les deux courriers adressés en février puis en mai à la Caisse. Malgré l'intervention des syndicats, d'un avocat et de multiples appels, je n'ai, à ce jour, reçu aucune réponse...*

Velleron, le 04/01/1999

Mme/M. le Responsable du service  
du centre Nord Luberon de la  
CPAM de Vauduse

Madame, Monsieur le responsable,

Si je trouve peu élégant d'adresser  
entre Noël et Jour de l'An la notifica-

tion d'indu référencée A.E.S.P. n°98/09, il est inconvenant que le service émetteur ne soit pas clairement identifié, et je considère comme impoli de n'avoir pas été contacté par le médecin conseil anonyme qui a examiné mes prescriptions. La saisie de la somme de 851 frs, qui n'a pas encore donné lieu à discussion, sera opposable juridiquement devant les commissions paritaires mais aussi en civil pour abus de pouvoir de la caisse dans le cadre de la convention qui nous lie.

Ce récapitulatif des "anomalies détectées" ne semble pas bénéficier de la protection du secret professionnel puisqu'il est cosigné, par délégation, par le directeur et l'agent comptable ; qui a réellement décidé, un médecin ou un administratif ? Comment se fait-il que ces responsables et leurs services soient informés que ces huit assurés sont en A.L.D. et qu'ils consomment cortisone, antibiotiques et d'autres médicaments ?

Le document en annexe (il s'agit de mon argumentaire concernant chaque prescription reprise cas par cas) passe en revue chaque cas : pour certains, l'avis du médecin conseil pose de réels problèmes de compétence ; pour d'autres l'avis d'un expert est souhaitable ; pour d'autres, encore, l'information réciproque caisse-médecin a de toute évidence de grandes insuffisances responsables des différences d'appréciation (protocoles d'A.L.D. non transmis au médecin traitant).

Une fois de plus apparaît la difficulté, pour un médecin généraliste, de couper son malade en tranches, de le réduire à la juxtaposition de différentes pathologies, de le traiter pour une affection sans tenir compte des autres. La mise en place de l'ordonnancier bizonne résulte d'une analyse spécialisée, hospitalière, que trop de généralistes acceptent comme s'ils avaient honte de leur pratique globalisante.

En espérant que vous donnerez réponse à mon courrier, veuillez croire, Madame, Monsieur le responsable, en l'expression de mes sentiments distingués,

Docteur Bernard Senet

# Vol avec préméditation

## ANNEXE ANALYTIQUE DU RÉCAPITULATIF DES "ANOMALIES DÉTECTÉES"

1) Mme B. Angèle : je ne suis pas en possession de sa demande d'A.L.D. qui a dû être faite avant son déménagement à l'Isle Sur Sorgue. De toute évidence cette femme éthylique est porteuse d'une cirrhose, d'une ascite avec circulation collatérale et dit-elle d'un diabète. Diurétiques, antibiotiques, toniques veineux entrent dans le cadre A.L.D., amibistaminique et aspirine y trouvent certaines indications.

2) M. G. Lucien : porteur d'une spondylarthrite il présente les complications habituelles; des prises au long cours d'A.I.N.S. : anti H<sub>2</sub> et pansements digestifs entrent dans le cadre A.L.D.

3) Mme L. Evelyne présente une polyarthrite rhumatoïde avec atteinte vertébrale et déformation : le traitement d'une affection bronchopulmonaire peut-il prévenir une complication mécanique ? A un expert de trancher.

4) M. D. René est porteur d'un anévrisme aortique décrit dans le protocole PIREs : la toux est un facteur de risque

connu, l'antitussif me semble indiqué.

5) M. B. Ange présente une insuffisance mitrale avec troubles du rythme. Le traitement préventif d'une infection ORL ou bronchique fait partie des recommandations les plus anciennes.

6) M. C. Lucien est hémiprétique spastique et pratiquement grabataire : le traitement des infections urinaires liées à l'incontinence prévient l'insuffisance rénale dont le risque est bien connu dans de tels cas.

7) M. B. Jérôme est un toxicomane traité par substitution : le traitement de sa bronchite tabagique est-il vraiment dissociable ?

8) Mme S. Thérèse présente un diabète (A.L.D. en mars 98) et vient d'être opérée en palliatif d'un cancer colique très étendu pour lequel l'A.L.D. a dû être demandée par le spécialiste : compte tenu de son état la prescription de cortisone est un minimum thérapeutique.

Velleron, le 25/05/1999

Mme la Présidente du Conseil de la CPAM de Vaucluse RAR,  
M. le Directeur de la CPAM de Vaucluse RAR,  
M. le Médecin Conseil en Chef,  
M. le Président du CCPL,  
Mr le Président du CMFL,

Madame la Présidente, Monsieur le Directeur, Chers confrères,

Par courrier du 21 décembre 1998 signé par le responsable du service, Mme Evelyne "H.", j'étais informé que la caisse primaire voulait récupérer la somme de 851 Frs, considérée comme un indu lié à des prescriptions effectuées dans la partie supérieure des ordonnanciers bi-zones pour certains de mes patients pris en charge en A.L.D. Pour contester cette notification, j'ai rédigé un courrier que j'ai adressé à Mme "H." et aux responsables de la Caisse en date du 04 janvier 99 avec A.R.. J'ai joint à cette lettre la justification des prescriptions en zone A.L.D.

Je n'ai, à ce jour reçu aucune réponse, ni du médecin conseil, ni du directeur de la caisse, ni du médecin chef, ni de Mme "H.", sauf en date du 22 mars 99 un courrier signé de Mme Marie Ange "F." qui me recommandait de m'adresser, par téléphone, au médecin conseil chargé de l'étude de mes prescriptions sans me donner son nom.



Le courrier que j'ai adressé n'a donc apparemment pas été lu par les services médicaux alors que ce dossier comportait des éléments couverts par le secret professionnel ; il est curieux qu'aucun médecin conseil ne m'ait contacté, ce qu'ils n'hésitent pas à faire dans d'autres cas.

Il n'y a donc eu aucun échange possible par écrit entre le médecin conseil et moi-même. À la date des 26 et 28 avril 99, sur les bordereaux de règlement, j'ai eu la désagréable surprise de me voir prélever la somme de 851 Frs. Ce prélèvement peut s'apparenter à un **vol avec préméditation**.

J'ai reçu des courriers de personnes certainement compétentes dans leur domaine, cadres ou responsables de services administratifs, mais dans l'incapacité de juger de la justesse des prescriptions médicales. Je n'ai eu aucun courrier d'un médecin ; le relevé des prescriptions jugées abusives était signé par deux administratifs, qui avaient donc eu accès à l'identité et aux traitements des huit malades concernés.

Dans ces conditions, je souhaite avoir une réponse à ce courrier qui me permettrait de ne pas porter l'affaire devant les commissions paritaires. Si besoin le tribunal administratif confirmera certainement que ce n'est pas un échange téléphonique qui peut confirmer ou infirmer une décision, mais bien un écrit, ce que je me suis appliqué à faire dès le 4 janvier 1999 ; je lui demanderai aussi sa position sur la protection du secret et sur l'absence de concertation préalable entre médecins.

Madame, Monsieur et chers confrères, veuillez croire en mes sentiments distingués,

Docteur Bernard Senet

Du 1er au 8 mai 2000

#### VOYAGE DU SMG À TRAVERS LA SANTÉ EN PALESTINE

*Entre le réfugié soigné gratuitement par les O.N.G. de Gaza, l'Arabe de Galilée ayant accès à certains services de santé israéliens, le fonctionnaire de l'autorité palestinienne avec son dispensaire réservé, le commerçant de Cisjordanie forcé de s'adresser au secteur privé sans remboursement... il existe de nombreuses inégalités. Cette diversité recouvre la réalité d'une population qui subit encore un apartheid social, économique, sanitaire, éducatif : il n'y a pas moins de cinq statuts de citoyens différents. Le jeune Etat palestinien doit construire et imaginer avec un système de santé maliforme, il doit compter avec les intérêts du pouvoir et les enjeux de l'aide internationale. Le voyage qu'organise le Syndicat de la médecine générale (SMG) explorera au mieux la santé en Palestine : l'officielle, l'officiuse, la réelle, à l'hôpital, général, psychiatrique, mutualiste (il y en a une !), en cabinet, en dispensaire et dans les camps. Tout est à découvrir, à replacer dans le contexte historique, social et psychologique d'une population reniée pendant cinquante ans.*

Je suis médecin généraliste et, en tant que tel, j'essaie de me mettre consciencieusement au courant des nouveaux médicaments arrivant sur le marché afin d'en faire profiter à bon escient mes patients. Comment sommes-nous informés de ces nouveautés ? Pour ma part, depuis toujours, j'ai banni les visiteurs médicaux du cabinet médical : leurs informations ne sont pas fiables car fournies uniquement par le laboratoire qui les paie pour faire prescrire. Je me suis donc tourné essentiellement vers les quelques revues médicales qui avaient su garder une indépendance d'expression par rapport à l'industrie pharmaceutique. En France, elles se comptent sur les doigts d'une main. Un autre moyen d'information est le contact avec les collègues spécialistes de ville ou à l'hôpital : à l'occasion d'un malade que nous avons en commun, par échange de lettres ou un coup de téléphone, nous pouvons prendre ainsi connaissance d'un nouveau type de traitement. Plus rarement pour des maladies rares, nous sommes obligés de plonger dans des livres médicaux ou de consulter les banques de données informatisées. L'information concernant les nouveaux médicaments chemine ainsi de façon multiple permettant de croiser les avis, de critiquer, de soupeser les avantages et les inconvénients du nouveau venu par rapport aux médicaments du même type dont nous disposons déjà, de se faire une opinion à tête reposée avant de les prescrire "au mieux" pour les patients.

Toute cette procédure prudente d'"apprentissage" des nouveaux médicaments est mise à bas par les nouvelles techniques de marketing des grands trusts pharmaceutiques.

Un des derniers exemples en est le lancement du zanamivir, commercialisé sous le nom de Relenza<sup>®</sup> par la multinationale Glaxo-Wellcome. Comme l'ensemble des médecins, j'apprends l'existence, et la mise sur le marché imminente, de cette nouvelle molécule par un média grand public. Pour ce qui me concerne, il s'est agi de la lecture sur une plage de Bretagne de mon quotidien favori - *Le Monde* - qui titrait en gros en lui consacrant une pleine page : "L'arrivée du premier médicament efficace contre la grippe"<sup>1</sup>. J'apprends qui plus est, dans ce même article, que ce nouveau médicament ne sera pas remboursé par la Sécurité sociale car le laboratoire n'aurait pas eu le temps de négocier le prix de vente avec les pouvoirs publics...

Un sans faute commercial pour la firme Glaxo-Wellcome qui a mis tous les atouts dans sa poche pour toucher le gros lot : les quelques millions de personnes qui, à tort ou à raison, iront courir chez leur pharmacien ou leur médecin dès les premières courbatures ou le 38°C de fièvre venues pour tenter de juguler la supposée grippe tant redoutée ! J'entends déjà l'inévitable : "Docteur, je ne peux pas me permettre de m'arrêter, donnez moi tout de suite ce médicament efficace qui vient de sortir et dont j'ai entendu parler pour que je guérisse rapidement!".

Quant aux stratégies raisonnées pour placer cette molécule dans la pharmacopée, pour l'évaluation de ses risques, de son coût pour la société, pour l'assurance maladie (puisque'il faudra tout de même aller consulter un médecin pour obtenir la délivrance du médicament miracle contre la grippe...), eh bien, cela sera pour plus tard ou jamais...

En face de tels rouleaux compresseurs médiatiques et publicitaires, que pèsent les différentes institutions et organismes<sup>2</sup> en charge de réguler, de surveiller, de conseiller les professionnels de la santé en matière de médicaments ? Rien.

Patrice Muller

Médecin généraliste.

## Quand les médecins regardent passer la caravane

1. *Le Monde* daté du mardi 24 août 1999, page 8.  
2. Citons par exemple : le ministère de la Santé, la Direction générale de la santé, l'Agence du médicament et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.



Patrice Muller

Médecin généraliste.

