

PRATIQUES

Les cahiers de la médecine utopique

6

DOSSIER

Sexe et médecine

S O M M A I R E

Editorial 3

Dossier: 5 Sexe et médecine

Confidences...	6	
Je ne parlerai pas d'elle	8	<i>Eric Galam</i>
Les mains qui se posent	10	<i>Catherine Jung</i>
Les yeux qui se baissent	11	<i>Elisabeth Maurel-Arrighi</i>
Vert bronze	12	<i>Bernard Senet</i>
Au millimètre près	13	<i>Charles Zysman</i>
Comme si la vie s'arrêtait / Pour eux et pour moi	17	<i>E.M.-A. / H.G.-S.</i>
Le soleil et la lune	18	<i>Catherine Jung</i>
Des soins du sexe au sexe du soin	20	<i>Anne Perraut-Solivères</i>
Le cabinet des dames	25	<i>Laure Van Wassenhove</i>
Histoire de désir	27	<i>Arlette Farge</i>
Un espace à la frontière	34	<i>Louisa B.</i>
Soignants : représentations et fantasmes	35	<i>Geneviève Busson</i>
...Confidences	39	
Brèves de maladie	41	<i>Amélie Pingon</i>
Petits tableaux d'une exposition du corps	43	<i>E.L.</i>
Le sexe au service de l'irreprésentable	45	<i>Philippe Réfabert</i>
Sur une nouvelle de Torga	48	<i>Gérard Danou</i>

Rubriques

Images du corps : La leçon de Duchenne	54	<i>Monique Sicard</i>
Savoir-faire médical et précarité : Contribution, assistance et citoyenneté	58	<i>Noëlle Lasne</i>
L'actualité politico-médicale : Le système de santé américain, état des lieux	61	<i>Eveline Thévenard</i>
L'actualité politico-médicale : CMU, le marché fait son entrée	67	<i>Philippe Lorrain</i>
Chronique du G.E.L. : Données génétiques raflées par le privé	68	<i>Dorothée Benoît Browaeys</i>
Coup de gueule : Santé, de l'idéologie à l'expérience	72	<i>Denis Labayle</i>
Regard clinique : Nosocomialité	74	<i>Françoise Bourdais</i>
Regard sociologique : Un double paradoxe, la santé au féminin / masculin	76	<i>Pierre Aïach</i>
Nous avons lu pour vous	80	
Ailleurs, autres regards : Parole et retenue chez les Touaregs	81	<i>Dominique Casajus</i>
Raconte-voir : L'Ordre à abattre	87	<i>Marc Zaffran / Martin Winckler</i>
Histoire de la médecine : La consultation du docteur Bordeu	90	<i>Bernard Joly</i>

E D I T O

Tromperies sur la marchandise*

Nous sommes entrés dans l'ère de la modernité ! Tel est le message de l'assurance maladie dans la brochure qui accompagne l'envoi aux assurés sociaux du petit rectangle plastifié, d'un vert bucolique : la carte à puce *Vitale*.

Le texte de présentation qui accompagne l'envoi de cette merveille technologique a de quoi faire hurler de rire ou de rage, selon l'humeur du jour du lecteur.

Comment peut-on oser affirmer qu'un simple avatar électronique de la feuille papier de sécu puisse devenir le vecteur "du partage de la santé et de la qualité des soins" ? Les connaisseurs du secteur privé à l'hôpital, des dépassements d'honoraires dans les cabinets médicaux, du coût de la dentisterie et des lunettes, apprécieront le caractère salvateur de l'outil vert.

De qui se moque-t-on lorsque l'on affirme que "*Vitale* n'est pas une carte de paiement" alors que tous, des mutuelles aux compagnies d'assurances privées, en passant par les banques, travaillent à compléter ou à remplacer la carte *Vitale* par d'autres cartes monétiques visant ainsi la suppression de l'avance des frais pour les dépenses de soins ? Qu'on se le dise, *Vitale* est l'outil majeur pour faire disparaître dans un avenir très proche la circulation d'argent liquide dans le fonctionnement du système. Nous ne nous plaindrons pas de cette évolution des mœurs médicales, encore faut-il que les caisses l'assument face aux tenants de la médecine-libérale-petite-épicerie, ceux qui tiennent le paiement direct à l'acte comme le seul mode de rémunération possible du médecin.

La réponse adaptative aux difficultés structurelles majeures que traverse notre assurance maladie est donc ce petit rectangle de plastique avec sa mesure corollaire : une diminution massive du personnel dans les caisses primaires. Ceux qui luttent pour que les caisses d'assurance maladie passent d'un statut de centres de paiement et de contrôle à celui de lieux d'information et de dialogue entre administratifs, professionnels du soin et usagers, ont de quoi hurler de rage !

Pendant que *Vitale* monopolise les facultés créatrices et innovantes de nos décideurs politiques, quid du nécessaire renouveau des modes de représentation et de gestion pour les assurés sociaux et les professions de santé au sein de l'assurance maladie ?

Le texte de la brochure est d'un cynisme très clair lorsqu'il nous annonce que *Vitale*, "c'est un réflexe nouveau, simple à acquérir" qui "va devenir indispensable chaque fois que vous, ou vos proches, consulterez un professionnel de santé". La technologie s'impose d'évidence, il n'y a plus de place pour penser, juste l'immédiateté pour utiliser la machine.

Chiens de Pavlov nous devenons, mais modernes, avec notre carte verte dans la gueule pour aller consulter...

Patrice Muller

* Ce texte est une réaction à la lecture de la brochure diffusée par les caisses d'assurance maladie qui a pour titre : "*Vitale*, votre nouvelle carte d'assuré social" et pour sous-titre : "la modernité partagée". Les citations entre guillemets de notre texte sont tirées de cette brochure.



D O S S I E R

Sexe et médecine

"Quoiqu'on fasse, on est dedans." Marc Rothko

Des hommes, des femmes, soignants ou non, ont accepté, pour ce numéro de *Pratiques*, de se dénuder, de partager leur réflexion sur le sexe en médecine.

Nous avons cheminé entre différents paradoxes qui tissent la relation de soin :

- le sexuel est omniprésent dans le soin, même dans les consultations les plus banales.
- le génital, au sens médical ou sexologique du terme, éloigne du désir, tandis que le sexuel, lui, transparait dans la distance et la pudeur.
- le tabou des relations sexuelles entre soignants et soignés s'incarnerait dans l'outil thérapeutique qu'est la séduction.
- la médecine se fonde sur un double mouvement, la hantise de notre condition de mortel et la foi dans la force de l'élan vital qui nous pousse vers l'autre.

Le sexe témoigne de notre capacité de rencontre avec l'autre, il tente de nous protéger de la mort et des drames de notre histoire. Là se situent les soignants, et aussi les artistes et les poètes, tous ceux qui tentent d'aider les humains à écarter la mort. Chacun le fait à sa façon, selon sa personnalité, son histoire, sa culture. C'est ce que nous avons, ici, tenté d'explorer, chacun, généraliste, infirmier (e), historienne retraçant le cheminement du désir dans l'histoire, ethnologue appelant à la rescousse la poésie touareg, médecin-écrivain nous invitant à découvrir l'œuvre du portugais Miguel Torga, anthropologue et psychanalyste nous répondant mutuellement dans de subtiles résonances.

Confidences...

Les dessous de la culture

Bernard Senet
Médecin généraliste.

Nous évitons tous de regarder nos patient(e)s se déshabiller ; certains froissent leurs sous-vêtements dans leurs vêtements, d'autres les glissent dessous ou sous l'oreiller de la table d'examen, certains les gardent en main, peu d'entre eux les étalent sur un siège ou les accrochent au dossier ; ils ne veulent pas nous les montrer, car ils sont porteurs d'un peu de leur sexualité.

Dans nos régions de culture latine, nous sommes surpris de voir les Danois, Allemands et autres Hollandais se déshabiller entièrement pour le moindre examen clinique. Dans l'ensemble, nous nous faisons à ces différences culturelles et nous débrouillons pour respecter la pudeur physique de ceux qui nous la montrent : déshabillage du corps par moitiés, examen sous les vêtements, recouvrement par un bout de chemise.

Le déshabillage

Daniel Coutant
Médecin généraliste.

Je me rappelle, au début de mon installation, cette jeune et jolie femme qui avait peut-être vingt-cinq ans. Elle était venue pour son renouvellement de contraception orale. Assise en face de moi, elle avait fini par se déshabiller complètement... pendant que j'avais le nez dans son dossier et que je l'interrogeais, puis s'était levée pour se diriger nue vers la table d'examen en me lançant : "Alors, on y va !" Je me suis senti très gêné et les fois suivantes, je crois que le préalable à l'examen clinique a été sérieusement raccourci !

Les femmes attendent maintenant que j'ai fini de les interroger pour se déshabiller mais je suis plus à l'aise quand je sens chez elles une certaine pudeur... en tout cas, par mon comportement, je les y invite ! Au moment du déshabillage et du rhabillage, je trouve toujours le moyen de leur tourner le dos. Finalement, l'étape devant mon lavabo est un rituel incontournable pendant une consultation de femme et pas seulement pour me laver les mains.

Sous les draps

Anne Perraut-Solivères
Codre infirmière

Madame X. entre vers trois heures du matin. Elle est yougoslave, assez âgée et semble très douce. D'emblée, elle s'accroche à ses vêtements et je comprends qu'elle a peur qu'on la déshabille. Avec quelques gestes, je lui explique qu'on va devoir lui faire un électrocardiogramme et qu'on a besoin de la dénuder un peu. Elle proteste avec force explications que je ne comprends pas, en souriant toujours. Je la rassure en lui prenant la main et commence à défaire le pied du lit. Je la recouvre et l'aide à retirer ses nombreux vêtements sous les draps. Je laisserai le minimum à nu, juste la place des petites ventouses précordiales et des chevilles. J'ai gardé le souvenir d'une grande tendresse et d'un respect absolu d'une limite que nous avons tranquillement décidée ensemble. La pose des électrodes du scope s'est également faite sous les draps, ce dont elle m'a remerciée en m'embrassant les mains. Je n'ai plus jamais supporté, depuis, qu'on déshabille quelqu'un en entier pour lui faire un ECG. La serviette de toilette me paraît le minimum que l'on puisse offrir à quelqu'un que l'on pique ou que l'on examine.

Monsieur A. est amoureux du Docteur

Catherine Jung
Médecin généraliste

Je suis Monsieur A. depuis quelques années, pour une artérite des membres inférieurs. J'ai appris au fil

des consultations que les relations avec sa femme et ses enfants sont difficiles. Un jour, il sollicite mon avis concernant une sympathectomie pour artérite des membres inférieurs. Je l'informe qu'il existe un risque d'impuissance secondaire. Il refuse alors l'intervention et me remercie chaleureusement de l'avoir averti. Depuis, il parle de plus en plus de sa relation difficile avec sa femme, du fait qu'ils font chambre à part et que cela est insupportable. Et progressivement, je me suis aperçue que les gestes de sympathie que je pouvais avoir pour ce vieux monsieur étaient pour lui chargés d'un tout autre sens. Il vient me voir tous les mois. Cher moi, sa tension est souvent aux alentours de 200/120 alors qu'elle n'est que de 120/80 chez le cardiologue. Je lui ai parlé de cette tension difficile à équilibrer et il m'a alors dit qu'il était amoureux de moi. Cet aveu m'a gênée. J'ai proposé qu'il change de médecin mais il a refusé. De même, il refuse d'espacer les consultations. Il arrive toujours avec une demi-heure d'avance et mesure le temps que je lui accorde, vingt minutes obligatoires. Est-ce de lui avoir offert un lieu pour dire ses insatisfactions conjugales et d'avoir parlé de sa fonction sexuelle qui a autorisé le glissement d'une relation professionnelle à une relation amoureuse?

La bise qui fait mal

Bernard Seneet

Quand une vieille dame commence à me faire un peu trop de charme, à me poser des questions dangereusement personnelles, à investir des champs un peu éloignés du classique médical, je sors mon arme secrète : la bise qui remet gentiment (?) en place la relation amicale avec une grand-mère.





Exercice de haute voltige

Anne Perrault-Solivères
Cadre infirmière.

Chargée de la prévention des lombalgies chez les soignants, j'ai été amenée à les familiariser avec l'utilisation du lève-malade. Les réticences des soignants à utiliser cet instrument s'expriment principalement à propos de la position du malade dans le hamac qui écarte parfois un peu les jambes. Leur ayant proposé d'étudier diverses façons de placer les sangles, et donc de varier la position, je me présentai dans le service de réanimation où avait lieu une démonstration par un vendeur. A mon arrivée, la

manœuvre avait déjà commencé, une patiente se trouvait effectivement suspendue... nue. Les commentaires et réactions de rejet me stupéfièrent ! Je demandai aux soignantes présentes pourquoi elles n'avaient pas protégé l'intimité de la malade en lui installant une alèse en couche, à défaut de l'habiller. Pas une n'y avait pensé. Devant cet exercice de haute voltige, tout obnubilées par la démonstration de ce qu'elles considéraient comme un inconvénient majeur, l'essentiel leur avait échappé. Elles étaient rebutées par l'image de cette femme écartelée mais personne n'avait fait la démarche d'interrompre la manœuvre afin de la couvrir. Depuis, j'enseigne l'utilisation du lève-malade en obligeant les soignants à monter dedans, ce qui a tout de même levé certaines résistances...

Je ne vous parlerai pas d'elle

Eric Gafam
Médecin généraliste.

J'avais bien pensé à quelques clins d'oeil suggestifs, à des ambiances sulfureuses, des passions pressenties, voire exprimées, ou pire, réalisées. Comme moi, vous n'auriez pas été insensible au sourire de Lolita, à la démarche d'Aline, aux formes de Fanny, à la voix de Patricia. Vous auriez pu frémir en imaginant les ébats de certains de mes petits couples, sourire en imaginant la sexualité passée, ou toujours présente, de certains mignons petits vieux, ou vieilles dames acariâtres et autoritaires. J'aurais pu vous laisser rêver Madame D. qui se déshabille complètement avant même que je n'aie dit le moindre mot, rien que pour que je lui prenne la tension. Vous m'auriez écouté vous raconter mes copines ghanéennes qui m'enjoignent de leur faire

des examens gynéco itératifs ou encore convoquer Charlotte qui n'a pas voulu que je lui fasse d'électro pour ne pas me montrer ses seins. Bien sûr, vous aussi, vous auriez été quelque peu troublé par ces histoires de passage à l'acte qui n'arrivent qu'aux autres. Dire qu'un simple geste pourrait tout faire basculer...

Même la théorie, avec ses généralités et son nuage de neurones, ne m'a été d'aucun secours. Je peux, sans trop de difficulté, vous faire partager ma plus ou moins grande facilité à évoquer la sexualité de mes patients. Je me souviens avoir entraîné Istvan très longtemps avant qu'il ne me conte ses problèmes de couple. J'avais alors compris à quel point j'étais plus "psy que sexe" ! Par

contre, allez savoir pourquoi, Zlatko n'hésite pas un instant à me demander du Viagra et à me conseiller d'en prendre. Certes, les "fesses de ma cousine" (tout un concept !) ne sont probablement pas pour rien dans ma vocation. Pourtant, parler vraiment de sexualité m'obligerait à me dévoiler à vous, et encore plus dur, à moi-même. Déjà qu'on a du mal à évoquer nos motivations, notre implication face à la souffrance de l'autre, face à nos propres incertitudes, nos propres douleurs... Alors nos désirs, vous pensez bien ! Encore, ce qui nous pousse et nous glorifie, du genre "soigner les autres". Mais ce que nous avons appris à neutraliser, à oublier au fin fond de nous-mêmes, ce qui fait de nous des hommes et des femmes pas tout à fait comme les autres, à qui on peut, on doit, tout dire et tout montrer. A la fois bien vivants et un peu à part. Cela est plein d'énergie, alors si vous y touchez sans précautions, ça peut toujours vous sauter à la figure !

Alors, j'ai envisagé la métaphysique. Dans la série, "Karaté et lutte de classes" ou "Psychanalyse et musique", je comptais vous proposer une petite balade sur le thème "Bible et sexualité". Il y a dans la Genèse, des histoires de "fruit défendu", de viol, d'inceste, d'enfants nés plus ou moins tardifs..., et toutes sortes d'événements qui peuvent nous

éclairer. Ainsi l'histoire du patriarche Abraham qui, pour fuir la famine, fuit en Egypte avec sa femme Sarah (chapitre 12). Comme elle est particulièrement belle, il lui dit : "Dis, je te prie, que tu es ma sœur de telle sorte que je sois bien à cause de toi et que mon âme soit sauvée grâce à toi". Ce stratagème va en effet le protéger et rendre malades les rois qui vont la convoiter. Attitude pour le moins discutable : nos femmes devraient-elles être aussi des sœurs ? Et nos patientes ? Certainement ni l'un, ni l'un ni l'autre. Ne gardons donc ici que la beauté de la phrase et l'idée que la femme peut sauver celui qu'elle accompagne.

Et le désir dans tout ça ? Je n'ai pas vraiment l'impression de faire de gros efforts pour ne pas me jeter sur chacune de mes patientes. Mes stratégies d'évitement doivent être tellement efficaces que je ne m'en rends même plus compte. Pourtant, je suis certainement marqué par ces corps qui s'offrent à ma vue, ces tentations qui m'effleurent, ces histoires qui m'impliquent. Je suis aussi parfois effrayé à l'idée que je suis peut-être objet de fantasmes pour certains de mes patients. Tout cela fait un peu partie de mon identité même si, le soir, au fond de mon lit, j'oublie tout.

Mais ça, je ne vous en parlerai pas.



Les mains qui se posent

Catherine Jung
Médecin généraliste

En médecine, le toucher fait partie de l'examen clinique, avec l'inspection et l'auscultation. J'ai appris comme mes confrères à faire des examens cliniques. On nous enseigne qu'il existe trois sortes de touchers en médecine : un toucher superficiel pour examiner une lésion cutanée par exemple ; un toucher plus appuyé pour palper les organes profonds ; et des touchers internes, vaginaux et rectaux. Cette description très technique devrait permettre de marquer la distance nécessaire entre le médecin et son patient. Dans la réalité, les choses ne sont pas aussi simples. Et si tous les jours j'examine des patients, pour celui qui vient consulter et qui remet son corps entre les mains du docteur que je suis, ce geste est chargé de bien plus de sens, il ne peut s'agir d'un simple examen de routine. Être touché n'est pas anodin, d'autant plus que ce ne sont pas les parties du corps habituellement exposées dans la vie sociale qui sont examinées. Ce n'est peut-être pas par hasard que les patients me demandent souvent des examens radiographiques. Ces examens "techniques" exposent peut-être moins le corps.

Lorsque le corps d'un patient est palpé, il perçoit d'abord le contact avec la main, elle est chaude ou froide, humide ou sèche, timide ou au contraire très sûre, inquiète ou apaisante. Ce contact va faire jaillir des émotions de toutes sortes tant chez le patient que chez le médecin. Habituellement elles sont tuées, comme si elles

venaient parasiter le geste professionnel. Mais sous les doigts, le corps en dit quelque chose, selon qu'il s'abandonne ou qu'il se raidit.

Certains gestes vont provoquer la gêne, parce qu'ils touchent à l'intimité du patient. Cela semble évident lorsqu'il s'agit de certaines parties du corps le plus souvent cachées, comme lors d'un examen gynécologique ou de la palpation des seins. Mais parfois, cette gêne peut être présente lors de la seule palpation de l'abdomen. Cette gêne existe soit du côté du patient, soit du côté du médecin. Il est alors nécessaire de parler et d'expliquer ce qui est fait et ce qui est recherché. La parole permet de redonner à ces gestes leur signification technique et ainsi de limiter la gêne.

Parfois, c'est la honte qui fait irruption. Honte de ce corps qui n'est pas aussi parfait qu'on le voudrait, honte de ces pieds qu'on a pas eu le temps de laver, de la sueur des aisselles. Permettre au patient de dire ce qu'il ressent au moment de l'examen est important, cela peut aider à surmonter ce sentiment. La qualité du toucher aussi est essentielle. Le geste de rechercher des poux dans la tête peut devenir caresse pour ne pas provoquer la honte.

Certaines fois, la peur apparaît lors de l'examen. Le siège de la douleur est montré pour que je le touche, je dois pouvoir sentir ce qui fait mal,

Mon geste est perçu comme mystérieux. Que vont découvrir mes mains ? Et s'il s'agissait d'une maladie grave, si la douleur provoquée là, au niveau de la fosse iliaque droite par exemple, était le signe révélateur d'une pathologie incurable, que quelque chose se développe caché derrière la peau ? Le patient est alors attentif aux gestes, mais aussi aux regards et au visage. Cette inquiétude, je l'ai souvent aperçue dans le regard des patients. Parfois, c'est moi qui suis inquiète de ce que je vais découvrir et cette inquiétude est sans doute perçue au bout des doigts.

En dehors de ces gestes que je dois faire dans le cadre de l'examen clinique, et peut-être justement parce que je suis autorisée par ma profession à toucher mes patients, j'utilise souvent le contact avec une main ou une épaule comme signe d'empathie ou d'encouragement à dire ce qui ne va pas, comme marque pour réduire la distance ou pour traduire une attention autrement qu'avec des mots.

Toucher un patient n'est donc pas une affaire aussi banale. Le geste professionnel réveille des émotions qui méritent d'être reconnues pour pouvoir être exprimées.

Les yeux qui se baissent

Il est parfois en consultation des regards qui se donnent, qui font office de chœur des tragédies grecques. Celui ou celle qui consulte vient de s'entendre énoncer quelque chose qu'il ou elle ignorait auparavant et qui a à voir avec la conscience de la précarité de l'existence et en même temps de la nécessité du lien avec l'autre. Le médecin a entendu lui aussi. Chacun sait que l'autre sait. Dans ces moments-là, ceux qui sont en présence sont d'abord deux êtres humains, avant d'être un patient et un médecin. Deux êtres humains ayant traversé chacun leurs épreuves, leurs bonheurs, leurs histoires d'amour.

Par contre, dans les moments "ordinaires" de la consultation, quand on est dans l'espace asymétrique du soigné et du soignant, les regards se rencontrent, s'évitent, se retrouvent dans le quadrille subtil de la pudeur partagée. Les yeux se posent différemment selon l'étape de la

démarche médicale, analyse du déroulement des symptômes, examen clinique, vérifications des hypothèses, élaboration des stratégies, choix d'une décision... Le regard est là, plus ou moins proche ou lointain, à la juste distance pour que chacun fasse ce qu'il a à faire.

Avec les hommes venus d'ailleurs, de l'autre rive de la Méditerranée, notamment, le cadre médical offre une proximité précieuse où le regard est ouvert. Je suis alors "comme un gars de la famille" selon les mots d'un patient. Proximité d'autant plus forte que je sais être une des rares femmes françaises que ces hommes exilés côtoient. Et là, quand au sortir de mon bureau, je les raccompagne à la porte, leurs yeux se baissent pudiquement, je redeviens alors une femme. Chez eux, bien sûr, par respect, on ne regarde pas une femme dans les yeux. Ce geste de pudeur nous restitue alors chacun dans la réalité de notre différence, lui et moi, homme et femme.

Elisabeth Maurel-Arrighi
Médecin généraliste

Vert bronze

Bernard Senet

Médecin généraliste.

C'est la deuxième fois qu'elle consulte. La première fois, elle est venue me montrer ses épaules qui la faisaient souffrir la nuit : l'examen s'était déroulé normalement, elle, assise, de dos, gardant bien entendu son soutien gorge, assez distingué, vert bronze avec dentelle, si mes souvenirs sont bons.

Ce matin, fin de consultation un peu chargée, mais je suis encore disponible, voire même un peu dopé par les patients précédents. Elle se plaint d'emblée du dos, dit qu'elle compte sur mon efficacité car ses épaules sont bien soulagées. Pour se faire examiner, elle se déshabille, avant que je le lui demande et va s'asseoir sur le tabouret qu'elle connaît, torse nu, portant jarretelles et slip dans les tons vert bronze, comme pour me rappeler notre première rencontre. L'effet de surprise est moins important que cela aurait du : je l'examine en étant très technique mais pas distant, décidé à ne pas faire celui qui ne voit pas.

Elle se rhabille à ma demande, j'écris l'ordonnance mais ne peux terminer la consultation sans lui demander la raison de sa présentation : elle me désarme en répondant tranquillement qu'elle avait envie de moi, qu'elle se sentait attirée mais sans jamais passer sur un registre hystérique, sans manifester de déception quand je lui dis que ce n'était pas possible pour moi. Elle est partie, plus déçue que triste, et je ne l'ai jamais revue. Elle a rappelé quelques années plus tard pour un conseil par téléphone concernant un risque de cancer de colon.

Alors que je suis assez porté sur le porte-jarretelles, je n'ai pas ressenti d'attirance pour cette femme :

trop facile de dire que c'est parce que je suis l'homme d'une seule femme. Souvent, je ressens un trouble devant une épaule, une hanche, une chevelure, une peau mais ce sont là des femmes qui se font examiner sans abuser de leur charme spontané. Il m'a fallu quelques années pour être à l'aise dans ces situations, en tirer bénéfice sans culpabilité, être charmé sans être séduit, prendre un peu de beauté ensuite partagée avec d'autres malades.

C'est un peu comme dans la salle d'attente : une petite fille souriante, une paisible femme enceinte ou un papi blagueur font beaucoup de bien aux autres. Le plaisir pris me procure un bénéfice que j'utilise partiellement au profit de mon travail : cette interprétation de mon voyeurisme masculin est un peu jésuite mais c'est aussi un moyen de respecter les patientes sans "boutonner ma blouse blanche" trop haut. C'est le même bien que me font la bise d'un enfant, le remerciement spontané d'un malade, une histoire sympa racontée par un patient ou le charme d'un corps, sauf que cela est lié à la présence de ma sexualité... mais pourquoi culpabiliser ?

Quand j'ai vu le porte-jarretelles, j'ai "reboutonné ma blouse", je n'ai pas envisagé de plaisir, mes fantasmes sont devenus impudiques : resté à savoir si une autre fois, mon réflexe ne sera pas de déboutonner la blouse... Et dire que je n'en porte jamais !

(Cf. Martin Winckler/Marc Zalfan qui, dans *La maladie de Sachs* parle des souffrances et bénéfices du métier de médecin et de la tentation de "rendre sa blouse".)

Au millimètre près

Avertissement de l'auteur

Dans une consultation médicale, les rapports de séduction réciproque entre un médecin et le (la) patient(e) sont très présents. Cette séduction peut se manifester dans les mots, la présentation, la gestuelle de l'un et de l'autre. Lorsqu'il s'agit d'examiner le corps nu, cette consultation se désertise progressivement, jusqu'au degré zéro Kelvin à l'approche de la sphère génitale. Ce fragment de consultation est la tentative de décryptage du subtil entrelacs de mots, de gestes et de regards, élaboré au fil des ans pour faire en sorte qu'une consultation entre l'homme médecin et sa patiente, se passe bien (tout au moins pour lui) quand doit s'opérer la mise à nu du plus intime. Une mise en scène jouée et rejouée un grand nombre de fois au fil de la carrière médicale de l'auteur.

Les personnages (par ordre d'apparition sur la scène) :

LE MEDECIN : un médecin généraliste dans la banlieue parisienne, cinquante ans, cheveux grisonnants, bedonnant, lunettes, pantalon de velours, gilet de laine sans manche, chemise sans cravate.

LA PATIENTE : une mère de famille d'une trentaine d'années, svelte, brune aux cheveux courts, en jean, pull-over à col roulé, deux enfants, familière du cabinet car elle consulte souvent pour ses deux enfants en bas âge.

La scène se passe dans un appartement banalement

moderne, une pièce rectangulaire de trois mètres sur quatre. Le long d'un des deux grands côtés, un bureau en bois foncé sur lequel sont amoncelées des tas de chemises en papier contenant les dossiers des malades, des revues médicales, un téléphone, un canard en caoutchouc passablement défraîchi. Le siège du médecin est en tissu et il pivote. Deux sièges fixes en tissu de même couleur contre le petit côté du bureau pour les malades. Le long du mur opposé au bureau, une table d'examen médical recouverte de skaï noir. Sur le petit côté de la pièce au fond de la scène, la porte d'entrée du cabinet médical et un meuble type plan de travail de cuisine à l'extrémité duquel se trouve un petit lavabo. Au-dessus de ce meuble, un négatoscope toujours allumé de la largeur du plan de travail.