# Gabriel Granier, le penseur d'une médecine renouvelée

Gabriel Granier, le père fondateur du Syndicat de la médecine générale et de la revue *Pratiques*, est mort le 16 juin dernier à l'âge de quatre-vingt-deux ans. Ce médecin généraliste, militant syndicaliste et politique - il fut un des piliers du Parti socialiste unifié - d'une énergie infatigable, avait mis dans les années soixante-dix au service du groupe de médecins et d'étudiants en médecine qui s'étaient donnés comme projet de retrouver la place de la médecine générale, toute sa réflexion et son expérience acquise dans cette profession qu'il exerçait avec passion. Il fut de toutes les luttes de cette

époque, de la libéralisation de l'avortement avec l'initiation des pratiques d'interruption volontaire de grossesse dans les cabinets de généralistes, à la lutte contre l'Ordre des médecins en passant par la mise en place d'associations d'usagers de cabinets médicaux travaillant la santé communautaire. Sa réflexion sur l'avenir de la protection sociale, l'influence néfaste de l'industrie pharmaceutique sur le com-

portement des médecins et sa critique du paiement à l'acte du médecin libéral, ont été à la base de la charte constitutive du SMG. Il avait regroupé beaucoup de ses réflexions dans deux livres : *Requiem pour une médecine*, Syros, Paris, 1976 et *La Sécurité sociale, des idées pour demain*, Syros, Paris, 1977. De nombreux étudiants en médecine, conquis par ses idées, sont passés à Bagneux dans le groupe médical où il exerçait et qui hébergeait à ses débuts le SMG et *Pratiques*. Son charisme, sa générosité et son enthousiasme à toute épreuve nous ont permis, à nous jeunes médecins à l'époque, de trouver la confiance nécessaire pour nous installer en tant que médecins généralistes avec le désir d'améliorer une médecine au service des gens. Nous exprimons à Nady Granier son épouse, qui a pris également, à ses côtés, une grande part à toutes ces luttes militantes, ainsi qu'à ses enfants, nos sincères condoléances.

Le groupe Paribas vient de racheter le pôle médical des Echos. Banal épisode ? Bien au contraire, il s'agit de l'étape décisive d'une stratégie élaborée.

Jacques Richaud

Neurochirurgien

Que la presse médicale soit largement dépendante des recettes publicitaires provenant des groupes pharmaceutiques, est un fait bien connu. Pourtant, l'emprise du capital sur la protection sociale est lourde de conséquences. Il en résulte d'une part, un mélange des genres entre les informations véritablement professionnelles et un matraquage publicitaire visant à augmenter et à influencer les prescriptions et, d'autre part, la tentation permanente d'étouffer une politique éditoriale qui se révélerait trop sensible aux problèmes sociaux ou trop critique envers l'emprise du capital sur le monde médical et pharmaceutique.

## Main basse sur la presse médicale !

La complaisance du corps médical et l'acceptation de cet état de fait ne laissent guère de place à la contestation. Toutefois, on peut citer deux exceptions : la revue *Prescrire*, indépendante, qui a récemment dénoncé la politique commerciale des laboratoires et la revue *Pratiques, Les Cahiers de la médecine utopique*, également indépendante et proche du SMG, qui ouvre un espace de débat sur les problèmes sociaux et sur le rôle social de la médecine.

Pourtant, jusqu'à présent, et même dans la presse dont le financement dépend des laboratoires, un certain pluralisme d'expression des courants syndicaux persiste. Que ceux-ci soient favorables ou hostiles aux plans Juppé ou Aubry, au projet AXA, au plan Johanet..., ils s'expriment chaque semaine à travers des débats animés, parfois relayés par des éditorialistes encore capables de refuser la pensée unique d'une logique libérale.

Le contrôle de ces "médias" propres aux professionnels est un enjeu majeur pour les groupes financiers qui tentent de se positionner sur le "marché de la maladie". Leurs objectifs sont clairs : exercer le rôle de relais promotionnel pour les nouveaux réseaux médico-bancaires tels que ceux préparés par le groupe AXA ; tirer un profit maximum de la collusion entre assureurs et laboratoires pharmaceutiques (le contrôle des supports de la Formation médicale continue est le plus sûr moyen de modifier la culture de la "nouvelle race des praticiens" qui deviendront les "employés contractuels") ; neutraliser l'expression de ceux qui, de façon prévisible, voudraient exprimer réserves ou rejet vis-à-vis de la privatisation de la protection sociale et/ou des réseaux de type AXA.

**Perspectives actuelles.** Le groupe Paribas-Affaires industrielles est une filiale de la banque Paribas dont Claude Bebear est le principal actionnaire. Ce



groupe vient de se porter acquéreur, le 2 avril 1999, du "pôle médical des Échos" (*Le Monde* du 4-5 avril 1999).

Le groupe santé des Échos diffuse de nombreuses revues professionnelles telles que *Panorama du Médecin*, *Le Concours Médical*, *La Revue du Praticien*, *Les Archives des maladies du Cœur et des vaisseaux*, etc. Son chiffre d'affaires actuel est de cent soixante-dix millions de francs avec 16% de rentabilité. Par cette acquisition, Paribas a pour objectif annoncé d'atteindre la "position de premier groupe de presse de formation médicale continue".

Par ailleurs, Claude Bebear est présenté comme le principal actionnaire et suzerain de Paribas par le *Journal des Finances* (13/03/99). Bebear ne cache pas son attachement au renforcement du groupe bancaire et l'avantage stratégique qu'il en espère : "Si ce projet aboutit (ensemble Société Générale/BNP/Paribas), il en sortira un leader européen de la banque aussi incontournable qu'AXA l'est devenu dans le domaine de l'assurance et de la gestion d'actifs et un groupe leader susceptible de distribuer de plus en plus de produits d'assurances conçus avec AXA". (Cf. Contribution N°2, mars 99, les extraits du *Journal des Finances* et de *Valeurs actuelles* sur le sujet).

En conclusion, on peut s'attendre à ce que le contrôle de ce groupe de presse participant à l'information et à la formation médicale continue des praticiens consacre la disparition du pluralisme d'expression syndicale pour n'offrir de tribunes qu'aux seuls syndicats favorables aux réseaux AXA et à la mise en concurrence. Il est aussi à parier qu'il ne suscite guère de pro-

testation de la part des mêmes syndicats actuellement majoritaires, en particulier chez les spécialistes, trop heureux de voir muselée la liberté d'expression d'autres courants (MG France, SMG, SNMG...).

La toile tissée par le groupe AXA pour parvenir au contrôle de l'ensemble du secteur de la Santé se complète ici d'un élément stratégique d'autant plus déterminant que nombre de médecins lisent peu et n'accèdent pas à une presse plus diversifiée que celle fournie, le plus souvent gratuitement, par les "sponsors" de la profession que représentaient déjà les firmes pharmaceutiques, en pleine phase de fusion-assimilation ou de contractualisation avec les secteurs bancaires et assurantiels.

Demain, les réseaux de soins auront pour employés des médecins devenus contractuels, désinformés et sous contrainte, qui n'auront d'autres maîtres que les banques, laboratoires et assureurs ayant contribué à la constitution de nouveaux réseaux de soins ne répondant qu'à la seule logique du profit maximum.

Ceux qui souhaitent continuer à promouvoir d'abord la santé des usagers dans une solidarité préservée seront bien évidemment exclus d'emblée ou rapidement évincés de ces structures. Le contrôle de la presse est au cœur de ce dispositif. L'enjeu est d'établir une "nouvelle culture" pour les soignants. Faute de pouvoir pour l'instant privatiser les facultés de médecine (certains y pensent !), le contrôle de la presse médicale est une étape essentielle en passe d'être franchie.

*Le Dr. Jerome Kassirer, rédacteur en chef d'une des plus prestigieuses revues médicales anglo-saxonnes, le New England Journal of Medicine, vient d'être contraint de démissionner face aux pressions des grandes firmes pharmaceutiques qui mettaient à mal l'indépendance d'expression de la revue. (cf Le Monde du 4 août 1999).*

**A** mon père : *right or wrong, my daddy*

Jean-Pierre Lellouche

Pédiatre

J'ai été père à une époque où les médias disaient que des pères adoptaient des pratiques éducatives qui les faisaient nommer "nouveaux pères". Cela m'a bien évidemment intéressé et je me suis interrogé. Que faisaient-ils exactement ? Comment et pourquoi ? Fallait faire comme eux ? Serait-ce bien pour mes enfants ? A l'époque, je n'avais pas bien compris et vingt ans après, je n'ai toujours pas compris mais j'ai beaucoup appris sur le milieu psy :

J'ai été un père différent de mon propre père :

- je suis né à la maison, mes enfants sont nés à l'hôpital,

- ma mère était une "femme au foyer", ma femme a un travail salarié,

- lorsque je suis né, les enfants voyaient leur père travailler dans l'atelier ou la boutique qui jouxtaient la

maison ; aujourd'hui, les pères pointent à l'usine et plus souvent à l'A. N. P. E.

- les matchs de foot avaient lieu le dimanche après-midi à la lumière du jour, aujourd'hui ils se déroulent à l'heure du "prime-time" de la télé et sous éclairage artificiel.

## Les nouveaux pères

Les changements dans l'urbanisme, dans l'aménagement du territoire, dans les techniques, dans la culture sont tels qu'il serait très surprenant qu'un père des années quatre-vingt soit rigoureusement identique à un père des années cinquante.

Les "psys" sans jamais décrire ce qu'était un nouveau père, sans s'interroger sur ce qu'il faisait, ressentait, espérait, ont émis des avis. On a alors entendu des affirmations telles que : "Nouveau père ? Quelle foutaise ! Il n'y a qu'un père, c'est celui qui baise la mère..." ; ou encore, "Pour torcher les fesses d'un bébé, les couilles ne sont d'aucune utilité !" . Après ces fortes paroles, il n'y a plus rien à dire : le "nouveau père" honteux n'a plus qu'à abandonner ses pratiques coupables et à se faire oublier.

Dans ces réactions agressives et excessives, c'est la peur de l'homosexualité qui est en jeu. Si la mère torche l'enfant et si le père, après avoir bu quelques bières, la "baise", tout est parfaitement clair et différencié. Mais si le père donne le bain avec la mère et s'il sèche lui-même son enfant et si après avoir joué, gazouillé, régressé quelques instants avec lui, il donne le biberon, on est alors en pleine confusion. Le père fait ce que la mère aurait pu faire et ne fait pas ce qu'il est le seul du trio à pouvoir faire : "baiser" la mère.

Comme si dans l'atelier de montage des *Temps Modernes*, Charlot, au lieu de serrer indéfiniment des boulons, s'avisait de peindre. La division des sexes doit être aussi claire que la division du travail. L'homme-ouvrier doit produire en répétant mécaniquement les mêmes gestes ; l'homme père doit "baiser", "baiser" toujours avant même de désirer. Il y a, dans la société qui se moque des nouveaux pères et qui produit le Viagra, une logique d'automatisation et de mécanisation de l'acte sexuel.



On pourrait légitimement s'interroger sur le fonctionnement mental d'un père qui exigerait de donner tous les bains et tous les biberons lui-même et qui l'interdirait à sa femme et à toute autre personne. On pourrait aussi s'inquiéter s'il éprouve un plaisir extrême à toucher son fils ou sa fille. Mais ce ne sont pas ces excès ou d'autres qui sont dénoncés : plutôt, l'idée même d'une intrusion des hommes dans le territoire des femmes. A la limite, l'homme qui en préparant un biberon, demande huit fois combien il faut mettre d'eau et de lait et à quelle température et avec quelle tétine..., celui qui en rajoute sur son incompetence et sur sa totale dépendance à l'égard de sa femme dans ce domaine, rassure tout le monde. L'homme qui prend la place de sa femme, ça ne peut être qu'un gag d'autant meilleur qu'il est bref et qu'il ne se répète pas.

Si les réactions à cette tentative nouvelle avaient été autres qu'émotionnelles, on aurait essayé de comprendre ce phénomène : n'y a-t-il que des inconvénients et aucun avantage ? Ces inconvénients sont-ils rapides, massifs, irrémédiables, irréversibles ? L' "anomalie" est-elle tout aussi forte quelle que soit la profession du père ou son absence d'emploi ? En d'autres termes, si un homme est privé d'emploi et très longuement présent à la maison ou s'il est médecin ou kinésithérapeute, c'est-à-dire professionnellement habitué aux soins du corps, est-il aussi "anormal" et aussi "néfaste" qu'il se comporte en "nouveau père" ? L' "anomalie" est-elle aussi "dangereuse", quelque soit le sexe de l'enfant ? La "toxicité" de ce comportement est-elle "dose-dépendante" ? Connaissant les risques indiscutables du chiffre treize, est-ce que le fait de donner douze biberons dans le mois ou douze bains dans le trimestre, est relativement anodin ? Et est-ce que c'est le treizième qui fait tout basculer dans la catastrophe ?