Le médecin est assis face à son bureau, répondant au téléphone pour une demande de visite à domicile, la porte d'entrée de son cabinet est ouverte. Il raccroche, se lève, franchit la porte et disparaît de la scène. Entre la patiente, suivi immédiatement par le médecin. Elle s'assoit sur le siège fixe. Lui, fait pivoter son siège de quarante-cinq degrés et lui fait face en la regardant.

LE MEDECIN. – Qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui ?

LA PATIENTE. – Je viens pour ma pilule et mon dernier examen gynécologique remonte à loin.

Il se tourne vers son bureau, tourne des feuilles dans une chemise en carton.

Charles Zysman

Médecin généraliste



LE MEDECIN. — En effet, c'est ce que je peux voir dans votre dossier. Il faut que je vous fasse aujourd'hui un examen complet. Je vous propose de vous déshabiller d'abord du haut pour l'examen cardio-vasculaire et l'examen de la poitrine, puis ensuite nous ferons l'examen gynécologique.

Il se lève, se dirige vers le lavabo et commence à se laver lentement les mains. Dans le même temps, la femme se déshabille rapidement en déposant au fur et à mesure ses vêtements sur le dossier de la chaise restée libre. Lui, face au lavabo, tournant le dos à la patiente et à la table d'examen.

LE MEDECIN. — Quand vous serez prête, allongez-vous.

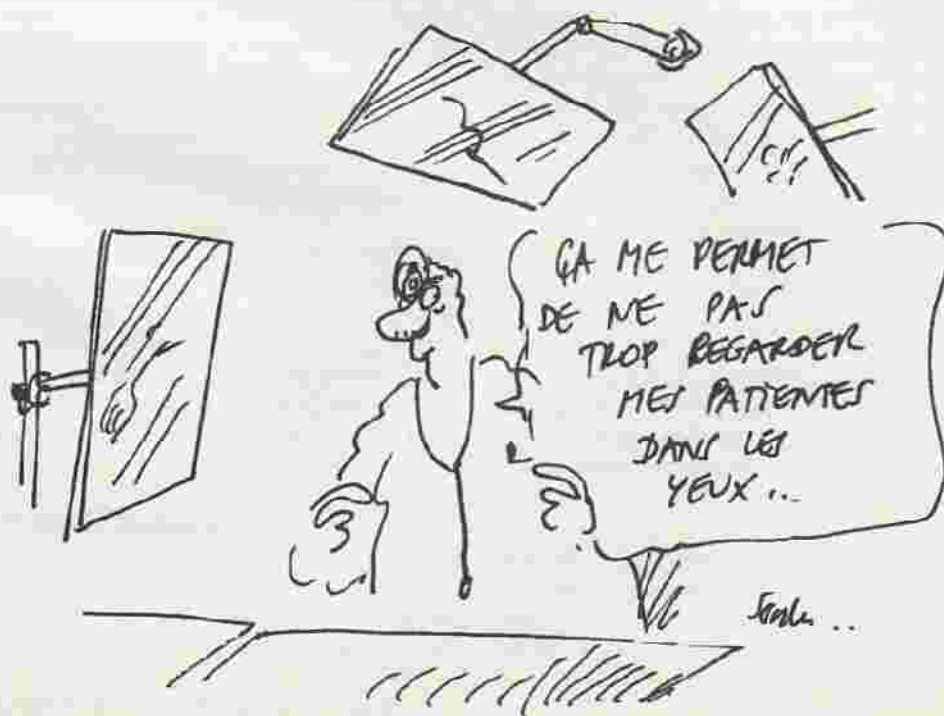
Le torse nu, elle gravit les deux marches, s'allonge, la tête et le tronc en position demi-assise, les bras le long du corps. Elle attend, silencieuse, fixant du regard un point au plafond. Le médecin prend un stéthoscope et un brassard à tension sur le plan de travail puis se retourne, se dirige vers elle le long de la table d'examen et se tourne à nouveau de quatre-vingt dix degrés, lui faisant face. Il lui soulève le bras droit en enfilant le bras-

sard à tension, glisse le stéthoscope sous le manchon du brassard et gonfle progressivement avec la poire en caoutchouc. Son regard est dirigé vers le cadran.

LE MEDECIN. — Treize-huit, c'est bien. Asseyez-vous maintenant. Je voudrais ausculter le cœur et les poumons.

Il se met un peu en arrière de la femme et pose en différents endroits du dos le stéthoscope. Puis, il fait un pas en avant et se place perpendiculairement à elle en posant cette fois le stéthoscope sur la région des seins, son regard suivant scrupuleusement les sauts du stéthoscope sur la peau de la patiente. Depuis que la femme est à moitié nue, il ne l'a plus regardée dans les yeux. Puis il se met à nouveau un peu en arrière de la tête de la patiente.

LE MEDECIN. — Je vais relever un peu plus le dossier pour vous examiner la poitrine. Pouvez-vous relever le bras droit ? A propos, à la maison, examinez-vous vos seins devant un miroir de temps en temps, comme je vous l'avais montré lors de votre dernière consultation ?



Il se met à nouveau face à elle qui attend, le bras en l'air et la regarde dans les yeux, attendant la réponse.

LA PATIENTE. – Non, docteur, je viens vous voir régulièrement et puis j'ai trop peur de me trouver quelque chose d'anormal.

Il ne répond pas. Sa tête est à la hauteur de la poitrine, les yeux posés fixement sur le sein droit tandis qu'avec le pouce de sa main gauche, il tire successivement le sein vers le haut, le bas, l'extérieur puis l'intérieur. Il lui parle sans la regarder.

LE MEDECIN. – Votre peau est souple et n'accroche pas. Il n'y a pas de pils. C'est bien. Je vais palper votre sein maintenant. Gardez votre bras en l'air.

Le regard à nouveau braqué sur le sein droit examiné, de sa main gauche avec les doigts bien à plat, il commence à palper en parcourant de façon circulaire toute la surface du sein. Il finit en pinçant le mamelon. Pendant tout ce temps la patiente regarde au plafond un point au loin, elle est silencieuse.

LE MEDECIN. – Pouvez-vous maintenant baisser votre bras, je vais vérifier que vous n'avez pas de ganglions.

Elle baisse le bras droit le long du corps. Il prend le poignet de la patiente de sa main gauche tandis que sa main droite, les doigts en crochets, fouille profondément l'aisselle puis palpe le long de la clavicule. À la fin de ce geste, il la regarde dans les yeux et lui parle.

LE MEDECIN. – Il faut que je fasse la même chose de l'autre côté. Pouvez-vous lever maintenant votre bras gauche ?

Il écarte du mur – de cinquante centimètres environ – la table d'examen, la contourne et répète en silence les mêmes gestes de l'autre côté.

LE MEDECIN. – Tout va bien, l'examen de vos seins est rassurant. Rhabillez-vous du haut. Je vais en profiter pour installer la table en position gynécologique et ensuite vous pourrez vous défaire du bas afin que je puisse poursuivre l'examen.

La patiente se relève de la table d'examen, fait un pas vers la chaise pour se revêtir du haut. Pendant ce temps, le médecin lui tournant le dos, va vers

l'autre extrémité de la table pour la rabattre vers le bas. Il est allé ensuite chercher dans le même temps du rhabillage-déshabillage de la patiente, un tabouret roulant qu'il dispose entre les étriers et déploie derrière le tabouret un spot articulé. Puis, toujours sans un seul regard vers la patiente, il se dirige à nouveau vers le lavabo. Il se lave les mains et lui parle, le dos tourné.

LE MEDECIN. – Si vous êtes prête, asseyez-vous en mettant les fesses au bord de la table.

La patiente s'exécute. Rhabillée du haut, elle a enlevé son jean puis son slip et elle est venue s'asseoir en bord de table. Il se détourne du lavabo et va se mettre debout à ses côtés à hauteur du dossier relevé à trente degrés. Leurs deux regards sont parallèles. Lui et elle fixent le mur en face.

LE MEDECIN. – Vous pouvez mettre maintenant vos pieds dans les étriers et vous allonger.

Allongée, elle regarde à nouveau fixement au plafond. Il la contourne pour venir s'asseoir sur le tabouret entre ses jambes. D'une main, il allume le spot et dirige le faisceau lumineux vers la vulve. Il se retourne et ouvre sur un petit guédon situé à sa gauche une boîte rectangulaire en aluminium. De sa main droite, il en sort un spéculum métallique. Il se relève pour le passer sous l'eau chaude du lavabo afin de le tiédir et de le lubrifier. Puis, il va se rasseoir sur le tabouret.

LE MEDECIN. – Je vais vous poser le spéculum. C'est désagréable mais non douloureux.

Le regard focalisé sur la vulve, il en écarte avec son pouce et son index les deux lèvres de quelques millimètres. Il introduit en biais – en appuyant sur la fourchette postérieure de la vulve – un coin du spéculum. Au contact du métal, la femme se raidit, la vulve se contracte. Le médecin lève la tête vers son visage.

LE MEDECIN. – Je vois que je vous fais mal. Prenez donc vous-même le spéculum, avec votre main. Je vous aiderai.

La femme hésitante et étonnée décolle un peu sa tête du dossier et regarde le spéculum que tient le médecin à l'autre extrémité de la table entre ses doigts. Le médecin prend la main de la femme et la met à la place de la sienne sur le spéculum. Il garde sa propre





main sur l'autre bord du spéculum en guidant la direction de la poussée de la main de la femme.

LE MEDECIN. – Voilà, nous y sommes. Je vais maintenant écarter les valves pour examiner votre col.

La femme s'est dessaisie du spéculum et sa tête repose à nouveau contre le dossier. Elle fixe à nouveau le plafond. Les yeux du médecin sont à vingt centimètres de la lumière du spéculum. Quelques secondes d'inspection. Puis il referme les valves et le retire doucement dans une manœuvre inverse de l'introduction. Il se retourne pour mettre le spéculum dans le bac de nettoyage des instruments posé sur le guéridon. Toujours tourné vers le guéridon, il prend un doigtier à deux doigts qu'il enfille sur sa main droite.

LE MEDECIN. – Je dois vous faire maintenant un toucher pour examiner la région de vos ovaires et de l'utérus. Je vais poser mon autre main sur votre ventre afin de palper le fond de votre utérus.

Le regard fixé sur le bas du ventre, il va introduire l'index et le médus de sa main droite recouverts de la fine pellicule de plastique dans le vagin et poser sa main gauche à plat sur le ventre au dessus du pubis. Puis il lui parle en portant son regard vers son visage.

LE MEDECIN. – Essayez de respirer lentement la bouche ouverte afin de ne pas contracter les muscles de l'abdomen. Je vais accompagner votre respiration avec ma main sur votre ventre. En même temps que vous expirez, j'appuierai, pour palper votre utérus.

Il baisse son regard à nouveau vers le bas du ventre de la femme tandis qu'il explore l'utérus et ses annexes en les mobilisant entre ses deux mains. A chaque mobilisation, il s'arrête pour la questionner en la regardant. Les yeux baissés, il retire la main vaginale, soulève la main abdominale, se retourne vers la poubelle pour y jeter le doigtier et sans un regard pour la patiente. Il va se rasseoir face à son bureau tout en lui parlant.

LE MEDECIN. – Votre examen est normal. Tout va bien. Rhabillez-vous pendant que je prends des notes pour votre dossier.

Elle, derrière son dos, se saisit de ses vêtements et se rhabille rapidement. Elle se rassoit sur le siège initial et attend que le médecin finisse d'écrire. Il pivote de quarante-cinq degrés et la regarde en face en lui parlant.

LE MEDECIN. – Je renouvelle la prescription de votre pilule pour six mois. En regardant votre dossier, j'ai vu que votre dernier frottis de dépistage remonte à trois ans. Il faudra que je vous en fasse un la fois prochaine.

Elle lui sourit, maintenant à nouveau décontractée.

LA PATIENTE. – Au fait, docteur, je voulais aussi vous parler de mon petit Thomas qui commence à tousser depuis quelques jours. Pourriez-vous me prescrire un sirop pour le soulager ?

Et la consultation continue sur un mode plus badin...

Comme si la vie s'arrêtait

Mes patients hommes le savent bien. Je n'aime pas à avoir à leur faire d'examen de la sphère génitale, surtout quand je les connais bien. Ce qui me gêne, c'est qu'il me faut abandonner alors mon empathie pour revêtir un professionnalisme froid, quasi "hospitalier". J'évite le regard, je mets des gants. Comme si la vie s'arrêtait.

C'est très différent des examens gynéco, où la vie continue, on continue à causer, ne s'interrompant que quelques instants pour préciser l'état des ovaires et de l'utérus... Je ne sais pas

faire autrement : avec mes patients hommes, la proximité physique autour du sexe met une distance relationnelle, qui a ensuite du mal à se combler. Sauf si l'épouse, que souvent je connais mieux que l'époux, a la délicatesse d'accompagner son mari en consultation, pour nous faciliter la tâche de l'élucidation des symptômes. Alors la distance devient présence, et la pudeur, sollicitude.

Mais qui sait ? Maintenant que c'est écrit, peut-être que ça va être plus simple, plus tranquille...

E.M.-A.

Médecin généraliste.

Pour eux et pour moi

Moi, mes patients hommes, ils savent, je pense, que si un examen génital est nécessaire, ils passeront à la casserole sans beaucoup d'états d'âme (sans violence non plus !). "C'est nécessaire...ce n'est agréable ni pour vous, ni pour moi..." Qu'ils essaient, après une phrase pareille, de trouver cela agréable !

Je déserotise, je démystifie, mais je fais comme tout le monde : je fais comme je peux. Effectivement, la présence de la compagne n'est pas du tout gênante : elle aide à banaliser, on est complice, elle et moi. Peut-être qu'on en reparlera, peut-être même qu'on en rigolera, de nos gênes respectives qu'on

aura bravées. "Je n'aurais jamais cru qu'il allait vous laisser faire !" Alors que curieusement, la présence du compagnon lors d'un examen gynéco ou de suivi de grossesse me dérange beaucoup plus car, par leur présence, ces partenaires sexualisent un examen d'habitude assez banal. Il y a une retenue qui complique tout. J'ai un peu l'impression de "prendre leur place". D'ailleurs le plus souvent, elles viennent toute seules.

En fait, je pense que j'évite toutes les situations compliquées par une attitude, quelquefois même une froideur, assez masculine. Chacun organise ses défenses comme il peut.

H.G.-S.

Médecin généraliste.

Le soleil et la lune

Catherine Jung
Médecin généraliste.

Dans ma salle d'attente, une femme turque, voilée de la tête au pied. Elle porte des lunettes de soleil. Seules les mains sont visibles. À côté d'elle, une jeune femme maghrébine, vêtue à l'occidentale avec un foulard sur la tête noué dans le cou qui ne cache que ses cheveux. En face d'elles, sont assises deux femmes tsiganes en jupe longue mais avec des chemisiers très largement décolletés.

Choc quotidien des cultures. Des manières très différentes de montrer leurs corps en public. Qu'en est-il dans l'intimité?

Dans les sociétés musulmanes, les deux sexes sont séparés. Comme le dit M. Mammeri : "Le monde des hommes et des femmes sont comme le soleil et la lune, ils se voient tous les jours mais ils ne se rencontrent pas". Entre hommes et femmes, il y a séparation, voile, pudeur, secret, non dits. Cette séparation entre les sexes se marque en public par le vêtement. Les femmes ne peuvent s'exposer aux regards des hommes. Les femmes musulmanes voilées se disent "fermées", c'est à dire couvertes jusqu'aux poignets et aux chevilles. Elles portent le voile pour cacher leurs cheveux – parfois les visages et les yeux pour les plus religieuses. Elles se ferment pour plaire à leur mari et leur famille, mais certaines d'entre elles se sentent protégées derrière leur voile.

Pour moi, médecin, femme et occidentale, le voile, et encore plus le tchador, sont perçus non seulement comme un signe de soumission mais aussi comme le signe d'une extrême pudeur, comme une impossibilité à se dévoiler. Comment vont-elles se déshabiller dans l'intimité du cabinet médical ?

Comment vais-je franchir cette barrière? Surprise ! Lors de l'examen clinique, la plupart d'entre elles se déshabillent facilement, seule ou en présence des sœurs, belles sœurs, amies ou voisines, mais également devant le mari et les enfants. La gêne n'est pas plus grande que chez les femmes d'origine occidentale. Le voile n'est porté que pour l'extérieur. À l'intérieur, dans un lieu clos où l'homme étranger ne risque pas de faire irruption, il s'enlève et tombe sans difficultés. Il m'est arrivé de faire un examen gynécologique à une femme en présence du mari et du fils de deux ans. Ils avaient tous les deux trouvé normal que cela se fasse en présence du fils et du mari. La femme n'a pas manifesté de gêne. À un moment, le fils est venu voir de plus près. Son père l'a pris dans ses bras et lui a dit en riant : "Qu'est-ce que tu veux voir ? Tu connais mieux cela que moi puisque c'est par là que tu es né". Ces paroles affirmaient le statut de mère de la femme et associaient l'enfant à l'intimité de la situation. Il n'y avait ainsi plus de place pour la gêne.

Si se dévoiler est facile pour la plupart d'entre elles, parler de leurs règles ou de leur intimité est bien plus difficile. J'ai été surprise par une femme turque d'une soixantaine d'années qui s'est mise torse nue sans problème devant son mari et leur fils de 25 ans qui les accompagnait pour servir d'interprète. Mais pour me parler de ses règles, cette femme a demandé la présence de sa fille comme interprète lors d'un rendez-vous ultérieur. Je perçois bien la gêne du couple lorsqu'ils viennent ensemble et que le mari traduit : il est gêné de demander s'il y a des brûlures urinaires, la date des dernières règles. Et elle est gênée pour répondre à toutes ces choses qui parlent d'une

intimité cachée, gêne qui contraste avec la facilité qu'elle a de se dévêtir en présence de son conjoint. Aussi, pour éviter ces situations lors des consultations de grossesse, sous prétexte que leur travail ne leur permet pas de se libérer, les hommes préfèrent-ils que leurs épouses consultent accompagnées par une sœur ou une voisine. De même, lorsqu'elles le peuvent, les femmes préfèrent se faire accompagner par une amie. Elles disent craindre qu'après la consultation, le mari ne se moque d'elles et de leurs "problèmes de femmes". Dans leur vie quotidienne, les femmes n'évoquent jamais la sexualité en présence d'un homme autre que le mari, ni d'ailleurs les questions qui concernent la grossesse et la naissance. Une jeune femme ne pourra pas révéler à son père qu'elle est enceinte ; il en sera informé par l'intermédiaire de la mère. Je m'étonne toujours qu'en consultation il leur soit plus facile de se déshabiller ou de montrer que de parler, alors même qu'elles se présentent voilées. Mais il faut nuancer. Plus ces femmes avancent en âge, plus l'intimité du couple permet d'aborder facilement ce qui a trait à l'intimité du corps. Comme si, avec l'âge, le statut de mère prime sur celui d'épouse, et la relation au conjoint est alors davantage faite de tendresse et de complicité que de séduction.

Si parler en présence d'un homme est perçu comme une transgression de la loi imposant la séparation des sexes, dans le monde des femmes, la parole est bien plus libre. L'intimité qu'elles ont entre elles naît de cette liberté de parole mais aussi de la proximité physique ; les contacts sont plus fréquents, elles vont au hammam ensemble et se lavent mutuellement. A l'occasion d'une consultation, les femmes entre elles, et surtout lorsqu'elles sont de la même génération, évoquent facilement les troubles des règles, les difficultés de la contraception et parfois, les déceptions conjugales. Celle qui vient comme interprète saisit parfois l'occasion pour parler de ses difficultés à elle, je suis alors médecin mais aussi femme, témoin, partageant cette intimité dévoilée.

De nombreuses femmes musulmanes disent préférer être soignées par des femmes. Il est possible d'imaginer qu'à l'inverse les hommes choisiraient de se faire soigner par un homme. C'est vrai pour beaucoup d'entre eux. Mais d'autres viennent se faire soigner et déposer le poids de leur quotidien auprès d'une femme médecin. Ils viennent parfois raconter leurs peines, leurs insatisfactions sexuelles, leurs impuissances. Certains prennent des précautions pour parler : "Dans le Coran, il est écrit que ces choses-là ne peuvent être évoquées avec une femme mais vous, vous êtes médecin et alors c'est autorisé", ou bien : "C'est ma femme qui m'a dit de

venir vous en parler, parce que vous êtes une femme, mais vous êtes d'abord médecin, et puis vous faites partie de la famille". Ces précautions permettent d'énoncer le tabou, de bien marquer la distance, de me renvoyer dans mon rôle de professionnel, il ne peut y avoir de séduction ni de désir entre nous. La femme que je suis disparaît derrière la fonction. Ils parlent avec mille détours, s'excusant souvent de prononcer des mots qu'ils ne devraient pas. Et, progressivement, la parole se libère. Dans d'autres situations, c'est moi qui suis amenée à poser la question chez les patients hypertendus ou diabétiques : "N'avez-vous pas des problèmes d'impuissance ? Avec madame, ça va ?" Pas toujours facile de poser ces questions-là ! Mais ils ne semblent pas surpris, d'autant moins que ces questions les autorisent à parler de problèmes qui les préoccupent. Il nous faut alors tous les deux faire l'effort de nous replacer dans le contexte d'une relation de soins pour pouvoir parler.

Mais si mettre des mots sur l'intimité leur est possible en présence d'une femme, ils ne peuvent ni se dénuder ni être touchés. Je n'ai pas souvenir d'avoir jamais pu faire un toucher rectal à un homme maghrébin ou turc ni n'avoir jamais pu palper ses testicules. Si les symptômes m'amènent à risquer parfois de le proposer, la gêne réapparaît alors brutalement. Le refus est absolument catégorique : ils demandent l'adresse d'un spécialiste. Je n'insiste pas. La parole permet de mettre de la distance ; cette distance disparaît lors de l'examen physique.

Dans la culture occidentale, les représentations du vécu de l'intime chez les hommes et les femmes de l'Islam sont souvent très différentes de la réalité. Sous le voile se cache parfois une grande liberté de parole. Ces patients peuvent sans transgresser les règles religieuses consulter un médecin de l'autre sexe. Le cadre de la consultation le permet en mettant la séduction à distance, chacun trouvant alors sa place dans la relation de soins.



Des soins du sexe au sexe du soin

Anne Perraut-Solivères

Cœur mûrier.

Anne Perraut-Solivères mène depuis longtemps un travail de recherche sur le subjectif dans le savoir, dans le cadre de ses publications personnelles et auprès des équipes infirmières qu'elle anime. Au-delà de la rigueur des propos, ses soignants ou'elle a interviewés abordent les paradoxes subtils qui fondent la relation de soin.

Lorsque je leur proposai de parler de l'influence du sexe dans la relation de soin, trois hommes et quatre femmes, soignants de nuit, se sont prêtés à ce délicat examen de leur vécu professionnel. Tous, sauf une, reconnurent "user" de la séduction dans leur exercice. Cet entretien à bâtons rompus a pour décor le poste de soin d'un service de réanimation, entre minuit et trois heures. Son ambiance est décousue, perturbée par les incessantes allées et venues des interlocuteurs. Sa musique est inspirée d'une cacophonie de sonneries, de bips, d'alarmes et autres doux bruits de la nuit...

Séduction et sentiments

Dominique, 45 ans : Je me sers de la séduction en fonction des gens, cela fait partie de ma façon de voir le soin. J'ai une attitude différente avec un homme ou avec une femme, et cela varie également en fonction de l'âge. La séduction sert à gagner du temps dans la relation, à aller plus vite, plus facilement, à l'essentiel. Je ne suis pas sûr que cela soit différent parce que je suis un mec, ce qui m'intéresse au bout, ce sont les relations vraies, cela dépend aussi de l'autre, de son humanité.

Michelle, 47 ans : Les hommes infirmiers expriment davantage leur sensibilité féminine. C'est plutôt l'humanité que le sexe qui me paraît changer d'une personne à l'autre.

Dominique : Tu ne peux pas être infirmier si tu ne peux pas laisser s'exprimer tes sentiments.

Michelle : Il y a aussi l'hypermasculinité... pour être le seul homme dans la basse-cour.

Véro, 35 ans : Moi, je me souviens des mains au cul au sanatorium par les grands tuberculeux en isolement. Quand on a une anatomie provoquante comme j'ai toujours eu, on ne peut pas y échapper. Les musulmans se couvrent la tête quand ils dorment, ils bloquent le drap entre leurs pieds et sous la tête. (Riant) J'adorais le tour des prises de sang, l'été, au sanatorium, tous les matins ils avaient la gaule dans le lit... ça faisait comme un piquet de tente.

Michelle : C'est physiologique de bander le matin !

Véro : Oui, je sais, mais la prise de sang les faisait vite débander. Ils n'aiment pas ça, les Maghrébins, qu'on leur prenne du sang. C'était une population jeune, j'étais jeune, tu n'es pas insensible. Quand j'arrivais en civil, les malades me faisaient signe, cela me faisait plaisir. Maintenant, je suis consciente de jouer sur la séduction pour obtenir quelque chose du malade. Avec les trachéotomies, je joue un rôle plus tranquilisant. Les débuts de chimiothérapie, je me mets en valeur pour le patient, je me maquille. Tu le séduis aussi quand tu as un malade chiant. D'une chambre à l'autre, j'ai un comportement différent, quand je me présente, je crée une intimité en donnant mon nom.

Sylvie, 28 ans : A D., je suis beaucoup plus distante, quand ce sont des jeunes, tu as plus un rôle de gendarme. Si tu es sympa, ils t'accaparent, je vois le côté un peu sexuel, je me méfie. Quelque part je crains ça, ils sont très demandeurs, ils charment. Entre Sophie et moi, ça n'a rien à voir, l'âge joue, ils n'ont pas du tout le même comportement. En cardiologie, ce n'est pas non plus le

même rapport. C'est une séduction qui n'est pas physique. Quand les gens sont plus vieux, c'est moins dur. Moi, un mec qui a entre 25 et 30 ans, ça me gêne beaucoup, au-delà de quarante ans, je ne ressens plus aucune gêne.

Michelle : Pour moi, ça dépend des gens. La séduction, c'est le moteur. Quand j'avais 25 ans, cela me gênait beaucoup de soigner un homme de mon âge, maintenant cela ne me gêne plus du tout.

Fausto, 35 ans : La séduction ça marche dans les deux sens, pas forcément pour obtenir quelque chose, mais surtout pour passer un bon moment.

Franck, 32 ans : C'est quelque chose qu'on n'aborde jamais dans notre formation, quand on parle de décalage, ce rapport est complètement exclu d'emblée.

Fausto : J'ai l'exemple de deux femmes qui étaient dans une chambre, l'une avait 60/65 ans, bien dans sa tête, l'autre était là pour un bilan. J'éprouvais de l'intérêt, j'ai eu du mal à m'extraire de la chambre. C'était plus sympa de rester avec elles, on aurait pu discuter toute la nuit. Je le ferais plus facilement avec une femme.

Pouvoir toucher

Sylvie : Quand j'étais plus jeune, j'avais peur que ce soit mal perçu de toucher le malade. C'est une question d'éducation et de peur du jugement.

Michelle : On est gâté de pouvoir toucher les

gens, dans notre métier, on a le droit, les autres n'ont pas le droit... Les gens attendent d'être touchés par nous aussi. On a le pot d'avoir un job où les leurres et frous-frous disparaissent. C'est un privilège d'avoir accès à des relations vraies. Moi, je me fous des protocoles.

Fausto : Le statut d'infirmier t'autorise à toucher. Cela te donne une place que tu ne pourrais avoir nulle part ailleurs. Même dans la discussion, tu vas beaucoup plus loin. C'est la même chose homme ou femme, c'est la blouse qui fait passer les choses. On se met plus près des gens, on leur dit des choses qu'on ne dirait pas à tout le monde. C'est également la blouse, à mon avis, qui neutralise l'aspect sexuel. C'est l'habit qui permet aux hommes d'avoir un rapport professionnel aussi intime.

Franck : C'est vrai que c'est un privilège, la vie en société, ce n'est pas comme ça. Le plus gênant pour moi, c'est de soigner une nénette de mon âge. Je me mets beaucoup plus de barrières qu'avec une adolescente ou avec une femme plus âgée. Les mecs par contre, cela ne me gêne pas du tout. Quand j'étais en stage, on m'avait envoyé baigner une jeune fille qui avait une broche. J'étais très gêné et elle aussi, les infirmières l'avaient fait exprès. Maintenant, quand j'ai une femme jeune dans mes lits, j'essaie de demander à une collègue pour la petite toilette ou le bassin. Quand c'est possible, c'est quand même préférable. Il est probable qu'il y a plus de risque d'attirance sexuelle avec des gens de notre génération.