Les "psys" ont une réponse toute prête à des questions qu'ils sont incapables de formuler : "C'est pas bien", "ça ne se fait pas", "C'est pas normal",

"où irait-on ? ", "n'y aurait-il plus de repères ?" Le rejet de ce père "singant la mère" repose sur une double peur de l'homosexualité : peur que cela mette en jeu la part féminine et quelque chose de l'homosexualité du père ; peur aussi que cela induise chez l'enfant une perte des repères d'identification.

Il y a une contradiction dans ce discours non articulé : les éradicateurs du comportement nouveau père se comportent comme si l'homosexualité était quelque chose de profondément anormal et de totalement intolérable et cette anomalie profonde pourrait être déclenchée par une modification superficielle du comportement paternel.

Les "psys" butent en fait sur leur ignorance et sur notre ignorance commune et profonde de l'homosexualité. Il y a peu, celle-ci était considérée comme une maladie mentale, puis il a été décidé qu'elle ne l'était plus. Ce changement a eu lieu sans réflexions approfondies et sans modification profonde de notre culture (ou de notre inculture) à ce propos. Ce n'est donc plus une maladie, mais est-ce normal ? Est-ce facile à vivre ? Y a-t-il de la souffrance ? Les "psys" sont comme nous tous très mal à l'aise avec ces questions. Ils se taisent et organisent le silence. Et si quelqu'un ou quelque chose attire l'attention sur ces questions, ils dégainent avec leurs sarcasmes et leurs formules toutes faites.

Les nouveaux pères sont pour certains d'entre eux des personnalités fragiles, d'autres carrément fous, certains sont normalement équilibrés. Ils peuvent mélanger avec souplesse un peu de "nouveau père" à beaucoup d' "ancien". Tous ces pères s'interrogent et posent maladroitement des questions essentielles. Pourquoi refuser de les entendre ? Est-il si difficile d'admettre que les questions existentielles sont complexes et qu'il n'y a pas de réponses définitives ? Le bricolage approximatif qui a existé depuis toujours et qui durera longtemps est-il à ce point angoissant ?



Les récentes avancées en génétique des surdités héréditaires viennent relancer avec force la question du statut anthropologique de la surdité et de la place des sourds dans notre société. Rappelons les faits : un enfant sur mille est atteint d'une surdité neurosensorielle sévère ou profonde (selon les critères du Bureau international d'audiophonologie) à la naissance ou dans les premiers mois de vie. Or, 20% de ces surdités ont une étiologie extrinsèque (infection virale généralement), 20% sont de cause inconnue et 60% seraient d'origine génétique. Les surdités dites génétiques comportent des surdités inscrites dans des syndromes touchant d'autres organes et des surdités isolées. Un grand nombre de gènes sont impliqués dans ces surdités: 85 à 90 % des surdités de perception isolées sont à transmission autosomique récessive<sup>1</sup>. Les surdités génétiques d'apparition secondaire sont le plus souvent à transmission autosomique dominante<sup>2</sup> (1 enfant sur 40000). La surdité héréditaire et ses conséquences sur le déve-

loppement de la plupart des enfants sourds profonds congénitaux présente le trait remarquable et totalement singulier d'être à la source d'une transmutation du niveau biologique, à savoir une altération des structures auditives déterminée génétiquement, vers un niveau symbolique, celui de l'utilisation d'une langue visuelle et gestuelle, manifestation observable d'une adaptation profonde des sujets sourds à leur surdité, en particulier sur le plan neuro-cognitif. Dès lors que l'on admet l'auto-organisation du développement des sujets sourds, que l'on parvient à accepter le concept d'une potentialité adaptative naturellement fondée à la surdité et que l'on constate enfin la productivité organisatrice de la surdité ("la culture sourde"), il convient de repenser la question génétique en un sens résolument inverse, à savoir celui du gain adaptatif de la surdité et donc de sa potentialité créatrice dans la culture.

La surdité présente en effet la dimension exceptionnelle d'être au départ une entité d'ordre biologique qui se voit ensuite relayée par une spécificité adaptative cognitive pour générer finalement une organisation nouvelle dans l'ordre de la culture. Or, en considérant l'importance quantitative des surdités génétiques et celle du rôle particulier des enfants sourds de parents sourds dans la culture sourde, on peut conclure que le génotype surdité non seulement n'est pas délétère mais qu'il est à la base d'une potentialité adaptative particulière se prolongeant jusqu'à la génération d'un objet culturel. Nous touchons là à l'essence même du statut anthropologique si particulier de la surdité. Elle s'arrache à l'ordre du pathos et des infirmités, pour se positionner comme une entité adaptative singulière, réductible à aucune autre organisation sociale, et appartenant bien à l'ordre de la culture. Ainsi, non seulement l'aide apportée aux sourds, au travers des institutions, des

Benoît Virole

Psychanalyste, linguiste,  
membre de  
Génétique et Liberté\*

# Génétique, généalogie et surdité

\* Génétique et Liberté  
45, rue d'Ulm  
75008 Paris  
Tél.: 01 53 72 40 81  
Fax: 01 53 72 40 90

enseignants, des orthophonistes, des éducateurs, médecins, renforce la cohésion sociale globale, et en ce sens elle est nécessaire et trop sous-estimée dans son importance vis-à-vis de la création du lien social, mais les sourds eux-mêmes ont montré leur propre activité civilisatrice. Or, et c'est là un point remarquable, il y a étrange coïncidence historique entre la possibilité actuelle théorique d'une éradication génétique de la surdité, et la mutation profonde de la nature symbolique de notre culture vers un monde où règne l'image, monde dans lequel les sourds ne seront peut-être pas les plus mal lotis, si l'on construit avec eux une éducation ouverte sur la modernité. Il nous faut déchiffrer cette coïncidence dans sa signification anthropologique, celle de l'alternative constante proposée aux sociétés humaines entre diversité et uniformité. En cela, et malgré l'apparent scandale d'une telle affirmation, acceptons pleinement le fait qu'une humanité privée de ses enfants sourds, serait bien une humanité appauvrie.

C'est pourquoi l'enjeu actuel des rapports entre génétique et surdité dépasse de loin la dimension purement clinique de la demande d'information sur les risques d'existence de surdité dans la fratrie ou la descendance de leur enfant touché par la déficience auditive. Le conseil génétique en matière de surdité est bien une nécessité réelle répondant à la demande d'informations des parents et, dans bien des cas, il permet un soulagement conséquent de la culpabilité parentale. Il convient cependant de réaliser ce conseil génétique en étant conscient de ses implications psychologiques spécifiques pour chaque famille et, en même temps, de l'inscrire sur l'arrière plan de la question anthropologique particulière de la surdité. Ainsi, le choix des termes utilisés par le généticien pour désigner la surdité et ses conséquences, la façon de se représenter la surdité et d'aider les parents à se représenter la surdité de leur enfant ou de l'enfant à venir, doit tenir compte non seulement de la situation clinique présente mais aussi de l'existence de la surdité en tant qu'entité culturelle et historique, et donc de l'existence des personnes sourdes. La responsabilité du généticien n'est donc pas ici uniquement engagée vis-à-vis de la famille et du cas clinique présenté, elle est aussi engagée vis-à-vis de l'ensemble des parents

d'enfants sourds, des enfants sourds et des personnes sourdes. La dimension éthique du conseil génétique en surdité se situe ici : parler d'interruption thérapeutique de grossesse dans un cas de diagnostic anténatal de surdité implique, quelle que soit la réalité clinique du cas, la mise en jeu de représentations sur la surdité qui implique la totalité des personnes sourdes. Enfin, nous avons essayé de montrer ici que la demande parentale de conseil génétique doit aussi être inscrite au cœur d'un nœud anthropologique, là où la transmission biologique se transmue dans une *liliation* symbolique qui ne résout que dans l'ordre de la transformation de l'existant. En ce sens, l'accueil fait à l'enfant sourd nous place ainsi devant les exigences de la sublimation. Il nous impose à tous le fait douloureux que la finitude de soi est bien la condition de l'émergence du nouveau.

C'est cette question qui a été débattue, le 7 mai 1999, au Palais du Luxembourg, à l'initiative de l'association RAMSES, avec des interventions de généticiens, de personnes sourdes, de psychanalystes et d'anthropologues. De façon globale, les débats ont montré le rôle pilote de la surdité comme entité se dégageant du pathologique au travers de la création d'une organisation sociologique et culturelle, d'où le caractère profondément dangereux, en termes anthropologiques, d'une dérive potentielle menant du diagnostic génétique anténatal des surdités aux interruptions de grossesse.

Pour en savoir plus :

<http://home.worldnet.fr/~viroleb>

1. La transmission de la surdité se fait sur le mode récessif autosomique : le malade est porteur du gène muté en deux exemplaires, chaque parent ayant transmis un exemplaire. Le phénotype du transmetteur est normal (le parent n'est pas sourd). Le risque dans une famille atteinte est de un sur quatre à chaque conception et quel que soit le sexe. On a récemment identifié deux gènes responsables de cette forme de surdité : DFNB1 qui code pour une protéine de jonction cellulaire, la connexine 26 et DFNB2 qui code pour une protéine du cytosquelette des cellules sensorielles, la myosine VIIA.

2. Dans ce mode de transmission, un des deux parents est obligatoirement sourd, un individu ne peut pas être porteur de l'anomalie génétique sans être sourd lui-même et dans sa famille les non-sourds ne sont pas transmetteurs de l'affection.

## Références

Delaporte, Y., *Des noms silencieux. Le système anthropo-nymique des sourds français*. L'HOMME, 146/1998, pp. 7 à 45.

François, M., *Classification et traitement des surdités de l'enfant*, Editions techniques - Encycl. Méd. Chic, Paris, Oto-Rhino-Laryngologie, 20190 C<sup>o</sup>, 1991, 11 p.

Ito, J., Sakakibara, J., Iwasaki, Y., Yonekura Y., "Positron emission tomography of auditory sensation in deaf patients and patients with cochlear implants", *Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology*, 102, 292-301, 1993.

Goldin-Meadow, S. and Feldman, H., "The development of language-like communication without a language model", *Science*, 197, pp: 401-403, 1977.

Mottez, B., *A propos d'une langue stigmatisée: la langue*

*des signes*, Ecole des hautes études en sciences sociales, Centre d'études des mouvements sociaux, Rapport dactylographié, Paris, 1976.

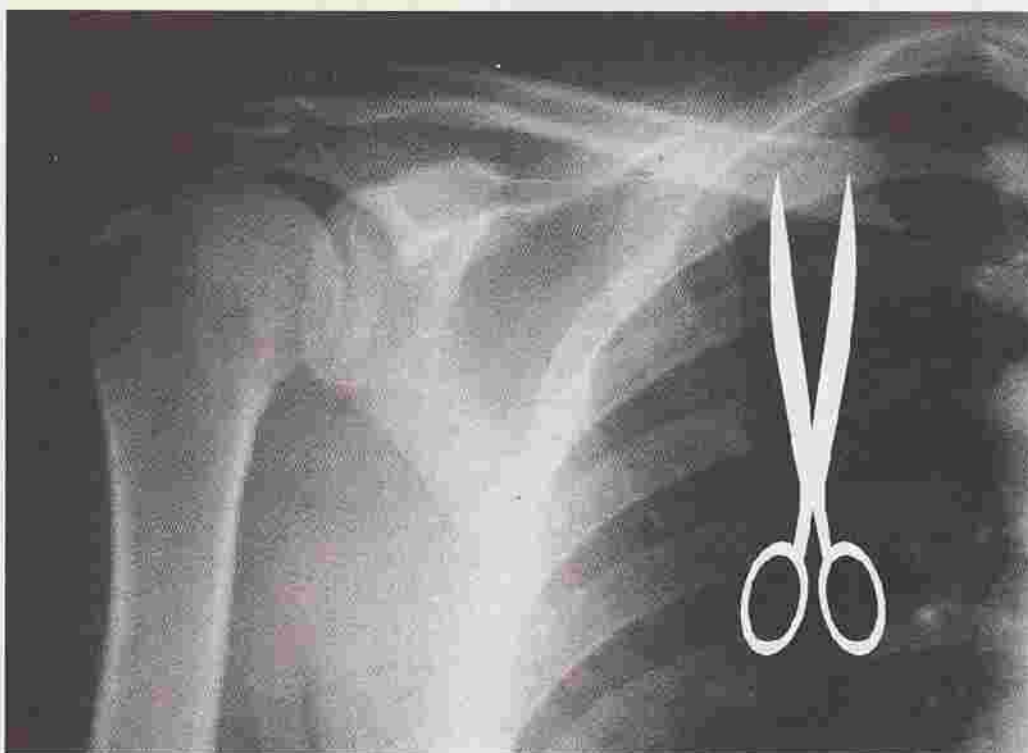
Nishimura, H., et al., "Sign language 'heard' in the auditory cortex", *Nature*, 397, 116, 1999.