Michelle : Il faut en parler surtout, leur permettre de le dire aussi, au lieu de rester gêné.

Dominique : C'est vraiment important qu'il y ait des hommes et des femmes dans une équipe, parce qu'on peut se refiler les problèmes, respecter la pudeur.

Pudeur et exhibition

Franck : Montrer le sexe, c'est sale. C'est ce qu'on nous apprend. On est régi par notre éducation. Peut-être que certains ont moins d'inhibitions. Moi, je n'aurais jamais pu travailler dans un service de gynécologie. Je n'aurais pas eu envie de soigner des fous toute la journée.

Michelle : C'est comme les suppositoires, les femmes acceptent les suppos, mais les hommes n'en veulent pas. C'est pire que si tu leur proposais une sodomie...

Franck : C'est culturel...

Sylvie : Comme le toucher rectal, c'est plus difficile à faire accepter à un homme qu'à une femme.

Véro : Et les fécalomes... Quand tu te tapes les fécalomes en pleine nuit, j'ai toujours l'impression de les violer !

Sylvie : C'est vrai que là, tu violes une intimité...

Véro : Regardez le nombre de femmes qui ont la hantise de chier en même temps qu'elles accouchent, par honte... Il y en a plein, plein... Tu as beau leur dire que c'est normal, qu'elles n'y peuvent rien.

Franck : Cela fait partie de nos tabous, cela touche tout le monde parce, que toute notre enfance, on nous a appris à nous cacher.

Michelle : Je crois que le vrai problème, c'est l'intimité, sans forcément parler de sexe. Une fois, j'avais une jeune femme qui était hospitalisée depuis 24 heures. Elle était tombée dans les pommes. Elle me dit : "J'ai un tampax depuis deux jours, je n'ai pas osé demander". Je ne comprends pas comment c'est possible.

Franck : Oui, mais tu ne penses pas forcément, en tant que soignant, à demander à une nénéte si elle a ses ragnagnas, si elle a un tampax...

Michelle : C'est quand même navrant qu'elle ait attendu la nuit pour me demander de quoi se

laver... Elle n'osait pas. Elle avait été prise en charge principalement sur le plan technique et basta...

Franck : Il est certain qu'on n'aborde pas ça aussi facilement que le boire et le manger. Cela devrait faire partie du questionnaire au même titre que le reste.

Fausto : C'est souvent avec les musulmans que l'on a les réactions les plus extrêmes avec la pudeur. Pour moi, cela dépend de l'âge. Plus les gens sont jeunes, plus je fais attention à leur pudeur. Dans mon esprit, c'est plus facile avec un homme jeune qu'avec une femme jeune. Tu le sens à la manière dont ils se comportent, s'ils sont dénudés sur le lit ou s'ils retiennent le drap. En fait, dans les cas d'intégrismes religieux, le sexe joue davantage. On essaie de faire dans la douceur, en plaisantant, pour mettre le bassin, on essaie de ne pas les mettre à poil sur le lit.

Michelle : C'est comme les mecs qu'on trouve assez vicelards et puants, on ne veut pas s'en occuper, on les refille aux garçons quand c'est possible.

Franck : Comme le petit jeune qui avait la trique systématiquement quand C. s'en occupait. Il était là depuis deux ou trois jours. Cela va mieux maintenant, mais c'est vrai que ça commençait à l'énerver.

Michelle : Le pauvre, il bande !

Franck : C'est vrai qu'un mec de mon âge, il bandait... Maintenant, c'est passé, c'est vrai qu'il avait sûrement des conséquences neurologiques qui faisaient qu'étant un peu frontal, il se tripotait sans arrêt.

Michelle : Il se tripote encore pas mal puisqu'il enlève son péniflow sans arrêt. Dès que tu es amenée à le toucher, cela lui fait de l'effet.

Franck : Peut-être aussi que C. lui faisait de l'effet, à chaque fois qu'elle devait intervenir. Elle passait généralement le bébé à un des mecs qui étaient là. Il faut comprendre aussi. Moi, je m'en fous, un mec qui a la trique, cela ne me gêne pas.

Sylvie : Oui, mais tu es un homme...

Michelle : Même en tant que bonne femme, moi ça me gêne moins d'avoir à faire à un gosse comme ça, qui a une atteinte frontale qu'à un vieux machin qui bande moins mais qui est beaucoup plus vicelard. C'est vraiment très subjectif. A la limite, même s'il ne l'est pas,

tu vas le rendre comme ça. C'est vrai qu'on agit sur l'autre...

Franck : Comme D., quand tu rentres dans sa chambre, il est toujours les pattes écartées, les couilles à l'air, moi je ne peux pas m'empêcher de lui dire, "Je ne suis pas censé vous voir toujours à poil, surtout que je ne viens pas pour ça. Si je viens vous aspirer, ce n'est pas pour observer vos roubignoles". Il y en a qui ne font pas gaffe. C'est vrai qu'il y a des patients qui font preuve d'un sans-gêne, d'un manque de pudeur : c'est pas que ça me gêne, cela m'énervé!

Chantal : Et alors la nénéte les pattes écartées, c'est pas trop plaisant non plus...

Franck : Moi, par contre, cela ne m'est quasiment jamais arrivé. C'est beaucoup plus rare. On a plus souvent des mecs qui se laissent aller à avoir les pattes écartées, la bite à l'air, sur un lit parce qu'ils ont chaud, soit-disant, alors qu'ils pourraient quand même garder un petit drap ! Alors que des femmes c'est hyper rare.

Michelle : Cela dépend comment tu es derrière, parce que moi quand j'ai été opérée, je crevais de chaleur ; j'étais quasiment à poil sur mon lit, avec juste un petit drap entre les jambes, j'ai pu leur sembler impudique... Vu du côté du malade, c'est là où tu aimerais que les soignants ferment les portes.

Chantal : En réanimation, c'est difficile de fermer les portes.

Franck : Ce n'est pas rare qu'un patient ventilé, sédaté, soit laissé à poil sur son lit, tout le monde passe dans le couloir et on ne s'en aperçoit même pas.

Michelle : C'est quand même curieux que quand ils sont inconscients, on ne s'en préoccupe pas alors que quand ils sont lucides on ne le supporte pas... (Riant) on aime bien que ce soit nous qui choisissons...

Franck : Si la personne n'a pas le choix, c'est différent que si elle est consciente et qu'elle peut se cacher...

Chantal : Ce n'est même pas la nudité qui me dérange, c'est la position qu'ils prennent dans leur nudité, la position peut être vulgaire.

Franck : La nudité inconsciente est beaucoup moins gênante. C'est vrai que c'est probablement lié à la position. Généralement, quand ils sont

inconscients, ils n'ont pas les pattes écartées, ils sont arrangés dans le lit, c'est une nudité, on va dire, standard... Ce n'est pas une exposition.

Michelle : Oui, mais dans le lit, avec leur matelas en plastique, quand ils chauffent, ils ne vont pas se serrer. S'ils sont à poil, c'est qu'ils essaient de ventiler. C'est sûr que ce n'est pas attrayant, ce ne sont pas des canons, pas des miss Monde qu'on a, il y a beaucoup de pneus, beaucoup d'odeurs, s'ils sentaient bon la menthe et s'ils avaient de belles cuisses, peut-être qu'on materait... (Rires).

Franck : Cela nous gênerait moins...

Pratiques : S'ils étaient beaux cela ne vous gênerait pas ?

Michelle : Moins...

Chantal : Allons, cela nous gênerait tout autant, c'est cette position vulgaire...

Michelle : (Plaisantant). Allons, ça te gênerait moins si c'était tentant...

Franck : Si tu avait un beau mâle de quarante ans avec un braquemart comme ça dans le lit... (Rires)

Michelle : Je crois aussi que ça dépend des moments, il y a des moments où on supporte mal, cela ne vient pas que d'eux.

Franck : On accepte plus facilement ce que nous on impose.

Michelle : Il y a des moments de ta vie où t'en as marre de voir des vieilles queues vertes qui coulent... ou mauves !

Chantal : Oui, mais même des jeunes queues...

Franck : (Riant) Oh, des queues vertes et mauves... on ne soigne pas les mêmes.

Michelle : Non, mais il y a des époques où la nudité de l'autre te gêne moins que d'autres. En 25 ans de carrière, il y a des moments où ça me gonfle plus que d'autres.

Franck : Non, non, moi c'est tout le temps.

Chantal : Moi aussi. Mais c'est la vulgarité qui me gêne.
Michelle : Qu'est-ce qui est vulgaire selon toi ?

Chantal : Une femme en minijupe qui s'assoit les





jambe écartée est vulgaire, alors qu'une autre qui s'assoit correctement ne l'est pas.

Sylvie : Montrer, c'est exister...

Pratiques : Finalement, ce n'est pas la nudité qui est dérangeante. Mais, la sexualité qui est présente derrière.

Michelle : Ben oui, c'est ça...

Chantal : Je ne sais même pas si c'était sexuel, la connotation de cette dame...

Franck : Ben si, puisque tu dis que les fesses ne te dérangent pas, c'est surtout la foufoune qui te gêne.

Chantal : Non, n'interprète pas, je dis que si le malade est exposé parce qu'il dort je m'en fiche, mais cette vieille là ne dormait pas... elle s'exposait... c'était de la vulgarité.

Franck : Quelqu'un qui te montre son cul dans un lit, cela peut être vulgaire aussi. Effectivement, le sexe, masculin ou féminin c'est quand même plus intime, c'est plus provoquant que les fesses. Pourquoi, le sexe gêne alors que les fesses ne gênent pas ?

Chantal : En dehors du sexe, il y a des gens qui ont des gestes qui me gênent tout autant que ce putain de sexe...

Pratiques : Sexuel, ne signifie pas uniquement génital, si on insiste sur l'aspect vulgarité que vous soulevez, c'est parce qu'on parle de quelque chose qui nous interpelle plus ou moins selon que l'on suppose ou non une intention derrière la nudité de l'autre. Vous dites bien que ce n'est pas la nudité en soi.

Franck : La plastique joue aussi un rôle. C'est vrai que quand tu vois un bébé nu, ses petites burnes, ses fesses, ne te gênent pas. C'est bien parce qu'il y a autre chose chez l'adulte, ce sont les intentions. Ce sont tous les interdits aussi qu'on nous a appris. Ils resurgissent tout le temps.

Michelle : On nous a appris à fermer les jambes.

Véro : Et qu'est-ce que tu penses de ces vieilles infirmières de l'AP qui envoyaient systématiquement les petites jeunes raser les pubis des mecs en chirurgie ? Les pauvres mecs bandaient et nous on ne savait plus quoi faire.

Sylvie : Avec l'expérience, tu vas parler au malade, dédramatiser, mais on nous balançait comme ça. Déjà, quand il y a un garçon de ton âge que tu dois laver, tu dois faire un effort.

Michelle : C'est de la connerie, de la provocation, cela s'apparente au bizutage.

Masculin, féminin, les différences

Sylvie : Les malades croient souvent que les infirmiers hommes sont médecins. Il arrive d'ailleurs qu'on en joue pour les calmer.

Fausto : Par rapport au travail particulier de la pneumologie où il y a beaucoup de mécanique, tu retrouves souvent des mecs du fait que la technique nous pose moins de problèmes. On fait ça plus naturellement que nos collègues femmes. Elles ont toujours un peu de mal à s'y intéresser et à gérer ça. Les chefs de service sont aussi beaucoup plus patients avec nous. Par ailleurs, je ne donne pas les mêmes explications à un ou une malade. Avec un homme, je vais aborder plus facilement l'éducation trachéale par son aspect technique, avec une femme cela va plutôt porter sur les aspects pratiques, les aspects vie courante. Souvent, les femmes ne supportent pas l'image du corps, le trou supplémentaire. Chez les hommes, c'est moins exprimé. De là, on aborde les choses différemment. Le fait d'être des hommes nous donne plus d'autorité, on a moins cette image de bonne sœur, les malades essaient moins de nous exploiter.

Franck : Moi, la violence de certaines femmes me dérange. La giclante d'éther destinée à faire débarquer les hommes plus vite n'est pas indispensable.

Fausto : Dans ma promotion, on était trois mecs pour cinquante nana, pourtant je ne me suis jamais senti gêné d'être à l'école d'infirmières. Pendant les études, le comportement des équipes étaient souvent différents avec les garçons et les filles. Je me souviens d'un service qui était la hantise de toutes les filles, à l'Hôtel Dieu. On allait jusqu'à fouiller leur sac à main, les infirmières et la surveillante. C'était une angoisse pour les élèves d'aller là-bas, les notes étaient toujours déplorable. Moi, quand on m'a filé ce stage, je n'étais pas ravi... Tout s'est très bien passé. La surveillante qui faisait pleurer les filles, s'est montrée très cordiale avec moi alors que je n'avais rien fait de particulier.

Le cabinet des dames

Je peux vous le raconter sur le mode de la Genèse. Au commencement était MARIE. Et MARIE fut enceinte, et LAURE la remplaça. Et elles virent que leur entente était bonne et elle s'associèrent. Et LAURE fut enceinte, et DOMINIQUE la remplaça. Et elle virent que leur entente était bonne et elles s'associèrent. Et DOMINIQUE fut enceinte et Nicolas la remplaça. Et DOMINIQUE fut enceinte et Nadine la remplaça et comme la typographie vous le suggère, elle ne s'associèrent pas, bien que l'entente ne fut pas mauvaise. Il y manquait un je ne sais quoi. ANCA devait faire ce remplacement, ne le fit pas, mais fut cependant la quatrième. Il est des ententes qui font "bon ménage". Et ANCA choisit le nom de LILIANA.

Je peux vous le raconter sur un mode mathématique. $1+1+1=4$ ou $4 \times 1 = 4$
Cette formule a le mérite de la simplicité mais n'explique pas grand chose.

Je peux vous le raconter sur le mode du Gynécée. Entre femmes, pas de prise de bec, contrairement aux idées reçues : des fous rires beaucoup, des coups de gueule aussi, des explications, discussions, remises en cause. Enumérations de nos réunions hebdomadaires de mise à plat, de nos chuchotements entre deux consultations. Une constante : pas de prise de pouvoir, pas de vérité absolue, une reconnaissance constante des forces et des faiblesses de chacune, de l'originalité et de la spécificité de chacune. Je peux vous raconter la rigoureuse Marie, l'empathique Dominique, la scientifique Liliana et l'intuitive

Laure, et leur complémentarité. Un associé nous aurait-il empêché de rire autant ?