Robertson, D., Irvine, D.R., "Plasticity of frequency organization in auditory cortex of guinea pigs with partial unilateral deafness", *Journal of Comparative Neurology*, 228:456-471,

Tort, P. (sous la direction de) *Dictionnaire du Darwinisme et de l'Evolution*, PUF, 3 volumes, Paris, 1996.

Vivole, B. et coll., *Psychologie de la surdité*, Deboeck Editions, Bruxelles, 1996.

Yau, S.C., "La genèse d'un signifiant - étude cratylenne du langage gestuel", *Langages*, 82, 1986, pp:101-109.





Denis Labayle

Gastro-entérologue.

# Petits arrangements avec la santé

Par l'organisation des études médicales, la gestion des hôpitaux, le contrôle du financement de la Sécurité sociale, l'Etat s'est taillé la part du lion dans la politique sanitaire du pays. A cela, rien d'anormal. Il est même surprenant que cette prise de conscience fut si tardive, la santé publique ayant été abandonnée pendant longtemps aux œuvres religieuses et au secteur marchand.

Nul ne peut nier aujourd'hui les acquis de cette politique républicaine, et personne ne contesterait le rôle de l'Etat si... malheureusement, la bureaucratiation intempestive, le développement d'une administration toute puissante, la suffisance de ses penseurs "attitrés" n'avaient fini par jeter un doute sur le sérieux de sa gestion, son aptitude à obtenir une qualité de soins au meilleur prix, sa capacité à

répondre et à s'adapter aux besoins de la population, et surtout son sens de l'innovation. Endormis sur leurs frêles lauriers, les responsables du pouvoir politique ont longtemps confondu la gestion de la santé publique avec celle de leur fief électoral, dépensant ou laissant dépenser sans compter. Les multiples réformes n'y ont rien changé, y compris la récente mise en place des agences régionales qui devaient rationaliser,

restructurer, libérer le secteur sanitaire de toute influence partisane et permettre une gestion de la santé au-dessus de la mêlée.

En pratique, il n'en est rien. Certes, on se donne un vernis de rigueur. On analyse, on chiffre, on établit des projets ambitieux apparemment raisonnables, et, à l'arrivée, on découvre un certain nombre d'aberrations, d'autorisations absurdes, directement influencées à la dernière minute par le coup de téléphone d'un député en difficulté pour les prochaines législatives, ou d'un ministre qui connaît un maire qui verrait d'un bon œil sur sa commune... Bref, on connaît la suite.

Quand on pose clairement les questions à ces hauts représentants de l'Etat : "Pourquoi avez-vous privilégié tel site d'urgence par rapport à tel autre, et ce, en totale contradiction avec vos propres analyses ? Pourquoi avez-vous maintenu tel établissement asilaire reconnu de tous pour son inutilité publique ? Pourquoi avez-vous décidé de reconstruire un établissement à deux pas d'autres structures où vous avez imposé une réduction du nombre de lits ? Pourquoi refusez-vous d'appliquer aux méga-structures les plus dispendieuses, les mêmes règles qu'aux autres ? ...", la réponse est toujours la même : "Il nous était impossible d'agir autrement. Vous voyez bien pourquoi... je ne vais pas vous faire un dessin".

Hier comme aujourd'hui, la politique sanitaire reste entièrement soumise au diktat des Grandes Gueules, des petits potentats qui sont les premiers à se scandaliser du déficit de la Sécurité sociale, à dénoncer la nécessité absolue de contrôler ces médecins inconséquents ou ces malades nomades et surconsommateurs. Au besoin, ils ne verront pas d'un mauvais œil le maintien ici et là de quelques brebis galeuses pour justifier leur position.

Les conséquences du caprice des uns et du laxisme des autres ne sont pas seulement financières; elles démobilisent surtout tous ceux qui, respectueux des deniers publics et de la qualité des soins cherchent des solutions pour que la Sécurité sociale reste un principe de base de justice sociale.

Et c'est ça, le vrai gâchis.

*Lettre à Philippe Meyer, chroniqueur à France Inter*

Dominique Le Houezec

Pédiatre.

Cher "chroniqueur matinal",

Vous trouverez ci-joint le compte rendu d'hospitalisation d'un garçon de cinq ans (dont j'ai bien sûr caché le nom par respect du secret médical). Ce courrier émane d'un service de pédiatrie d'un C. H. U. (Centre hospitalier universitaire) qui, comme son nom l'indique, est censé hospitaliser mais aussi enseigner la meilleure médecine à nos futurs médecins et chirurgiens.

Vous verrez en lisant ce bref compte rendu qu'il n'est point besoin d'être du corps médical (ni paramédical d'ailleurs) pour comprendre comment tout bien portant est toujours un malade qui s'ignore, comme le clamait ce bon collègue, le docteur Knock, il y a quelques décennies ! Vous verrez également que l'enfant en question a "bénéficié" d'une journée d'hospitalisation (prix de journée de quelques milliers de francs) pour une histoire de "pet de travers".

## Le sandwich SNCF

Que s'était-il passé exactement pour justifier ce séjour CHU-esque ? Notre pauvre garçonnet avait eu le tort de se plaindre d'un vague mal de ventre, une demi-heure après un repas absorbé dans le train qui le ramenait d'une classe verte... On lui a bien sûr fait subir le bilan "standard", sans rapport avec les symptômes allégués (pourquoi diantre explorer la coagulation d'un enfant qui dit avoir mal au ventre ?). Le tout a été complété par une "radiothérapie" de l'abdomen montrant quand même "une stase stercorale de tout le cadre colique", ce qui, traduit en bon français, signifie que ce cher petit s'était probablement retenu de réaliser quelques besoins naturels pendant la durée de cette classe verte (en langage bébé : qu'il n'avait pas fait son gros caca dans son "popot" favori...).

Bien évidemment, le lendemain, ce pauvre garçon fut quand même relâché, probablement après s'être lui-même libéré en soulageant la nature (mais l'histoire ne le dit pas). La conclusion de sortie émettait quelques doutes quant au diagnostic à porter car un point d'interrogation ponctuait deux savantes hypothèses diagnostiques ("virose avec douleurs abdominales ou adénite mésentérique?") Pour ma part, après avoir revu ce jeune garçon qui ne se plaint plus de rien (sauf de ce séjour imprévu et de ses contraintes inopinées), j'ai conclu à un "syndrome du sandwich SNCF".

Je compte sur votre bienveillance pour publier cette observation mirifique et pleine d'enseignements sur les ondes de notre radio nationale bien aimée.

A une période où la médecine de ville est montrée du doigt par nos énarques et menacée de sanctions financières dans le cadre d'une "chasse aux gaspés", cette anecdote prouve que nos collègues hospitaliers n'ont rien à nous envier. Eux aussi connaissent les hospitalisations inutiles, les examens abusifs et les diagnostics "bidons". La seule différence, c'est que dans nos CHU, ce sont des "Professeurs" qui sont en charge de ces services où l'on pratique une médecine pleine de science - parfois sans conscience - mais où, au moins, le progrès fait rage et le futur ne manque pas d'avenir !

*Un auditeur sachant auditer.*

Anne de Blazac

*Patiente diabétique.*

# Une vie de funambule

Un de mes amis, diabétique insulino-dépendant comme moi, se voit reprocher, dans un service de diabétologie connu, les "rajouts intempestifs" d'insuline qu'il se fait en hyperglycémie. "Vous avez une vue trop théorique de votre diabète", lui dit-on, "l'hypoglycémie est mauvaise pour l'organisme".

Ceci appelle, semble-t-il, plusieurs remarques :

- "trop théorique ..." Eh là, messieurs les diabétologues, à vous la palme de la théorie ! Nous, diabétiques, avons un avantage énorme que vous n'au-

rez jamais : la perception de notre état, la conscience de ce qu'il faut faire.

- "l'hypoglycémie est dangereuse pour l'organisme" mais pas pour mon ami qui la ressent aussitôt (même d'aventure dans son sommeil) et donc la corrige - pas forcément de façon intempestive. Et depuis

quand souligne-t-on les dangers de l'hypoglycémie (est-ce la dernière mode ?) en regard de ceux de l'hyper, bien plus réels ? Nous ne voulons pas, si possible, devenir aveugles, insuffisants coronariens, insuffisants rénaux, etc., etc. Notre grand objectif est d'approcher au plus près la normale puisque l'hyperglycémie modérée est un leurre...

Donc, viser "la normale".

Mais notre insuline substitutive n'est pas celle des bien portants, notre organisme ne connaît plus la glycorégulation - nous basculons souvent dans l'hypoglycémie. Là est le danger, non que nous ne puissions corriger cette hypoglycémie mais plutôt la corriger trop et provoquer le cercle vicieux hypo - hyper - hypo. Pour éviter cela, il faut être très attentif.

Mais attentifs, nous le sommes ; armés de nos lecteurs de glycémie (la plus grande découverte depuis l'insuline !), nous adaptons nos doses, faisons des "rajouts", collationnons, nous resucrons au coup par coup ; attentifs aussi aux petits et grands "épiphénomènes", (épisodes infectieux, stress, etc.) qui glissent sur les diabétologues mais tombent à mort sur notre équilibre précaire.

Voilà un très succinct aperçu de notre vie de funambules.

De grâce, à la première rencontre avec un diabétique et son diabète, essayez de les comprendre, mesurez vos critiques, épargnez-nous votre hauteur intellectuelle, ne nous faites pas tomber du fil !



**Corps pour corps ou l'engagement du désorceleur.** Dans les questions de responsabilité qui nous importent aujourd'hui, cela se joue à différents niveaux. D'abord celui de l'implication du désorceleur. Il s'engage physiquement dans la bataille. Certes, des rituels attestent du combat : faire sauter du sel dans une poêle brûlante ou transpercer un cœur de bœuf d'épingles. Mais au delà du rituel, c'est l'implication du désorceleur qui fonctionne.

"Corps pour corps, c'est lui qui y passe ou c'est moi." L'issue de la lutte n'est nullement évidente, car Crippon (le désorceleur), suant à grosses gouttes et secoué de spasmes, est contraint de rendre hommage à son adversaire surnaturel. "Vraiment, il est fort celui-là ! Je ne sais si je pourrais le maîtriser."

De même l'évocation d'un autre désorceuse, Madame Marie, montre combien "elle dormait jamais, la nuit, elle était travaillée, c'étaient les autres qui... réellement, c'est un enfer ce métier, faut lutter tout le temps". Pour Jeanne Favret Saada, quand "on accepte de tenir la position de désorceleur, le devenir de son patient devient son unique souci, voir à temps les dangers qui le menacent, venir les lui dire et engager sur le champ des combats sans merci : c'est accepter de jouer sa vie pour éviter à son patient d'avoir à le faire lui-même".

Pour elle, "s'il y a peu de doute que le désorceleur trouve là une jouissance immense qui, à son sens, constitue son paiement réel. L'argent échangé venant simplement inscrire cette jouissance dans des médiations symboliques acceptables -, il reste que d'occuper cette place de volontaire de la mort suppose un courage et une force extrêmes".

Jeanne Favret Saada constate l'ambiguïté suscitée par ce métier. "C'est pourquoi, s'il arrive parfois que tel ou tel individu se voit reconnaître la "force" magique et proposer l'initiation par un

désorceleur, on ne s'étonnera pas que la plupart des élus refusent de s'y engager plus avant et reculent à l'idée d'occuper ce qui leur reste d'années à vivre dans l'enfer de ce métier."

**Rendre le mal pour le mal ou la responsabilité de l'ensorcelé.** Le pouvoir du désorceleur qui affronte le surnaturel suscite de la fascination auprès de tous ceux qui écoutent ces récits. Mais, en y regardant de près, la responsabilité de l'ensorcelé est plus cachée, mais extrêmement présente. D'abord, il faut qu'il accepte d'entendre la parole de l'énonciateur. "Avant on n'y croyait pas trop. On pouvait pas imaginer des tours pareils. Dire que sans eux (les énonciateurs) on aurait jamais compris ce qui arrivait.". L'ensorcelé assume d'y croire tout en prenant toutes les précautions oratoires pour ne pas être traité "d'arrière".

Ensuite, c'est à l'ensorcelé de chercher, puis de nommer celui qui pourrait lui vouloir du mal, le sorcier présumé. Cette responsabilité est empreinte de peur et d'ambivalence, puisque le terme employé n'est pas "accuser" mais "se douter sur". Comme si l'ensorcelé avançait une accusation, mais avec une prudence extrême liée à la gravité des enjeux.