Je peux vous le raconter à travers "ce qu'on en dit" :
"Les nanas de St Jean"

"Ah ! Le cabinet de gauchistes ?"

"Cet aspect fusionnel a quelque chose du rapport au père à élucider."

"Ca ne peut pas marcher sur le plan financier."

"Il aurait été plus raisonnable - rationnel - intelligent - rentable - (rayer la mention inutile) de s'associer avec un homme - mec - mâle - confrère (idem)."

"Ce sont des gouines." (Car il semble bien que des femmes travaillant sans hommes sont forcément "des femmes sans hommes".)

Je n'ai jamais entendu ce genre de remarque concernant des cabinets de groupe hommes, et vous ?

Mais on dit aussi "le cabinet des dames".

Je peux laisser chacune d'entre elles raconter à sa manière :

MARIE :

"Les Nanas de Saint Jean", disent nos collègues : cette appellation me semble reconnaître l'existence d'un réel travail en groupe mais aussi être un brin réductrice en méconnaissant nos individualités, nos différences comme si nous ne parlions que d'une seule voix.

Pour moi, le ciment de notre association est l'acceptation du regard et de la parole de l'autre : nous pouvons travailler ensemble avec chacune nos insuffisances parce que nous avons la conviction

Laure Van Wassenhove

Liliana Fedorean

Dominique Orhan

Marie Keyser

Médecins généralistes



tion d'être reconnue et appréciée par les autres. C'est le travail de la parole qui tisse ce lien : nous partageons des réunions-repas hebdomadaires et, plus profondément, nous avons mené pendant plusieurs années une réflexion commune avec l'aide d'une psychologue ; à travers les situations médicales abordées, nous nous sommes aidées, nous avons appris à nous connaître, à nous respecter, à nous remettre en cause ; nous nous sommes enrichies de nos différences ; nous avons abordé nos conflits de pouvoir. Ce travail, nous sentons le besoin de le reprendre maintenant que nous sommes quatre (associées depuis un an). Nous n'avons pas fait un choix délibéré d'un cabinet de femmes mais, avec du recul, je pense que le fait de travailler entre femmes nous évite (au sein du cabinet) le rapport à la domination masculine, réelle souvent, fantasmatique parfois ; les hommes ne sont-ils pas les héritiers du statut à la fois contraignant et jouissif de "dominant" et nous, "le deuxième sexe" ? Entre femmes, nous avons pu probablement plus facilement laisser tomber les masques et nous dire un peu telles que nous sommes avec nos richesses et nos insuffisances.

LAURE :

Il y a-t-il vraiment une spécificité à exercer on groupe de femmes ? Pourquoi cette question n'est-elle jamais posée aux hommes ?

Faut-il ramener la sexualité à ce trouble qui peut exister dans certaines consultations (que chacun, chacune, soit ramené(e) à ses propres projections), à ces adolescents rougissants qui me parle de leur acné, à cette plus grande aisance dans les consultations avec les femmes quelque soit le sujet abordé, à ce plaisir de plonger mon regard dans celui des nourrissons, à mon malaise à faire des "touchers rectaux", à ce contact chaleureux qui passe dans le regard, dans le rire ou dans le toucher, à ces lettres d'amour qui m'ont laissée sans voix car anonymes, à ces femmes homo avec qui je me suis laissée surprendre par le manque de distance, plus habituée à me défendre des manœuvres de séduction des hommes, à ces exhibitionnistes qui viennent se déshabiller et éjaculent parfois misérablement au cours d'un examen où "les mots pour le dire" ont du mal à trouver leur place. Chaque consultation porte sa part de sensualité ; chaque consultation me confronte à l'angoisse de mes patients à se retrouver, eux ou leur proche, dans une situation mortifère.

La parole et le toucher sont nos deux médiateurs indissociables, incontournables. Ni "magnétiseurs" (mais quel réconfort dans notre toucher !), ni "psy" (mais quelle force dans notre parole !).

Mes chers confrères ont sûrement, en miroir, les mêmes difficultés à résoudre.

DOMINIQUE :

Un cabinet de femmes pourquoi ? La question nous est plus souvent posée qu'elle ne nous pose problème. Ce n'était pas un choix prémédité, les choses se sont faites ainsi.

Difficile d'imaginer une autre situation (comment serait notre association avec d'autres personnes quelque soit leur sexe ?). Mais je pense que la présence d'un homme nous inciterait à plus de pudeur, de retenue dans nos discussions et peut-être en seraient-elles plus superficielles, plus techniques. La connivence que nous avons, cette complicité affective me manquerait si je devais travailler ailleurs.

Néanmoins, quelquefois, je regrette de ne pas pouvoir proposer le choix d'un consultant masculin à certains patients. Je me sentirais plus libre avec eux, en particulier ceux que l'on connaît "en dehors", et ce n'est pas si rare dans nos villages, lorsque le motif de consultation est assez intime. Dans notre bande de "mieux", j'ai enfin envie de parler de Bernadette, même si le sexisme ambiant n'incite pas à imaginer un secrétaire masculin. Elle est la solide et discrète mère de quatre filles exubérantes. Sa féminine présence est indispensable à notre quotidien, bien au-delà de ses performances techniques, qui sont remarquables.

LILIANA :

Il était une fois une remplaçante qui cherchait sa place tout en traînant derrière elle un sac lourd d'une dictature, d'un déracinement et d'un certain manque de confiance.

J'ai franchi la porte des "nanas de St Jean" et j'ai compris qu'ici il ne fallait pas prouver "être le meilleur", qu'ici on savait que chacune avait ses limites. J'ai senti une unité très rassurante.

Donc oui, pas de prise de pouvoir, mais quel travail pour garder l'équilibre sans empiéter sur nos personnalités différentes ! C'est l'équilibre entre l'unité et la diversité qui se joue tous les jours. On se parle, on s'écoute. Et l'écoute que nous avons entre nous ne continue-t-elle pas merveilleusement bien dans notre bureau une fois la porte fermée ?

La séduction peut-elle être un moyen pour briser la distance, pour ouvrir le dialogue ?

Séduction / sexualité : comment poser les limites ? Peut-être dans les gestes précis, techniques, dès qu'on passe au corps nu sur le "divan" d'examen, dans les mots bien choisis, dans la réflexion, une fois la porte refermée, sur le patient... et dans la confrontation permanente de nos réactions, de nos projections différentes.

Histoire de désir

Pratiques : Comment l'histoire de la médecine a-t-elle réparti les rôles de la fonction soignante entre hommes et femmes ? Comment le corps médical a-t-il pris pouvoir sur le corps des soignés, dans sa dimension sexuée ?

Ariette Farge : Au XVIII^e siècle, la situation est en pleine évolution. C'est la femme qui est la soignante par excellence : elle accouche, elle "porte" la médecine – les médicaments, les onguents... Donc, elle connaît les plantes mais elle a aussi une pratique forte de tous les maux musculaires ; elle a une approche du corps très grande. Seuls sont hommes, les dentistes – ceux qui arrachent des dents sur le Pont-Neuf – ou les grands médecins à la Cour (dans la société très aristocratique) où ils pratiquent la saignée et autres soins. Ce sont aussi les débuts de la chirurgie, par exemple la césarienne qui commence à être pratiquée à la fin du XVIII^e siècle. En résumé, les actes où on entre dans le corps, l'intrusion chirurgicale à l'intérieur du corps, se font par l'homme, et tout ce qui est soin à l'extérieur du corps, accouchement, soin qui enveloppe mais n'entre pas, se fait par la femme.

C'est une période d'essor extraordinaire pour la médecine. Les femmes, à cette époque, ont un savoir considéré comme très rudimentaire et surtout toujours soupçonné, par les médecins et par l'Eglise, d'être lié à de nombreuses pratiques superstitieuses. Tout l'effort du XVIII^e portera sur le rationalisme des Lumières, sur son exigence de scienti-

ficité. Cette époque voit beaucoup d'expériences médicales nouvelles, le magnétisme par exemple, des inventions scientifiques importantes et là, les hommes vont effectivement prendre la place, écarter les femmes. Lorsqu'on le présente de cette manière, on pourrait penser qu'il y a une logique consciente mais non – de fait, les femmes sont reléguées au rang de celles qui doivent avoir l'initiative des soins mais qui ne les prodiguent qu'une fois que le médecin a indiqué la thérapie appropriée. On se méfie beaucoup – on est encore proche des grands procès de sorcellerie – de l'image de la femme sorcière du XVII^e siècle. Au XVIII^e siècle, par ailleurs, on travaille beaucoup sur l'hygiène ; la place de la femme se décale et ce sont les hommes, les médecins, qui prennent cette place.

Dans les très riches archives de l'Académie de médecine, on trouve ainsi d'innombrables rapports de médecins de campagne adressés au Roi, à l'Académie Royale pour expliquer leur combat pour le savoir. Ils sont chargés de tout un progrès manifeste, sans réelle intention, j'insiste, de combattre, consciemment, le pouvoir médical féminin mais ils agissent simplement au nom de la science, au nom du progrès dont ils sont convaincus que les femmes ne peuvent l'incarner. Et ces médecins vont, avec leurs théories sur l'hygiène, sur les humeurs, prendre une importance de plus en plus grande.

D'une façon plus générale, la femme est prise

**Entretien avec
Ariette Farge**

Historienne

Ariette Farge est historienne et directrice de recherche au CNRS (Centre de recherches historiques – EHESS). Spécialiste de l'histoire des femmes et du XVIII^e, elle s'intéresse, entre autres, à la violence, exercée sur et par les femmes et à leur souffrance (voir Pratiques n° 3, troisième trimestre 1998, Penser la violence).



dans une représentation médicale bien particulière. En effet, il faut rappeler ici qu'en ce qui concerne le corps de la femme, on ne sait pas encore, à cette époque, comment fonctionnent les règles. On ne le saura que très tard, vers la fin du XVIII^e ou au début du XIX^e. Cette fonction, cet état régissant les humeurs féminines, sont très impressionnants pour les hommes. L'utérus est considéré comme une sorte de boule toujours en mouvement dans le ventre de la femme, ce qui la rend prisonnière de ses humeurs ; cela, et la méconnaissance du fonctionnement des règles, donnent quand même il faut se mettre dans leurs systèmes de représentations – une grande étrangeté à ce corps féminin.

On a souvent considéré les médecins de ce siècle comme des "brutaux", ce n'est à mon sens pas le cas. Leur discours n'est pas dévalorisant ; ils ont en même temps une espèce de compassion pour ces femmes prisonnières de ce mouvement circulaire incessant, qui tous les mois fait s'écouler leur sang, et pendant le reste du mois est en "révolution" : c'est le terme qu'ils emploient. Cette compassion s'accompagne d'une peur très grande du corps de la femme, et d'une certaine forme de désir. Le médecin ne peut qu'imaginer la femme toujours désirante, parce qu'au XVIII^e siècle, on voit beaucoup de textes médicaux sur le thème : "D'elles, tout peut naître ; d'elles, tout peut venir, les monstres, des accouchements absolument terribles, des enfants à deux têtes..." C'est l'époque de la monstruosité et c'est vraiment du ventre de la femme que tout peut venir. Tout cela est extraordinairement inquiétant, cette révolution permanente de son utérus, le fait que sans arrêt naissent d'elle des tas d'étrangetés, des humeurs extrêmement difficiles et un désir forcené. Et néanmoins, le médecin est un être qui désire la femme, et on peut lire les textes comme essayant de se cacher cette réalité, en rejetant sur l'autre la peur du désir.

Je vais vous raconter une anecdote glanée dans les rapports médicaux de l'époque : elle illustre bien l'idée que l'on se fait au XVIII^e siècle des humeurs extrêmement changeantes des femmes, humeurs que l'on conçoit aussi comme extrêmement contagieuses. Parce qu'elles sont souvent ensemble, on pense en effet que les femmes se "contaminent" entre elles. L'histoire se passe dans

un petit village de l'oire, où un médecin est appelé pour une femme affligée d'un hoquet persistant. En fait, ce hoquet devient contagieux – au XVIII^e, les sentiments sont exacerbés : "Imaginez-vous tout un village où toutes les femmes ont une espèce de hoquet, si fort qu'on l'entend depuis un autre village à quelques centaines de mètres..." On appelle les médecins qui arrivent à cheval et ne savent que faire de toutes ces femmes en hoquet, susceptibles de faire ensuite des crises de convulsions (c'est l'époque des convulsionnaires de Saint-Médard). Ils vont faire, à propos de cet événement, des rapports à l'Académie absolument fous, parce qu'ils éprouvent une peur terrible.

Pour les médecins de ce siècle : c'est cela la femme, celle qui peut contaminer les autres femmes par l'étrangeté de ses humeurs. Ils n'ont pas un jugement négatif, ils sont simplement perplexes face à ce corps en proie à une espèce de stupeur, et qui, dans leur imaginaire, est toujours un corps désirant.

Un autre de ces rapports, que j'ai retrouvé à la bibliothèque et publié, est envoyé par un médecin demandant aux grands médecins du Roi une explication sur un phénomène étrange dont il est le témoin : une jeune femme dont les seins, au moment de ses règles, produisent de petits grains de blé. Il les avait mis dans un petit sac et envoyés, et lorsque j'ai ouvert le courrier, ils étaient dorés comme au premier jour ! Dans sa missive, il emploie ces termes : "...je vous dis cela parce que j'y crois comme à ma mort et à ma vie". Les hommes médecins ne sont pas dans la superstition : ils sont simplement tous convaincus que, de la femme, tout peut venir, il peut sortir de ses seins des grains de blé, cela n'étonne personne, comme des enfants monstres. Il faut bien se replacer dans ce contexte là pour comprendre ces mécanismes.

En même temps, ils ne peuvent imaginer la femme qu'en état de désir et lorsqu'ils vont écarter les matrones et les accoucheuses, ce sera un grand choc pour la pudeur des femmes d'être examinées par un homme. Leurs maris s'y opposeront souvent. Les femmes auront réellement au début l'impression d'être "violées". Il faut imaginer une société qui n'a jamais connu cela – tous

ces gestes étaient faits avec toutes les femmes autour, et les hommes absents, dans la cour ou derrière les fenêtres !