Enfin, c'est à lui d'accepter de vouloir explicitement la mort du sorcier présumé. Le désorceleur s'engage, mais la seule condition que la demande soit explicite. Le désorceleur précise : "Si vous voulez pas, je m'en vais, mais faut rendre le mal par le mal, sinon ça me porte trop fort, j'en suis pas capable".

Habituellement, les ensorcelés sont pris dans un système manichéen, où ils sont en légitime défense, ils sont du côté du bien, face au mal et acceptent de "rabattre le sort".

Mais il se peut que l'ensorcelé prenne peur et refuse le concours du désorceleur. Car il ne s'agit pas de folklore, mais d'un discours extrêmement puissant, efficace. Jeanne Favret Saada relate l'his-

Vingt ans après la sortie de ses ouvrages et notamment de *Les mots, la mort, les sorts* et *Corps pour corps*, les interrogations de Jeanne Favret Saada restent fécondes pour essayer de comprendre quelque chose dans ce foutu métier de médecin et pour mieux berner les actions de chacun.

Elisabeth Maurel-Arrighi

Médecin généraliste.

Cerner la responsabilité de chacun des protagonistes engagés dans la démarche thérapeutique, tel a été l'objet de ce dossier de *Pratiques* : jusqu'où et comment sont responsables le médecin, le patient, les spécialistes, les gestionnaires et les instances juridiques ? Pour éclairer notre réflexion, nous avons choisi de faire un détour par un autre registre du soin, celui qui est mobilisé dans la crise de sorcellerie.

Pour un certain nombre d'entre nous qui avons commencé l'exercice de la médecine générale, vers la fin des années soixante-dix, au moment de la parution des livres de Jeanne Favret Saada, cette enquête sur la sorcellerie dans le bocage de l'Ouest de la France nous avait beaucoup impressionnés tant par la finesse du travail ethnographique que par la singularité de la posture de l'auteur qui s'était retrouvée "prise" dans les enjeux de la sorcellerie.

**La crise de sorcellerie.** Pour Jeanne Favret Saada, le discours sur les sorts dans la société bocagère est une mise en forme symbolique des questions avec lesquelles chacun se débat ordinairement en silence : la violence, les vœux de mort et la peur de la mort.

L'attaque de sorcellerie peut se résumer ainsi. Un paysan du bocage se dit ensorcelé, et non simplement "pas chanceux" quand il est confronté à une série de malheurs qui se répètent, quand les savoirs institués comme la médecine ou la religion se sont avérés inefficaces, et quand, condition indispensable, un ami ou un voisin fait office d'énonciateur "pour avoir lui-même été victime d'un sort auparavant". "Y aurait pas quelqu'un qui par hasard te voudrait du mal ?". Un désenvoûteur est alors requis. S'il s'agit d'un petit sort, on pourra se contenter d'un désenvoûteur "pour le bien" qui donnera des protections contre les attaques du sorcier présumé. Mais si le sort est "dur", il faudra recourir à un désorceleur "pour le mal", capable de "rendre le mal pour le mal", capable d'affronter par des procédés magiques le sorcier présumé. La nomination du sorcier présumé sera l'affaire de l'ensorcelé et non du désenvoûteur. Elle ne sera jamais publique.

## Responsabilité : la leçon des désorceleurs du bocage

*Jeanne Favret Saada, ethnologue, est l'auteur notamment de Les mots, la mort, les sorts, Gallimard, Paris, 1977 et Folio Poche, 1985, et coauteur, avec Josée Contreras, de Corps pour corps, enquête sur la sorcellerie dans le Bocage, Gallimard, Paris 1981.*



toire d'un couple qui avait hésité à faire appel au désorceleur "pour le mal", puis qui avait dû s'y résoudre devant l'aggravation de leur symptôme. Après le rituel, la sorcière présumée était tombée malade, avait été hospitalisée et était morte dans un tableau que les médecins avaient qualifié d'anxiété vive, avec des propos stéréotypés "j'ai peur", associée à un accident vasculaire cérébral. Selon les mots de Jeanne Favret-Saada, "on peut se demander si l'accident lui-même n'a pas été provoqué par la terreur de se savoir sous le coup d'un rituel destiné à la mettre à mort". Dans cette histoire, l'ensorcelée avait été prise d'une part dans la nécessité de se défendre des agressions répétées de la sorcière présumée qui mettaient en péril toute sa famille et d'autre part dans la "honte" de l'avoir assassinée.

Enfin, il est de la responsabilité de l'ensorcelé de garder toutes les protections, le sel béni, les clous tordus conçus pour "rabattre le sort". Il doit éviter le sorcier, ne pas entrer en contact physique avec lui, ne pas se laisser toucher par lui, mais aussi ne pas baisser les yeux.

**Une affaire de place ou la responsabilité du sorcier présumé.** Et les sorciers ? Qui sont-ils ? On n'a jamais vu de sorcier poser des charmes pour ensorceler sa victime. Par définition, le sorcier agit en secret, la nuit et toute surveillance est illusoire. Quand on a identifié un sorcier, "ce n'est pas pour le fréquenter, mais pour l'éviter". Il ne faut pas lui donner prise. De plus, il n'y a pas un seul sorcier désigné par un village, mais des désignations de place dans des relations duelles : untel est le sorcier présumé d'untel. Cela dépasse la question des inimitiés et des jalousies de village. Selon les mots de Jeanne Favret-Saada, "chaque fois qu'un individu peut se dire ensorcelé, il faut qu'il désigne un sorcier. Il y a donc exactement autant de sorciers que d'ensorcelés. La question est de savoir comment les accusés parviennent à s'arranger d'une semblable imputation, puisqu'ils se savent au

moins innocents de posséder "des livres" et de s'en être servis pour poser des charmes". Selon l'expérience de l'auteur, "trois voies sont ouvertes aux sorciers présumés.

Soit l'accusation les atteint de plein fouet : certes, ils savent pertinemment qu'elle est matériellement fautive, mais ils sont à ce point convaincus de l'efficacité magique du désorceleur qu'ils se conduisent désormais comme des condamnés à mort.

A l'inverse, il peut arriver qu'un sorcier présumé réponde à l'accusation par l'ironie et le sarcasme, "je ne suis pas coupable, puisque les sorts n'existent pas". Mais souvent en fait, en avançant dans la conversation, le sorcier invoque pour preuve de son innocence le fait que le rituel ne l'ait nullement atteint alors que perdurait le malheur de ses victimes supposées".

Enfin, certains sorciers présumés déclarent ne pas y croire, mais de fait, après cette accusation, ils sont pris dans la répétition. Ils sont alors engagés, parfois pour de longues années, dans un processus de réinterprétation de leur histoire jusqu'à ce qu'ils aient réussi à la présenter comme celle d'un ensorcelé ordinaire.

Quand on est victime d'un sort, on a légitimité à faire appel à un désenvoûteur qui provoquera la faillite de son sorcier. Mais tout dépend de la place où on se situe dans la chaîne de responsabilité : le désorceleur qui défend sa victime se conduit de fait comme un sorcier face à celui qui avait été désigné comme sorcier présumé.

**Quant l'ethnographe se retrouve "prise".** Les soignants que nous sommes ont beaucoup à apprendre de Jeanne Favret-Saada : bien sûr, autour de ce qu'elle a élucidé sur le soin en sorcellerie mais aussi par sa démarche singulière d'ethnographe.



Après avoir étudié la régulation de la violence en Afrique du Nord au travers de la vendetta, elle a donc choisi de l'étudier dans le bocage de l'Ouest de la France au travers des histoires des sorts. Elle s'est installée sur le terrain, et jour après jour, a rencontré des "indigènes" qui, systématiquement, ont refusé d'en parler.

Un jour, tout a basculé. Parce qu'ils lui ont attribué une "force", des paysans ont demandé à Jeanne Favret Saada de les désenvoûter. Un autre ensorcelé, qui a deviné sa peur, lui a annoncé qu'elle était "prise" et l'a adressée à sa désorceleuse.

On lui attribue les caractéristiques du désorceleur : celui qui a "le sang fort" mais "les mains qui tremblent" et qui est "travaillé" - et, en même temps, les qualificatifs de l'ensorcelée qui est "prise".

Voilà donc un chercheur pétri de culture scientifique qui sort de sa position d'extériorité pour travailler à partir de sa subjectivité et de son implication.

**Et nous ?** En quoi tous ces récits nous importent ?

Nous apprenons d'abord qu'il y a pire que notre métier de médecin ! Que d'autres, les désenvoûteurs, sont pris dans un "enfer où il faut lutter constamment". Les ethnographes, eux aussi, sont "travaillés" au plus profond d'eux-mêmes par leur sujet. Que ce soit en sorcellerie, en ethnographie ou en médecine, ce qu'il y a de sûr, c'est qu'on ne peut impunément écouter des récits où la violence et la peur de la mort sont omniprésents. On ne peut être qu'en être affecté. A partir de là seulement, on peut écouter, comprendre, conceptualiser.

Nous notons ensuite que là-bas, aussi, tout se joue autour de la parole. En sorcellerie, Jeanne Favret Saada précise : "*La parole, c'est la guerre!*". Villageois ou ethnographe, on est obligé de choisir sa place, celle de l'ensorcelé, de l'énonciateur, du désenvoûteur ou du sorcier. La parole sera ordinairement très prudente mais quand elle sera

énoncée, ses effets seront très puissants. En médecine aussi, la parole est fondamentale, même si l'hôpital l'oublie, ou si certains médecins croient qu'il s'agit de "communication", d'un emballage pour vendre de la manipulation et de l'observance. Et pourtant, nous le savons, le soin s'appuie sur l'écoute et la parole, une parole incarnée cohérente avec ce que le soignant a dans l'esprit et le cœur.

Au point où nous en sommes de notre réflexion, après ces détours par la sorcellerie et l'ethnographie, essayons de recentrer la question de la responsabilité dans notre métier. Comment continuer à faire ce métier, sans trop de périls pour nos patients et pour nous ? Quelles règles de métier pouvons-nous élaborer ? De quoi avons-nous besoin, de quoi ont besoin nos patients ? Une réponse provisoire consisterait à dire que nos patients et nous mêmes avons besoin de soignants, vivants, qui s'engagent et qui bornent.

**Le parti de l'implication et de la subjectivité.** Jeanne Favret Saada raconte très finement comment les médecins dans le bocage sont impuissants à entendre et à soigner les ensorcelés, car ils ont fait le choix de rester à distance. Comme si tenir le parti de l'objectivité en même temps que celui de la subjectivité leur était impossible, comme s'ils se mutilaient et mutilaient leurs patients.

Et pourtant... Même s'il est rare qu'on nous raconte des histoires de "sorts", nos patients sont aussi "pris" dans des fictions symboliques qui sous-tendent leurs symptômes. Nos patients nous attendent là, être pris au sérieux tant dans leur réalité biomédicale que aussi dans la réalité de leurs récits symboliques. Ils attendent que nous nous engagions dans tous nos registres.

Comme d'habitude, le fond et la forme sont liés.

Le même mouvement et le même engagement nous portent à la fois dans le "concret" de nos attitudes en consultation, dans la pertinence de nos décisions médicales, et dans la mobilisation de notre imaginaire. L'engagement peut passer par des choses apparemment tenues, et pourtant très fortes qui attestent que l'on est du côté du patient. Des gestes ordinaires, un pansement pour un bobo, de simples mots "Ce n'est pas juste ce qui vous arrive", le fait de décrocher son téléphone pour prendre un rendez-vous en urgence pour le patient... Des détails qui vont faire basculer les choses du côté du soin et de la vie, surtout si, auparavant, il n'y avait eu qu'abandon et mort.

L'engagement passe aussi par l'énergie de l'examen clinique, par la rigueur de la démarche décisionnelle, par la mise en œuvre de notre savoir et de notre intuition.

Enfin, nous nous engageons en identifiant des espaces imaginaires communs avec le patient, les souvenirs, les chagrins, les rêves, prenant appui sur notre capacité d'être à l'écoute de nos propres récits symboliques. Le plus souvent, le patient n'en saura rien. Il devine juste une empathie, mais parfois, quand le danger plane fort, nous sommes amenés à énoncer quelque chose de cette subjectivité. Les patients ont besoin d'être sûrs que leur médecin a senti quelque chose de leur paysage imaginaire pour s'engager dans une démarche de soin. Certains un peu. D'autres, beaucoup. De toute façon, c'est, nous semble-t-il, un détour du soin obligé. On est évidemment bien loin de la conception du soin qui prévaut dans le discours hospitalier ou chez nos gestionnaires.

**Etre aux côtés et non pas à la place, borner notre métier.** En relisant l'œuvre de Jeanne Favret Saada, on se souvient davantage de l'engagement du désorceleur que de sa façon de borner son travail car si le désenvoûteur endosse le combat magique et s'interpose contre le sor-

cier, il exige de l'ensorcelé qu'il assume sa demande et les conséquences du rituel.

Pour nous, en médecine, nous l'avons vu, il y a nécessité d'engagement, sous un mode bien sûr différent de celui du désorceleur. Mais cet engagement n'œuvre que s'il se borne. Ce sont les conditions pour à la fois nous risquer dans le métier du soin et faire crédit à l'autre du fait qu'il peut agir. Le paradoxe de l'engagement dans le soin est qu'il ne remplit son rôle qu'en étant adossé à une position de modestie, qu'en tentant d'éviter les dangers de la toute puissance et du déni de la mort.

Il suppose d'assumer le paradoxe de notre propre force et de notre propre fragilité. Alors seulement, pourrons nous demander de l'aide à notre patient pour qu'il se mobilise et nous aide à nous mobiliser. Aux autres patients qui nous ont appris notre métier au travers de leurs histoires. Aux collègues à qui nous saurons avoir recours.

Certes, parfois, nos patients sont dans un tel péril physique, social et/ou psychique, que nous nous sentons obligés de nous interposer de toutes nos forces contre leur malheur. Mais il s'agit de s'interposer avec eux et non pas à leur place. Bien sûr, la condition préalable est que nous nous soyons nous mêmes interposés contre notre propre mort et nos propres malheurs. Que dans le quotidien de notre vie, nous nous protégeons, que nous nous offrons la même sollicitude qu'à nos patients. Pour bien travailler, il faut se garder en forme, cela fait partie de notre responsabilité. Alors seulement, le patient pourra prendre appui sur le soignant pour mener son propre combat. Alors seulement, le médecin pourra solliciter les ressources du patient et faire appel à d'autres si besoin.

C'est sans doute dans cette intrication subtile de l'engagement et du bornage que nous pouvons espérer soigner, mais aussi tenir, au milieu des dangers de ce métier.



Marc Zaffran / Martin Winckler

Médecin généraliste et écrivain.

# La menace fantôme

## (le médecin, son malade et l'ordinateur)

L'ordinateur est le meilleur allié du médecin. Je parle de l'ordinateur personnel. Celui qu'on a choisi, qu'on a installé seul ou avec un copain, qu'on investit, qu'on apprivoise, qu'on utilise comme sa voiture - pour joindre l'agréable à l'utile. C'est un outil extraordinaire et je ne comprends pas que tous les généralistes n'en soient pas déjà équipés. Rendre facilement accessibles les informations vitales dont peut avoir besoin un patient, optimiser l'organisation de ses propres dossiers et communiquer mieux avec ses

confrères, ça ne m'est jamais apparu comme une perspective dangereuse ou scandaleuse, au contraire.

Mais l'ordinateur a mauvaise réputation auprès des médecins français. Ils accusent la Sécurité sociale de les obliger à s'informatiser pour contrôler leur activité - mais elle le fait déjà. Ils

souçoignent les pouvoirs publics de vouloir fichier les citoyens - mais c'est déjà le cas depuis longtemps. Les opposants à l'ordinateur oublient (ou ignorent) qu'un dossier médical informatique a exactement la même caractéristique fondamentale qu'un dossier en papier : *il ne contient que ce qu'on veut bien y mettre*. À l'opposé, il présente des avantages considérables : on ne perd plus son temps à chercher un renseignement, une adresse, une date, un nom, un traitement ; on ne croûle plus sous les enveloppes gorgées de courriers, de résultats d'analyses, de doubles d'ordonnances. Un dossier peut être conservé dans peu de place, sous une forme toujours facile d'accès. L'informatisation des cabinets médicaux ne fait pas courir de risque supplémentaire pour la vie privée des patients, mais une *protection* accrue. Car l'un des grands intérêts de l'informatique, c'est justement de pouvoir traiter séparément les données "sensibles", confidentielles, et celles qui ne le sont pas.

Je m'explique : de quelles informations un malade chronique a-t-il vraiment besoin quotidiennement ? De celles qu'il porte sur des bouts de carton dans son portefeuille, sur une gourmette ou un bracelet spécial, un badge ou un collier : groupe sanguin ; mention d'un traitement par l'insuline, par les extraits thyroïdiens, par le cortisol ; mention d'une allergie à un antibiotique ou d'un asthme chronique, etc. Tout cela, qui n'est pas vraiment "sensible", peut figurer (sous une forme moins visible) dans la puce d'une



carte type "Vitale". On peut aussi mettre dans la puce des informations non confidentielles mais facilitant la prise en charge d'un patient momentanément incapable de parler : numéros de téléphone des proches, coordonnées du/des médecins traitants et services fréquentés, nature et posologie des médicaments habituellement prescrits, etc. L'avantage de ce mini-dossier personnel (la puce de la carte), c'est de pouvoir être mis à jour à chaque consultation (par chaque médecin), ce que ne permettent ni les cartes en papier, ni les gourmettes, ni les badges...

Le vrai dossier médical, en revanche, celui que met à jour le généraliste, est inaccessible, sauf pour le médecin et le patient lui-même (pour simplifier la démonstration, on supposera qu'un médecin digne de ce nom se considère comme le dépositaire des informations sanitaires concernant le patient, non comme leur propriétaire...)

Ce dossier-là peut contenir toutes les informations imaginables, depuis les notes prises en consultations jusqu'aux résultats d'examens importants, en passant par les comptes rendus d'hospitalisation reçus par fax et, grâce à un simple scanner feuille à feuille, le double des courriers manuscrits. Connecté à une prise téléphonique, l'ordinateur permet, sans avoir à s'inquiéter de l'heure de la dernière levée ou de la perte d'une enveloppe, de transmettre ou de recevoir quasi-instantanément des documents sous forme écrite, sonore, et même des images radiographiques ou échographiques numérisées (ne haussez pas les épaules, c'est déjà chose courante dans les pays scandinaves et anglo-saxons).

Outre leurs extraordinaires possibilités de stockage et de rangement (la fonction "Rechercher" de Windows est l'une des plus belles réalisations de l'humanité depuis l'invention de l'imprimerie), les ordinateurs personnels permettent, de

plus, de séparer les divers types d'informations. Le médecin hospitalier ou libéral qui tient un fichier informatisé peut parfaitement partager certains documents avec ses collègues et en protéger d'autres totalement (les membres d'une entreprise qui travaillent en réseau font ça tous les jours). Ce qui signifie que des informations importantes peuvent, en cas d'urgence, être récupérées en se connectant à un fichier "partagé", tandis que les données proprement confidentielles le resteront. Si vous n'êtes pas équipé de ce type de système, pensez que votre secrétaire, celui de vos associés que vous ne pouvez pas piffer, un médecin extérieur au service ou simplement votre fille de quinze ans, peut parfaitement fouiller dans votre armoire (pendant la journée, elle n'est pas verrouillée), en sortir le dossier qui l'intéresse, et dévorer ce que vous avez écrit au sujet de la jeune dame du 12 ou du beau-frère de leur meilleure amie.

Quand je tenais des fiches manuscrites, j'avais l'habitude d'y écrire des choses du style "Elle m'emmerde !" ou "Il déconne complètement en ce moment !" L'informatique permet enfin au médecin de consigner parallèlement, en toute quiétude, les observations "objectives" concernant un patient et les réflexions "subjectives" qui constituent son "journal personnel". Le jour venu, il ne lui est pas difficile, ni inconfortable, d'imprimer un double du dossier de consultation et de le remettre au patient qui le réclame : s'il s'y est bien pris, ce qu'il lui donne sera précis, utile, mais ne contiendra rien d'inconvenant.

Cela pourra surprendre, mais l'ordinateur personnel m'apparaît également comme un indispensable outil de contre-pouvoir. L'Etat, la Sécurité sociale, les assurances ne doivent pas être les seuls à en disposer. Les citoyens qui en ont les moyens - et particulièrement ceux qui soignent les autres - doivent en disposer aussi. Posséder un ordinateur et une connexion à

l'Internet c'est sortir de l'isolement, c'est élargir sa pratique et ses possibilités de partager les expériences. C'est se donner, par exemple, les moyens de consulter des sources *indépendantes* sur le médicament - et de gagner du temps en ne recevant plus les visiteurs médicaux ; c'est se permettre de correspondre aisément, et pour une somme modique, avec des soignants vivant à l'autre bout du monde ou, simplement, dans une autre ville. Celui ou celle qui n'a pas encore eu l'occasion d'échanger réflexions et interrogations avec des médecins travaillant ailleurs se prive de rencontres plus qu'enrichissantes.

Grâce à un ordinateur et aux réseaux informatiques, chaque médecin peut mettre quotidiennement à jour ses connaissances et apprendre beaucoup des usagers. Il y a quelques mois, rédigeant un livre sur les troubles du sommeil, je me suis demandé ce que j'allais pouvoir écrire de pas trop con dans un chapitre sur la mort subite du nourrisson. Je ne pouvais pas être exhaustif, je ne voulais pas être terroriste, je voulais seulement *dire quelque chose d'utile*. Je me suis connecté à mon "moteur de recherche" habituel et je suis tombé sur un site international (en anglais) entretenu par une association de parents et de soignants. Dans l'édito de la page d'accueil (écrit pour les parents qui redoutent une MSIN), il y avait une phrase toute simple, autour de laquelle j'ai construit mon chapitre : "Quoi qu'il arrive, vous devez garder à l'esprit que, sur 1.000 nourrissons qui naissent, 998 ne mourant pas de MSIN". Je n'avais jamais vu cette idée rassurante formulée de cette manière dans un livre de médecine... "Ouais, mais sur l'Internet, les sites médicaux scientifiques sont toujours en anglais..." me dira-t-on. Les médecins belges, suisses et québécois parlent et écrivent dans la même langue que nous, et leurs sites de bibliographie scientifique sont cent fois plus développés que les nôtres. Revenez donc vous plaindre quand vous en aurez fait le tour.

Eh oui, malgré tous ses avantages, l'ordinateur

est encore honni par trop de médecins français ! Pour bon nombre d'entre eux, ce rejet traduit à mon sens un manque de goût pour le soin : quand un ouvrier n'aime pas son boulot, inutile de s'attendre à ce qu'il investisse son temps et son attention dans l'amélioration de ses outils.

J'entends aussi de bons médecins refuser de s'informatiser sous des prétextes qui font sourire : le fonctionnement d'un PC les rebute, leur maladresse devant un clavier les paralyse... Franchement, ça ne tient pas debout : pour piloter un ordinateur, la dactylographie n'est pas indispensable : deux doigts et une souris suffisent et, pour les vrais paresseux, il existe aujourd'hui d'excellents programmes de reconnaissance vocale : vous murmurez dans un micro et le texte s'affiche. Quant au fonctionnement d'un PC... Mon petit dernier, Martin, 18 mois, sait très bien comment allumer ou éteindre ma bécane. Et il a déjà repéré que la frappe de certaines touches a des conséquences bien précises (un hurlement de son père, par exemple). Alors, c'est peut-être à la portée d'un diplômé de la faculté...

Le dernier motif qu'invoquent les bons médecins est la crainte de voir l'ordinateur s'interposer entre le médecin et le patient. La machine, par sa présence même, risquerait de nuire à la relation de soin. Même si cette crainte les honore, il s'agit d'un pur fantasme. Pour que l'ordinateur "tue" la relation, il faut et il suffit que le médecin n'ait pas de goût pour la relation. Les médecins de cette catégorie se cachent déjà derrière leur appareil à ECG, leur échographe ou, simplement, leur bureau. Un PC n'y changera rien. Mon meilleur ami, excellent généraliste membre actif de deux groupes Balint, utilise un ordinateur dans son cabinet depuis plus de dix ans. Ça n'a jamais perturbé ses relations, pas plus que le téléphone. Quand ça n'arrête pas de sonner, il laisse décroché. Et lorsque l'écran de son ordinateur gêne le patient, il l'éteint.



Stanislas Tomkiewicz, *L'adolescence volée*, éditions Calmann Lévy (coll. Le passé recomposé), Paris, 1999.

Jean-Pierre Aubert

Médecin généraliste.