Bien sûr, le médecin va s'imposer peu à peu, il possède davantage de science, il est formé à l'université et lorsque les femmes verront les enfants arriver mieux à terme, elles accepteront progressivement son intervention. Mais, en même temps, cela va être un choc psychologique – bien que ce mot soit anachronique pour l'époque.

Lorsque je dis "le médecin ne peut qu'imaginer la femme en état de désir", je prends le sens de désir au sens le plus large : l'idée que, de son corps, peut tout venir. Mais en même temps, il a peur de reconnaître, en lui, son propre désir. Il y a tout d'abord une part de gêne : pour les hommes, cela n'a pas été simple de "s'introduire" dans le corps des femmes, et en même temps, on est très fortement conscient, au XVIII^e quand on est médecin, de sauver l'humanité. On ne peut pas travailler sur le rapport hommes/femmes, médecins/femmes, sans penser qu'à l'arrière plan, il y a toujours l'idée de sauver des vies. C'était une époque terrible, pour un enfant venant au monde, il y en avait tant qui ne survivaient pas, tant de femmes qui mouraient en couches...

On dit souvent que c'est la technique du forceps qui a mis l'accouchement entre les mains des hommes...

C'était une idée très répandue dans les premiers discours d'histoire des femmes auxquels j'ai participé. Je pense qu'à l'époque les femmes avaient besoin de revendiquer, de dire, leur histoire. Lorsqu'on se penche de plus près sur l'histoire médicale, c'est beaucoup plus complexe. Les hommes n'arrivent pas à un moment donné en se disant : "Il faut que nous prenions la place des femmes"...

Ce que je trouve le plus extraordinaire à cette époque, c'est de voir l'état de stupeur masculin devant le corps de la femme. À mon avis, cela reste toujours présent, nous en sommes encore héritiers, l'homme est quand même encore un peu stupéfié par le corps de la femme, c'est quelque chose qu'il désire, dont il soupçonne les désirs, qu'il ne connaît pas bien. On rencontre

encore des hommes aujourd'hui qui ne savent pas exactement de quelle manière fonctionne le cycle féminin. J'ai fait une enquête sur ce sujet, il y a peu de temps, et je me suis aperçue que certains pensent par exemple que les règles ne durent qu'un seul jour : je ne sais pas comment leurs compagnes arrivent à leur cacher que cela dure plus longtemps !

Le XIX^e siècle devient beaucoup plus obsessionnel. Tandis que le XVIII^e siècle des Lumières est celui de l'enthousiasme face à une science qui advient, au XIX^e siècle, à partir de la Restauration, se met en place un pouvoir hygiéniste et sanitaire masculin, beaucoup plus intentionnel. C'est un pouvoir très fort, relativement dominateur qui va s'exercer sur les espaces ; Haussmann se met à réguler nos espaces, le pouvoir hygiéniste s'exerce aussi sur les institutions, sur les anormaux ; c'est l'époque du discours sur la dégénérescence, le criminel, la femme criminelle qui, pour les médecins, revêt en quelque sorte les aspects du corps masculin. Toute une théorie s'élabore au XIX^e, basée sur la peur, on ne peut pas dire autrement. Le pouvoir médical se concentre d'une part autour du sale, du criminel donc du dangereux – on passe très vite de l'un à l'autre – et sur la sexualité d'autre part. L'Eglise accompagne largement ce mouvement : ce qui va être du domaine de la confession, de l'aveu, se concentre beaucoup sur la sexualité. Les livres des confesseurs de l'époque révèlent qu'ils demandent aux hommes et aux femmes un nombre de précisions inouïes sur leurs rapports sexuels – c'est intéressant pour l'historien – mais d'après ces éléments, on peut caractériser quand même, sans jugement de valeur qui serait malsain, le XIX^e siècle comme un siècle obsessionnel.

Bref, le XIX^e est très lourd pour les femmes, fermé, "carcéral". La Révolution les a exclues du pouvoir politique, des assemblées, alors qu'au XVIII^e elles sont très participantes à la vie publique. De plus, l'industrialisation naissante va vraiment établir une non-mixité qui n'existait pas – le XVIII^e est un siècle mixte ; les hommes vont partir à l'usine, il n'y a plus d'ateliers, mais des industries et les femmes sont beaucoup plus exclues des métiers. On leur demande à ce moment de "rentrer dans la famille" ; c'est un mouvement où le privé et le public deviennent très séparés, et où la femme –





ce qui n'a jamais existé – est considérée comme gardienne du privé et gardienne de la force de travail de son mari ; et l'homme comme participant à la vie publique.

Cette situation explique en partie le nombre très important de vocations religieuses de ce siècle ; les femmes ne vont avoir d'issue sociale que dans la vie religieuse. Il ne faut pas croire qu'elles seront plus pieuses que d'autres ; elles voient là la seule manière autorisée d'accomplir une mission sociale, en tant qu'éducatrice, hospitalière, soignante ; au début du XIX^e siècle, ce sera dans les couvents, chez les sœurs hospitalières, dans les congrégations et progressivement dans les milieux soignants (c'est ainsi qu'en 1848, lors du suffrage universel, on prétendra qu'on ne donne pas le vote aux femmes parce qu'elles sont conservatrices, qu'il y en a beaucoup dans les couvents ; en fait, cela ne se confirmera pas). C'est à partir de là que se forge la figure de la femme infirmière, avec son uniforme, le voile et aujourd'hui la blouse blanche, figure modelée sur la Sainte Vierge mais qui débouche vite sur la putain : ce sera le grand fantasme de l'infirmière nue sous sa blouse, lequel se décline à partir de cette apparition de l'infirmière et de la sœur hospitalière. La dichotomie est aussi très grande entre le corps féminin sous le contrôle du pouvoir masculin comme cela s'est amorcé au XVIII^e tan-

dis que l'expression de la souffrance, tout ce qui est de l'ordre de la parole, est confié aux femmes.

L'infirmière est soignante, certes, mais elle est aussi parlante, à l'opposé du médecin ; moins ce dernier parle, plus il a de pouvoir. La femme est non seulement celle qui donne les soins rudimentaires mais elle est, et apparaît évidemment avec les congrégations hospitalières, sous le visage de la consolatrice. C'est une assez belle figure mais soumise à un ordre, à un pouvoir hiérarchique.

Avec la Grande Guerre de 14-18, va se décupler cette figure de la femme soignante et consolatrice – les deux allant ensemble – avec son uniforme de religieuse qui la donne pour une vierge consolante. Elle est la seule présence féminine pour les hommes de 14-18 – maintenant on a de plus en plus de témoignages là-dessus – et la seule image de la femme qu'auront ces hommes-là entre 1914 et 1918, c'est l'infirmière, la femme-mère. Ils aspirent à être blessés pour rencontrer la femme, la rencontrer sous cette forme. Et finalement, c'est une arme, je pense, une arme qui va aider au moral des armées. C'est elle qui peut faire tenir les blessés, avec ses voiles blancs, elle fabrique de la charpie ; elle est le dernier recours, elle aide à mourir et elle incarne en même temps très fortement l'idéal maternel, la force et la présence de la mère.



La guerre de 14 est vraiment un moment clé pour le rapport homme / femme, un moment d'extrême déséquilibre. Quand les hommes rentreront du front, il y aura beaucoup de veuves, donc une situation de solitudes féminines ; et puis toutes ces femmes qui auront eu une énorme importance, auront beaucoup travaillé pendant la guerre, remplaçant leurs hommes dans tous les métiers, retourneront à la maison... Sur le moment, je crois que la société était dans un tel état de destruction, les femmes dans une situation de tel épuisement moral et psychique, que peut-être n'avaient-elles qu'une envie : rentrer à la maison et souffler. Cela a eu des conséquences énormes sur la durée...

Chez les soignants, y a-t-il eu ou y a-t-il une manière différente de soigner, chez les hommes ou chez les femmes? Chez les soignés, le savoir-faire familial a-t-il été et est-il réparti de façon différente ?

Oui, c'est ce que je disais sur le XVIII^e siècle, l'intrusion dans le corps, la chirurgie, ouvrir le corps était un geste masculin (comme tuer le cochon, acte masculin, tandis que faire le boudin est une tâche féminine). Tout ce qui est découvertes, découvertes scientifiques, expériences, initiatives, ouvrir, découper, appartient au pouvoir masculin. Et ce pouvoir est toujours infantilisant pour le soigné, qu'il soit homme ou femme, on le voit dans les textes des médecins, où le souhait formulé est que le soigné ressemble le plus possible à un objet inanimé. La représentation de la femme, c'est le corps en révolution dont je parlais tout à l'heure, mais il y a toujours cette idée, ce fantasme, qu'au fond, "s'ils pouvaient tous être morts, on travaillerait tranquillement". Utopie puisque le médecin est là pour soigner ! Mais c'est de là que vient ce pouvoir infantilisant ressenti par tous lors d'une hospitalisation quand on dit, toujours "Je ressemble à un enfant, je régresse". Ce phénomène est dû à la demande inconsciente de tout un corps médical qui souhaiterait que le soigné soit un objet inanimé pour pouvoir aller au plus loin de la découverte scientifique. C'est cette tension folle entre la vie et la mort. La vie en fait, ils sont là pour ça, les médecins, et en même temps le rêve inconscient, freudien, c'est que le soigné soit un objet inanimé, ce qui cause des décalages entre homme et femme,

car évidemment on ne peut pas le demander de la même façon.

En ce qui concerne le savoir faire féminin, je crois que la femme s'occupe beaucoup plus, non pas naturellement mais culturellement surtout, de la plainte et des larmes. Un très beau sujet, peu traité, est le rôle des larmes dans la médecine : qui pleure ? Comment pleure-t-on ?

Pleure-t-on ? Au XVIII^e siècle, on pleurait beaucoup tandis qu'au XIX^e, on s'est déjà contraint, on pleure moins. Le rapport aux larmes devient une étrangeté supplémentaire alors qu'au XVIII^e siècle, curieusement, on riait, on pleurait, dans la rue, par effusions. C'est un siècle très fusionnel. La nouveauté entraînait souvent les larmes. Le XIX^e devient un siècle où les corps sont plus dressés. La larme, et notamment celle des femmes, devient une étrangeté aussi grande que le sang. Et la stupeur du médecin devant les larmes ! C'est un phénomène qui reste. Je ne sais pas s'il vous est arrivé de pleurer devant un médecin mais cela leur fait peur.

J'ai un souvenir personnel à ce sujet : j'avais de la kératite, et je suis allée consulter une médecin ophtalmo, l'air plutôt gentille, dont le diagnostic a été le soin par des larmes artificielles.

Je lui dis : "C'est quand même étrange, je suis obligée d'acheter des larmes alors que – je venais d'avoir un deuil récent – je pleure beaucoup". Elle me regarde et me répond : "Ce n'est pas le sujet". Oui, c'est vrai, ce n'était pas le sujet... Mais je trouvais bizarre d'aller à la pharmacie acheter des larmes alors que mes yeux coulaient. De plus, lorsque quelqu'un avoue ses larmes, il ne faut pas être grand-clerc pour comprendre qu'il attend un autre type de réponse ! Les larmes c'est donc assez tabou, un phénomène trop gênant.

La femme, de par la façon dont elle est habituée culturellement à vivre les gestes du quotidien, est très préoccupée de l'ergonomie, du confort, de tout ce qui concerne le geste que peuvent ou ne peuvent pas accomplir les malades. Dans les textes des infirmières de la fin du XIX^e et du début du XX^e siècle, on voit beaucoup de notations très intéressantes sur l'essoufflement, sur la marche, sur les formes des douleurs, qu'elles savent mieux décliner que l'homme, qui dit : "Vous avez mal, vous n'avez pas mal ?", mais ne se préoccupe pas de la façon dont on a mal.





De plus, tout ce qui touche au sang est un sujet plus aisément manié verbalement entre femmes, ou par les femmes ; même pour la blessure, le sang qui coule alors que l'on pense à l'homme guerrier, au sang des champs de bataille qui, soit-disant, ne ferait pas peur aux hommes. Tout ce qui est évacuation humorale également, comme l'urine et les selles, les odeurs, les exhalaisons, ce sont elles qui les accueillent, d'une part, plus facilement, et d'autre part, elles arrivent à décliner sur ce sujet un vocabulaire plus riche que celui de l'homme.

Quel regard sur le sexe a eu la médecine ? Y a-t-il eu autre chose que l'occultation et l'objectivation ? Comment l'interdit des relations sexuelles entre soignants et soignés a-t-il été vécu au cours de l'histoire ? Comment cela s'articule-t-il avec l'histoire de la pudeur ?

Au XVIII^e siècle, on est face à l'idée de la femme toujours stupéfiante, prise dans un désir très fort. D'une manière générale, le désir semble le sentiment le plus patent, le plus manifeste, qui court sous des formes très différentes du XVIII^e siècle au XX^e siècle. Ce n'est pas un invariant mais c'est une notion toujours présente.



Le désir "déborde" également dans la fonction soignant-soigné, à l'hôpital ou dans le cabinet médical. Sans doute plus à l'hôpital : dans le cabinet médical, c'est plus contrôlé, parce qu'on est deux, simplement ; parce qu'il y a un dialogue qui s'instaure de façon très codée. Tandis qu'à l'hôpital, beaucoup de choses peuvent arriver, beaucoup de spectacles sont là, devant vous.

Mais le désir, bien qu'il ne soit jamais nommé, est la chose la plus patente, celle qui déborde de partout, qui est censée se contrôler peut-être justement parce qu'on croit toujours le contrôler...

Je pense – et je vous parle là non en historienne, mais en particulier – que le désir est justement mis en scène de façon très claire, pour qu'il soit supportable. Au XVIII^e siècle, le désir féminin était considéré comme très dangereux pour le corps médical. La femme est désirante – ce terme n'est pas à entendre dans un sens péjoratif, c'est comme cela. Elle est prisonnière de cet état et c'est ce qui emporte tout. Toute décision médicale est prise par rapport à une sorte de contrôle possible sur cette sexualité qui contamine l'homme aussi. L'homme a peur d'être contaminé par ce désir si fort, et c'est ce qui va lui donner son machisme – quand on a très peur du désir féminin de cette manière, on va lui imposer des règles...