Stanislas Tomkiewicz ? Un enfant d'un peu plus de soixante-dix ans. Regardez la photo de couverture : le gamin n'a pas bougé, il a les mêmes yeux pétillants, le même sourire moqueur. C'est à lui que l'adolescence a été volée, c'est pourquoi il est resté un enfant. Son nom, et son âge, vous diront peut-être où on la

lui a volée : à Varsovie, dans le ghetto. Tom (je n'ai jamais entendu personne l'appeler Stanislas, lui-même a dû oublier son prénom), cinquante ans plus tard, commence par raconter un peu. Rassurez-vous, ce n'est pas un livre sur la liquidation du ghetto, ni sur les camps. Tom se trouve trop modeste pour écrire sur ce sujet. Alors il

donne des détails, des détails insignifiants dit-il... sur la (sur)vie de tous les jours, alors, sur ses peurs d'enfant, sa prétendue lâcheté, et sur sa passion de la fuite. Tom a vu l'insurrection et la liquidation du ghetto depuis les toits - son domaine et son refuge. Fuyard professionnel, il savait qu'un jour il lui faudrait sauter d'un train : alors dans le ghetto, il s'entraînait à sauter de hauteurs de plus en plus grandes. Et, le jour venu, Tom a sauté : il a sauté du train de la mort, en pleine campagne polonaise. Et il vit. Il vit de toute ses forces.

Il fallait ce détour pour comprendre comment cet homme est devenu l'un des plus grands spécialistes français de l'adolescence et l'un des meilleurs théoriciens des violences institutionnelles.

Arrivé en 1945 en France, après Bergen-Belsen (sauter du train n'avait pas suffi pour éviter les camps), sans autre possession que ses vêtements, il a réalisé, à toute vitesse, le rêve qui l'habitait depuis l'enfance : aller à Paris, devenir médecin puis neuropsychiatre, être un grand professeur de la Salpêtrière. Mais les camps l'avaient rendu trop clairvoyant. Tom voyait ce que les autres ignoraient : il saisissait l'incroyable univers de haine et de mépris des malades qu'était la neuropsychiatrie des années cinquante. Il savait la réalité de la violence administrée au patient par de grands professeurs prétentieux, relayés par une kyrielle de jeunes savants respectueux de l'ordre établi. Et cette haine moutonnière lui rappelait quelque chose. Alors Tom n'est pas devenu professeur, la noble ins-

# L'adolescence volée



titution s'est méfiée de lui (il faut dire qu'être à la fois juif, polonais et communiste, cela n'aide pas à se faire coopter par une caste de neuropsychiatres, à l'époque majoritairement pétainistes).

Il a choisi de se consacrer aux victimes de ces violences. Avec des enfants encéphalopathes d'abord, à la Roche Guyon, avec des adolescents délinquants, ensuite, à Vitry. A travers les récits de ces deux expériences, qui forment l'essentiel de l'ouvrage, on voit se construire une éthique professionnelle, sur les principes que le gamin polonais avait acquis de Korczak, pédiatre polonais théoricien du respect de l'enfant dès les années vingt. "L'AAA" n'est pas un avatar anti alcoolique, ni une marque d'andouillette. C'est un concept opératoire : l'attitude authentiquement affective. Ce que Tom théorise, c'est la possibilité d'un investissement affectif du thérapeute, qui mobilise la totalité de sa personne, tout en respectant l'autre. Une sorte d'amour, mais qui s'interdit de devenir dévorant. Les risques sont grands, mais on avance, dans un cadre de vérité intérieure, d'authenticité, de respect mutuel.

Tom n'a cessé de rendre aux adolescents qu'il a côtoyés l'amour et la dignité qu'à lui, comme à eux, on avait volés.

J'ai rencontré Stanislas Tomkiewicz en 1979, dans un petit groupe qui dénonçait les théories comportementales comme outil de violence institutionnelle. J'ai une dette envers cet homme. Il m'a fait comprendre, en quelques entretiens, le fondement de mon travail de médecin généraliste : il n'est pas possible de soigner quelqu'un sans y mettre, authentiquement, une part de soi-même. Les menteurs, les hypocrites, sont voués à l'échec. A l'époque, je ne savais pas les "détails" car Tom ne parlait pas du ghetto ni des camps. Mais j'avais déjà compris le lien qui permettait à ce rescapé d'être plus clairvoyant que moi sur la nature humaine.

Lisez ce petit livre. Lisez-le à haute voix, avec un fort accent polonais, en ponctuant votre lecture d'éclats de rires : vous aurez un petit morceau du vrai Tom, tel qu'il est : un grand enfant rieur de soixante-douze ans.

Jean-Pierre Peter, historien et directeur d'études à l'École des hautes études en sciences sociales, nourrit depuis longtemps une passion intellectuelle pour le marquis de Puységur (1751/1825), ce militaire cultivé d'origine noble qui découvre l'inconscient avant l'heure.

On lui doit la réédition des œuvres -accompagnées d'une présentation historique et critique- de ce personnage d'une audace et d'une liberté intellectuelle rares, occupé à construire une pratique et une théorie médicale d'une modernité étonnante. Développant pour les dépasser les travaux de F.A. Mesmer (1734-1815) sur le "magnétisme animal" et le "fluide universel", Puységur découvre et conceptualise, autour du "somnambulisme provoqué", les bases d'une psychothérapie verbale. N'en déplaît aux gardiens du temple de la psychanaly-

se, le marquis de Puységur apparaît bien comme un précurseur génial de notre cher Sigmund, qui, avec plus de cent ans d'avance, explore le pouvoir thérapeutique du langage. Passionnant, le récit de la prise en charge thérapeutique par Puységur du jeune Alexandre Hébert, présentant de graves troubles psychologiques jugés incurables par ses contemporains. Avec une dimension très proche de celle que nous pouvons avoir aujourd'hui dans l'exercice de notre métier de médecin généraliste, Puységur observe, dialogue, échange avec son malade. Il est à l'évidence dans un accompagnement thérapeutique fait d'empathie et de pragmatisme. Il considère le jeune Hébert comme porteur d'un savoir sur sa propre souffrance qu'il travaille avec lui dans un dialogue thérapeutique fructueux. Du rôle actif du malade qui, dans un cheminement difficile avec son thérapeute se dirige vers le soulagement de sa souffrance... Tout un programme qui reste complètement d'actualité et ce d'autant si l'on considère les progrès encore très modestes que nous avons fait depuis lors, dans le traitement des maladies psychiatriques, telle celle dont était porteur le jeune Alexandre.

Patrice Muller

## Le marquis de Puységur : découvreur oublié de l'inconscient

*Un somnambule désordonné ?  
Œuvres du marquis de Puységur publiées et présentées par Jean-Pierre Peter, éditions Institut Synthelabo, coll. Les empêchés de penser en rond, Paris, 1999.*

## Entretien avec : Jean-Pierre Peter

Jean-Pierre Peter est historien et directeur d'études à l'École des hautes études en sciences sociales, Paris.

*Nous avons voulu poursuivre, avec Jean-Pierre Peter, notre dialogue, par-delà l'histoire, avec ce marquis hors normes et passionnant. C'est ce que nous faisons dans cet entretien que nous avons mené avec Geneviève Busson, chercheur en anthropologie.*

**Pratiques :** Apparemment, votre livre a été mal reçu par l'establishment de la psychanalyse. Comment cela s'est-il manifesté ?

**Jean-Pierre Peter :** Mal reçu, c'est trop dire. Simplement, le silence. Cependant deux psychanalystes tenant une chronique littéraire, Elisabeth Roudinesco dans *Le Monde* et Michel Plon dans *La Quinzaine Littéraire* ont écrit chacun un gros article qui m'ont, ensemble, laissé perplexe. D'une part, ils saluent l'un et l'autre cette réédition (la première depuis près de deux siècles) et en font un événement de la saison. D'autre part, E. Roudinesco, très disert, a essentiellement repris les éléments fournis par la substantielle présentation que j'ai faite de l'ouvrage mais ne me nomme pas, sinon dans les trois dernières lignes pour me dénier toute compétence. L'article de Michel Plon mentionne plus positivement mon travail, mais me fait grief de critiques apparemment offensantes envers diverses personnes, d'hostilité en particulier envers Freud et d'interprétations fauses. Il me reproche ainsi d'avoir estimé que la psychanalyse académique n'avait jamais accordé la moindre attention ni reconnu aucune valeur à l'apport de Puységur. Or je constate que, dans le gros *Dictionnaire de la Psychanalyse*, paru l'an dernier, et dont M. Plon est le coauteur, il n'y a pas d'article "Puységur". N'est-ce pas révélateur, alors que Mesmer y figure ? D'autre part, j'ai en effet égratigné le grand critique Jean Starobinski (pour qui j'ai par ailleurs la plus vive admiration), qui dans

un texte ancien, à mon sens regrettable, a voulu ignorer le caractère novateur des cures puységuriennes pour n'y voir que la volonté de puissance d'un marquis sur ses sujets...

Pour ce qui est de Freud, le reproche engage des choses plus complexes. Il me semble qu'une partie (je dis bien une partie) du corps professionnel des analystes considère tout examen critique de l'œuvre de Freud, même favorable, comme une atteinte intolérable à la parole sacrée. C'est le viol d'un tabou. Cela ressemble à une conduite de secte. Dans le cas présent, je n'ai fait, après d'autres, que replacer l'apport essentiel de Freud dans un long continuum de découvertes et de travaux jalonnant et ordonnant la reconnaissance de l'inconscient. Puységur y occupe une place fondatrice. Il ouvre un espace constamment exploré après lui de diverses façons (magnétisme, hypnose, psychologie, etc.), un espace dont Freud ne retiendra, mais avec quel génie, qu'une part, le reste étant demeuré après lui en déshérence, encore qu'un courant analytique se soit occupé d'en revisiter l'héritage (Ericson, Roussang, entre autres) ; mais ce courant est mal reçu, en France, par l'establishment. Dire ces choses apparaît à certains une grossièreté attentatoire à la dignité de l'œuvre freudienne !

Mais nous ne sommes plus là dans le domaine du travail scientifique et de la recherche... Contre-exemple : Darwin a eu des précurseurs essentiels - Lamarck, Geoffroy-St-Hilaire - et son œuvre, qui avait des parties révisables, fut et continue d'être révisée ; tout cela ne retire à Darwin rien de sa dignité ni de son poids. Dans le cas de Puységur, découvreur de l'hypnose (en 1784 et non 1880 !), ce qui dérange est ceci : la part inconsciente qui vient au jour chez ses malades et qui s'exprime, est une part lucide, une instance intérieure raisonnable, ordonnée, guérissante, et non le désordre des hypnotisées de Charcot ni l'espace sombre des pulsions refoulées (le "ça") de l'inconscient freudien.



Dans l'état actuel de nos pratiques, autant médicale que psychiatrique ou psychanalytique, cela pose un vrai problème épistémologique, que j'ai tenu à faire apparaître. Certains, médecins, psychiatres surtout, quelques analystes aussi, en ont été intéressés. Silence ou fâcherie de certains autres...

#### Pourquoi avoir voulu publier ces textes?

D'abord, pour la raison épistémologique que je viens d'énoncer. Mais aussi parce qu'il s'agit, dans la partie proprement clinique du *Journal du traitement*, d'un texte magnifique. Enfin pour la raison qui va suivre : dans ses autres écrits, Puysegur rend compte, tout au long, du traitement de maladies organiques (pneumonies, phthisie, rhumatismes, malaises cardiaques, douleurs traumatiques) et de troubles fonctionnels (asthme, migraines, désordres digestifs, paralysies partielles, surdité à éclipse, etc.). Ici, pour la première fois, il s'agit spécifiquement d'un désordre de l'esprit, relevant à l'époque de la médecine aliéniste. Dans ce domaine, la psychothérapie initiée là par Puysegur, est en quelque sorte une "première". Il fallait faire connaître ce moment remarquable, voire révolutionnaire, à une époque où l'on internait les sujets souffrant de ces affections. C'est tout ce qu'au même moment pouvait faire Pinel lui-même, malgré l'originalité de ses vues (il partageait avec Puysegur la conception selon laquelle il y a un fond de raison dans toute folie, idée qu'Esquirol abandonnera). À la Salpêtrière, les sujets qu'il soigne, ainsi rassemblés, se contaminent les uns les autres. Puysegur, par la relation duelle qu'il établit entre thérapeute et patient, instaure un tout autre modèle.

#### Quelle a été la filiation entre Mesmer et Puysegur ?

Avec une grande loyauté, Puysegur a tenu à toujours reconnaître sa dette envers Mesmer. Pourtant, sa pratique, par l'effet d'un hasard

fondateur, s'est trouvée à l'opposé de celle du maître. Mesmer induisait une transe convulsive, qu'il dirigeait en souverain. Puysegur mettait en état de sommeil lucide quelqu'un dont il considérait la parole, de ce fait libérée, comme seule compétente. Ce que Puysegur cependant devait à Mesmer, à juste titre, était l'idée, la volonté et la capacité de déterminer chez le patient un état de conscience modifié, en dépendance d'un côté avec Mesmer, aidée dans sa voie d'autonomisation avec Puysegur.

Mesmer est un personnage extrêmement ambigu, intéressé par la réussite mondaine et l'argent. Une grande force de séduction et d'emprise, une doctrine obscure, une tendance à l'excès qui mène aux maladresses, aux échecs. Ainsi dans ses enseignements, toujours coûteux, où il se présentait comme détenteur d'un secret, qu'il ne livrait jamais et qui resta informulé. Mais il laissa paraître cependant des choses précieuses, dont certains purent tirer une incitation. Tel Puysegur. Il y avait ainsi chez Mesmer un mage fallacieux, mais certainement aussi une sorte de chaman spontané. Il disait que le langage parlé interdit de comprendre les choses essentielles. Il s'était donc appris à "penser sans langage". Les chamans font cela. De même, la méditation bouddhique consiste à arrêter le dialogue intérieur. Selon moi, les patients de Puysegur qui, en sommeil lucide, disaient voir dans leur corps et pronostiquaient les phases et décours de leur maladie, avaient dû entrer dans des états de conscience que nous avons du mal à nous figurer et même à admettre de nos jours, compte tenu de nos choix rationalistes déterminés. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle ces phénomènes sont si difficiles à reproduire à présent.

Puysegur s'est confronté à l'institution médicale, étant lui-même non-médecin... Vous faites l'éloge de son pragmatisme militaire, qui donne à sa manière de procéder un "quelque chose" que les médecins n'avaient

pas. Cependant, il nous semble fortement que sa démarche se rapproche davantage de celle d'un médecin généraliste aujourd'hui...

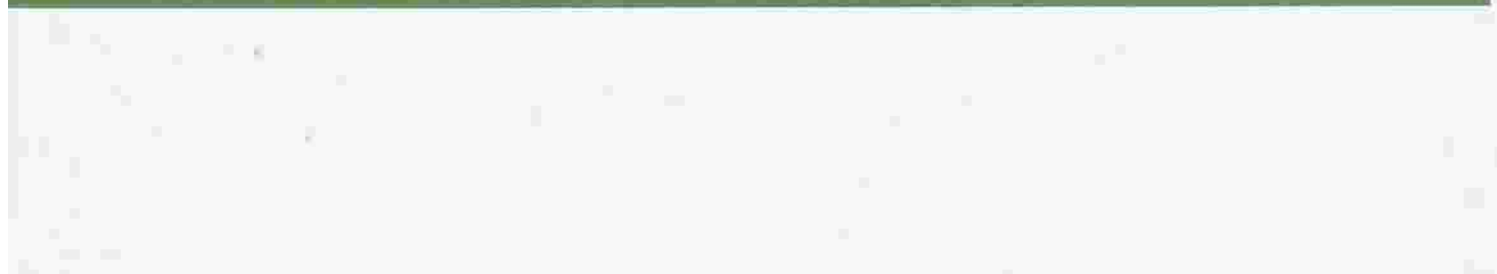
Puységur est tout d'abord un intellectuel (une tradition dans sa famille d'hommes de guerre cultivés qui lisent et écrivent) ; c'est un savant, il a une bonne formation scientifique (mathématiques, physique). Mais c'est aussi et surtout un militaire (officier supérieur d'artillerie) qui se place spontanément dans une logique d'action. D'accord pour votre comparaison quant au pragmatisme des praticiens généralistes. Mais je ne peux m'empêcher de penser, en historien de la médecine, à la force contraignante de la doctrine, pour ne pas dire de la dogmatique, depuis toujours, dans la formation des médecins, quels qu'ils soient. D'où les œillères, souvent.

Aujourd'hui, la pratique de la médecine générale est telle que l'on y apprend au fur et à mesure à se détacher du dogme ; ce sont les malades, d'une certaine manière, qui nous enseignent notre métier. Ce sujet est d'ailleurs, en ce moment, au centre de nos réflexions sur la responsabilité médicale. Pour moi, le pragmatisme propre à Puységur se retrouve tel quel chez les médecins généralistes, qui osent avancer, avec des ingrédients qu'ils incorporent dans leur démarche thérapeutique, en ayant la certitude interne, l'intuition, pour mieux dire, que cela va marcher, mais sans qu'ils puissent totalement maîtriser les tenants et les aboutissants de leurs décisions.

Je suis très intéressé de vous entendre dire cela, et je vous crois. Ce parallélisme des attitudes me semble permettre des réflexions fécondes, en particulier sur la reconnaissance du "savoir intime" des malades en dialogue avec le savoir scientifique du médecin. En revanche, je puis affirmer avec certitude qu'un médecin généraliste de 1880 ou 1930 aurait détesté la manière de procéder de Puységur. Le changement s'est-il fait entièrement depuis ? Ces choses sont donc

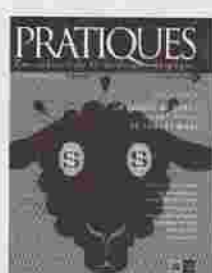
très variables, selon les circonstances historiques. Et il se trouve que nous vivons en ce moment des années de grands bouleversements dans les conduites, dans le rapport médecin-malade. Une anecdote par comparaison, sur le dogmatisme. Lorsqu'en 1966, j'ai commencé à travailler sur l'histoire de la médecine, et que je découvrais les admirables et foisonnantes archives de la Société royale de médecine (1774-1792), j'ai voulu recourir à l'aide d'un ami médecin de ma génération, remarquable généraliste, ouvert, doté d'un sens clinique formidable, attentif et comme vous dites, pragmatique. Comme Puységur, il n'hésitait pas à prendre certains de ses patients chez lui pour pouvoir mieux les suivre. Je lui soumis des textes, forcément rédigés dans les termes de l'ancienne médecine, et décrivant certaines épidémies dont je souhaitais tenter d'établir le rapport à un diagnostic moderne (en termes de logique infectieuse). Je me heurtai à un mur. Non sur le problème théorique de la transposition, en effet délicate et aléatoire, mais sur le fait que pour ce bon praticien, cette médecine ancienne, dont je vous assure qu'elle était le fait d'observateurs impeccables, de fins anatomistes, d'hommes souvent efficaces, cette médecine-là, il ne savait y voir, avec colère, qu'un ramassis de sottises ! Ce n'était pas la médecine qu'il avait apprise au terme de progrès constants, elle était donc nulle. Insensible à cette pensée médicale du XVIII<sup>e</sup> siècle intéressante, très cohérente d'ailleurs, pour laquelle la maladie est un désordre dans la constitution d'une personne (ou d'un groupe) brouillée dans son rapport d'équilibre intime avec le système général du monde et les désordres qui peuvent affecter celui-ci. Cette conception n'est pas sans valeur heuristique, et Puységur la partageait. De là, le sens de son effort pour mener le patient sur le chemin d'une réharmonisation de soi menée par soi-même. C'est en ce sens que, héritier du XVIII<sup>e</sup> siècle, il se trouve cependant être si moderne.

Propos recueillis par Geneviève Busson





- Une revue indépendante avec un dossier et des rubriques
- Un ancrage dans la pratique
- Une ouverture pluridisciplinaire
- Un souci de la protection sociale
- Une analyse du cadre de notre exercice
- Une reconnaissance de l'articulation du relationnel et du social



### *Pratiques ou les cahiers de la médecine utopique*

#### *numéros à paraître :*

- n°8 : Contre la dictature du néolibéralisme en médecine
- n°9 : Les nouvelles images du corps

#### *numéros disponibles :*

- n°1 : La société du gène
- n°2 : La souffrance psychique
- n°3 : Penser la violence
- n°4 : Santé et environnement
- n°5 : La santé au travail
- n°6 : Sexe et médecine
- n°7 : La responsabilité du médecin

## ABONNEZ-VOUS A PRATIQUES

Vous lisez *Pratiques* parfois, souvent, toujours, *Pratiques* vous surprend, vous stimule, vous reconforte.

Vous avez besoin d'une revue qui aide à discerner les enjeux actuels de la société et de la médecine.

Vous souhaitez ancrer votre pratique dans une réflexion qui allie l'individuel et le collectif, qui s'appuie sur les sciences humaines et se préoccupe de l'évolution de notre société.

*Pratiques* a besoin de vous !

Vous lisez *Pratiques* de temps en temps : abonnez-vous !

Vous êtes abonnée : faites abonner vos amis. Faites connaître *Pratiques* : donnez-nous les coordonnées de lecteurs potentiels auprès de qui nous pourrions promouvoir la revue.

Merci et à bientôt,

La rédaction

En vente dans toutes les FNAC et librairies, diffusion Harmonia Mundi. Nous remercions particulièrement pour leur soutien actif les librairies suivantes : Les Volcans - Clermont-Ferrand ; La Machine à Lire - Bordeaux ; Kléber - Strasbourg ; Sauramps - Montpellier ; Le Roi Lire - Sceaux ; L'Arbre à Lettres - Paris.

*Pratiques*, revue sans publicité, ne vit que par ses abonnés.

### BULLETIN D'ABONNEMENT

- |                          |  |                         |
|--------------------------|--|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Abonnement un an   | <b>280 FF</b>           |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement deux ans  | <b>500 FF</b>           |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement jeune médecin<br>(étudiant, remplaçant, installé de moins<br>de trois ans et demandeur d'emploi)    | <b>200 FF</b>           |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement couplé médecin/salle<br>d'attente un an (envoi d'affichettes<br>de promotion compris)               | <b>500 FF</b>           |
| <input type="checkbox"/> | Commande à l'unité<br>(80 FF + 10 FF de frais d'envoi) :<br>- nombre d'exemplaires :<br>- intitulé du numéro : | <b>90<br/>FF/numéro</b> |

nom \_\_\_\_\_

prénom \_\_\_\_\_

adresse \_\_\_\_\_

téléphone \_\_\_\_\_

profession \_\_\_\_\_

Chèque à l'ordre de *Pratiques* à envoyer :  
52, rue Gallieni - 92240 Malakoff - France

*Un reçu vous sera adressé à réception de votre règlement*

## PRATIQUES n° 7

Les cahiers de la médecine utopique  
Revue trimestrielle

### Rédaction et abonnements :

tél. : 01 46 57 85 85 • fax. : 01 46 57 08 60  
e-mail : Pratiques@aol.com  
52, rue Galliéni • 92240 Malakoff • France

Directeur de la publication : Philippe Lorrain

Rédacteur en chef : Patrice Muller

Assistante du Secrétariat de rédaction : Nathalie Ferron

Secrétariat, relations presse : Jocelyne Deville

Responsable de diffusion : Ghislaine Audran

Comité de rédaction : Ghislaine Audran ;

Christian Bonnaud ; Jean-Luc Boussard ;

Daniel Coutant ; Martine Devries ;

Monique Fontaine ; Bernard Girand ;

Hélène Girard-Stern ; Catherine Jung ;

Elisabeth Maurel-Arrighi ; Anne-Marie Pabois ;

Elisabeth Pénide ; Bernard Senet.

Correspondants : Olivier Boitard ; Geneviève Busson ;

Marie-Hélène Favarger ; Bernard Joly ; Elisabeth

Lapeyrade ; Noëlle Lasne ; Jean-Pierre Lellouche ;

Ginette Marchive ; Anne Perraut-Solivères ; Daniel

Piquet ; Philippe Regard ; Monique Sicard.

La revue *Pratiques* reçoit volontiers les courriers, textes et travaux d'auteurs se rapportant aux thèmes de réflexion abordés dans les numéros. La revue n'est pas responsable des manuscrits qui lui sont adressés. Les textes et travaux qui ne sont pas retenus sont restitués sur simple demande.

Direction artistique et maquette : Zinc S.L.

Conseillère éditoriale : Sylvie Crossman

Édition : Indigène éditions

1, impasse Jules Guesde

34080 Montpellier France

tél. : 04 67 10 03 43

fax : 04 67 45 59 36

e-mail : editions.indigene@wanadoo.fr

Diffusion : Harmonia Mundi

Imprimerie : Contraste, S.L.

Sant Quirze del Vallès - Espagne

Photogravure : Miko, S.L. Barcelona - Espagne

Dépôt légal troisième trimestre 1999

commission paritaire n° 67150A5

ISSN 1161-3726

ISBN 2-911939-16-6

Publié avec le concours du

Centre National du Livre

B U L L E T I N D ' A B O N N E M E N T

# PRATIQUES

*Les cahiers de la médecine utopique*