Je l'ai dit, du corps de la femme, tout peut sortir à la fois, y compris les viscères : il ne faut pas oublier tout ce qu'était la fin du XIX^e siècle où tant de femmes ont une "descente d'organes" !. Pour un homme, il n'y a rien de plus terrifiant et il faut en permanence contrôler ce débordement, mettre des écrans, empêcher la parole parce que la parole réactive en même temps... Selon moi, il y a une mise en scène de la douleur, du sexe et du désir dans un hôpital, avec des lieux réservés, comme la salle des infirmières, la salle de garde où les plaisanteries sont possibles, le relâchement face à la souffrance, les mots pour dire sans précautions le corps malade. Il y a une mise en scène de l'architecture, la salle de garde, la salle d'opération, la chambre du malade, avec, malgré tout, la proximité constante du corps nu, mortel et douloureux. Ce contexte est une espèce d'exacerbation des sens et, pour supporter cette exacerbation, il faut mettre en scène dans un hôpital, des lieux réservés pour cela, où l'on peut s'en moquer de façon extraordinairement

grivoise, comme peuvent le faire les médecins, ou de façon très fantoche, ou de façon très dure, si vous voulez, mais dans des lieux spécialisés pour que ce trop plein s'exprime.

L'architecture même du corps médical dans un hôpital est une mise en scène ; mise en scène, aussi, du corps de femme soignante, à la fois interdite et offerte, où on retrouve le fameux fantasme de la blouse blanche et de l'infirmière nue sous la blouse – ce dernier thème étant le plus récurrent. C'est un mythe et quelquefois, ce n'en est pas un, car c'est vrai que sous la blouse, elles ont souvent une tenue légère ! A cette image il faut ajouter la piqure, représentation très forte, qui dérive de celle du XIX^e, la bonne sœur, la vierge consolatrice, maternelle et c'est en même temps la femme offerte, mais refusée dans le même moment, donc qui va vous contrôler, vous inhiber à la fois, que vous allez désirer et qui sera interdite.

Dans cet aller-retour, il y a un relatif plaisir. Cette mise en scène est consentie par tout le monde, par l'infirmière aussi, je crois, qui le sait très bien, qui a été incitée à cela par le médecin et le corps médical car elle produit un "hors-champ" qui focalise le désir en l'interdisant.

Je crois qu'on n'a jamais objectivé cela. Nous sommes héritiers d'une image de l'infirmière qui vient de loin, et de plus je pense vraiment que l'infirmière a une fonction précise à laquelle elle consent.

Par contre, pour l'interdit des relations sexuelles entre soignants et soignés, vous m'excuserez, mais je n'y crois pas ! D'abord parce que j'ai vu beaucoup de choses se passer entre soignants et soignés et je vous parle toujours ici en particulier et non en historienne. Je pense que c'est sans doute une aventure sociale courante et ordinaire. Cela ne me pose d'ailleurs pas de problèmes ; je ne vois pas pourquoi on ne pourrait pas avoir des relations avec son médecin...

Une relation entre soignant et soigné, ce n'est peut-être pas, s'ils sont consentants, si dramatique, dans la mesure où on a connaissance du déséquilibre santé-maladie qui y a présidé. Par ailleurs, il y a quelque chose de difficile dans cette relation : elle a toutes chances d'être éphémère, ce qui n'est pas toujours simple à assumer par la suite.

Par contre, je pense que c'est très important qu'il

existe quelque chose de construit autour de ça. C'est, je crois, des questions de pudeur, de retenue. Dans l'hôpital, on contraint le désir à prendre un chemin habituel d'une normalité saine ; dans la relation soignant et soigné, s'il y avait relation sexuelle entre eux, il ne faut jamais oublier qu'il s'agit du corps malade. Les images sont fortes : puissant/faible, debout/couché, habillé/dénudé, homme/femme, vertical/horizontal. Le sentiment amoureux peut être quelque chose de très fort, mais qu'on abuse de cette situation, qu'on la gauchisse, cela devient grave parce qu'inégal... C'est terrible, l'hôpital, c'est un monde horizontal et vertical. Ces oppositions sont très parlantes : sain/malade, en demande et donnant, celui qui donne et celle qui reçoit ; on est dans un cas de figure déjà complètement faussé. Pour moi, ce n'est pas un tabou mais c'est extrêmement complexe car on est déjà dans la domination.

Et puis, l'image de la mort, évidemment, est constamment là, même si vous êtes dans des services où elle n'est pas si proche, c'est quand même à elle que l'on parle constamment et si on parle à la mort, on parle au sexe.

Propos recueillis par
Geneviève Busson et Elisabeth Lapeyrade

1. Descente d'organes ou prolapsus – complication fréquente, autrefois, des accouchements difficiles par la distension des ligaments et muscles qui fixent l'utérus à l'intérieur du bassin.

Un espace à la frontière

Louisa B.

Médecin généraliste.

Le soin suppose l'absence de "passage à l'acte", le tabou des relations sexuelles entre soignant et soigné. Il arrive certes que ceux-ci nouent, hors de la consultation, ailleurs et plus tard, une histoire d'amour, et que le lien thérapeutique s'interrompe alors. Cela relève, à mes yeux, des risques "ordinaires" de la vie. Hippocrate, on l'ignore souvent, a épousé une jeune fille qui avait été sa patiente. Cela est très différent des histoires qu'on entend parfois raconter et qui sont de l'ordre de l'abus, de la perversion : ainsi un psychiatre qui profite du désarroi des patients (es) et présente l'acte sexuel comme thérapeutique ; un kinésithérapeute qui suscite un malaise et dont le contact donne l'impression d'être "tripoté(e)".

Pour moi, le tabou fonctionne. Non que je me protège ou garde mes distances. Je suis, de fait, mobilisée ailleurs que dans le registre du désir physique. Je peux avoir les larmes aux yeux, plaisanter, éprouver du plaisir à toucher les gens, voire être dans le registre de la séduction, mais de la séduction paisible. Quelque chose de l'ordre du tabou de l'inceste dans les familles. Avec mes patients hommes, parfois, je suis comme la mère qui regarde avec tendresse son jeune homme de fils engagé dans la vie amoureuse ; parfois, comme la belle-sœur qui plaisante avec le compagnon de sa sœur avec une conscience claire de l'amitié qui lie et de l'interdit qui sépare. De même, avec mes patientes femmes, la relation s'apparente à la relation de protection, d'intimité et de retenue qui me lie à ma fille ou encore à la connivence, l'affection et la discrétion qui me lient à ma sœur alors que nous évoquons implicitement

ou explicitement "les choses de la vie".

Nos patients nous sollicitent dans des espaces vitaux, proches de l'amour, puisque notre métier s'appuie sur l'empathie, l'écoute, le toucher et engage une lutte contre la mort. Mais quelque chose de magique se passe dès que le patient a franchi le seuil de ma porte, s'assoit face à moi : la relation bascule hors du désir ordinaire.

Pourtant, parfois la relation résonne en moi, pas si loin de là, en périphérie.

Je me souviens d'avoir été plusieurs fois émue, surprise dans le coup d'œil en ouvrant ma porte à un patient, comme je peux l'être ouvrant ma porte à un homme aimé. Il avait fallu que la salle d'attente soit traversée et le patient assis pour que le mouvement s'apaise. La vraie vie qui avait alors surgi en moi venait sans doute du dehors, la porte, et aussi, dans mon souvenir, au fait qu'à chaque fois, il s'agissait de patients recommandés par un ami commun.

Cette question de l'espace, de la frontière, dépend du lieu où se situe le patient : dedans ou hors de mon bureau ? Me regarde-t-il ou me tourne-t-il le dos ? Si j'examine un homme de dos et que je ne vois plus son visage, il peut m'arriver d'imaginer des choses. La distance du patient peut induire un rapprochement, à son insu et à mon insu.

La frontière est aussi dans le jeu très subtil de l'imaginaire.

Soignants :

représentations et fantasmes

Lorsque l'on se pose la question de la place du désir dans la relation soignant-soigné, on se trouve très vite confronté au domaine des représentations et fantasmes que suscite le milieu des soignants. Deux exemples, les romans sentimentaux et un certain imaginaire entourant le corps des Pompiers de Paris, nous aident à mettre en perspective ces images.

Les romans sentimentaux, plus communément connus sous le nom de romans à l'eau de rose ou Harlequin, du nom du principal éditeur de ce type d'ouvrages, sont un des exemples les plus populaires et les plus accessibles de ces représentations. En effet, une série particulière de la collection Harlequin, la Série Blanche, dont sont extraites les ligries ci-dessous, met en scène des idylles se nouant exclusivement dans un cadre médical.

Il est de bon ton de mépriser cette "littérature" qui présente "le double inconvénient d'être à la fois féminine et populaire", comme le signale le sociologue Bruno Peignot. On ne peut cependant nier qu'il y a là un phénomène de société intéressant, qui peut renseigner sur un certain modèle de la manière de vivre une rencontre amoureuse.

Geneviève Busson

Chercheur en anthropologie

Se plaçant dans un cadre théorique où ces romans sont considérés comme exemplaires d'une représentation, d'une conception idéale des rapports homme-femme, à un moment donné, ce chercheur a en effet montré que les évolutions des scénarios suivaient en quelque sorte celles de la société. Ainsi, si à la fin des années soixante-dix, l'héroïne était bien souvent beaucoup plus jeune que le héros, quasiment innocente des relations sexuelles (ce qui n'est pas

*La scène se passe aux urgences entre une infirmière et un médecin : "Comment va-t-il ?", demanda-t-elle à Marc. "Il tient le coup, mais il n'est pas en bon état. Je veux qu'il soit immédiatement transféré en soins intensifs. Pouvez-vous faire le nécessaire ?" Quand il s'adressa à elle, un sourire éclaira son visage, et ses yeux verts se mirent à pétiller. Puis il retourna son attention vers le blessé et se pencha pour ôter, avec une pince, un morceau de verre enfoncé dans sa joue, juste sous l'œil droit. Julia l'observa un moment et ressentit une drôle d'impression au creux de l'estomac. Il était si attentionné, si doux... Tout en travaillant, il murmurait des paroles réconfortantes au patient. Avec effort, elle se ressaisit, puis rejoignit Madame Humphrey.**

* Margaret O'Neill. *L'enfer de l'amour*, Harlequin, collection Blanche, n° 459, Paris, 1999.



le cas de son partenaire qui joue le rôle d'initiateur), et restait très proche de l'image d'une frêle et naïve jeune fille cherchant un protecteur (il occupe souvent une position sociale élevée), les histoires montrent aujourd'hui généralement un couple presque sans différence d'âge, où chacun des personnages a eu plusieurs expériences relationnelles ; la description de l'héroïne est le plus souvent celle d'une femme "libérée", forte psychologiquement et qui s'assume seule ; enfin l'histoire ne se conclut plus automatiquement par une promesse de mariage.

Plusieurs éléments remarquables font de la "Série Blanche" une collection à part. Tout d'abord, la délimitation par le fait qu'un des personnages est automatiquement un soignant me semble assez exceptionnelle par rapport aux divisions existant entre les autres collections, qui se différencient par l'époque où se déroulent les romans (Série Royale), le lieu géographique (Série Américaine, Horizon) ou le genre plus ou moins édulcoré de l'histoire (les collections Tentation et Rouge Passion, comme on peut s'en douter, sont ainsi plus sensuelles et "détaillées" que les autres).

D'autre part, les romans de cette série restent parmi les plus "vieux-jeu". S'ils ont évolué comme les autres, les promesses de mariage et d'enfants concluent inmanquablement le roman, et la différence d'âge importante entre les deux héros donne au partenaire masculin un ascendant et une autorité certaine sur sa dulcinée ; à cela s'ajoute très souvent une différence de statut social avantageant le héros (il est médecin, elle est interne ou infirmière...), bien que l'on puisse souligner l'apparition récente d'une proportion croissante d'héroïnes médecins.

Quelles que soient les représentations qu'elle véhicule, une chose est sûre : la série Blanche ne met en scène que des relations entre soignants, ou entre soignants et professions qui s'en rapprochent structurellement (éducateur, professeur...) ou par le lieu commun d'exercice (elle est secrétaire dans une clinique et il est médecin, ou infirmière à domicile chargée de soigner un membre de la famille du héros), mais jamais entre soignants et soignés, obéissant ainsi plus ou moins consciemment au tabou qui pèse sur ces relations. Tout au plus, y rencontre-t-on parfois une jeune patiente s'enflammant d'une passion ado-

lescente (à forte connotation oedipienne, comme il se doit) envers le médecin qui l'a arrachée à la mort. Mais, bien vite, tout rentre dans l'ordre, et le médecin, expliquant avec douceur l'impossibilité d'une telle idylle à la jeune fille déçue, convoque en justes noces avec l'héroïne, soignante comme lui, héroïne qui joue ici, pourrait-on dire en faisant de la psychanalyse rapide, le rôle de la mère vis-à-vis de l'adolescente.

D'une manière générale, cette attitude parentale des soignants vis-à-vis des soignés se retrouve en filigrane dans tous les romans de la collection, qui exalte les notions de dévouement et de compassion, tout en gommant les aspects moins "acceptables" et surtout moins acceptés de la relation thérapeutique.

Les Harlequin ne sont pas, loin de là, les seules œuvres littéraires à relater des situations où soignants et soignés sont susceptibles de développer un rapport plus amoureux que thérapeutique. De nombreux romans, sans parler de films, mettent en scène l'irruption toujours possible du désir, d'autant plus violente que l'attirance est interdite ou tout au moins refoulée, dans une relation où le corps, le toucher et la proximité de la mort composent la toile de fonds. Qu'il s'agisse des best-sellers de Frank Slaughter, des romans de A.J. Cronin ou d'œuvres plus classiques comme celles de Boris Pasternak, Alexandre Soljénitsyne ou Miguel Torga² (pour n'en citer que quelques-uns), tous ne respectent pas, loin s'en faut, la prescription sociale. Par contre, ces ouvrages racontent souvent à merveille les problèmes spécifiques que posent ces relations entre soignants et soignés.

Se pose d'abord la question d'une relation qui débute entre deux personnes, à un moment où l'une des parties est faible, malade, court un risque. De plus, la relation thérapeutique recèle toujours une dimension de domination de l'un sur l'autre, due à la différence de position, à l'autorité du soignant. Le plus souvent, la tension que cela pourrait susciter est peut-être adoucie grâce à la protection quasi parentale exercée par le soignant sur le soigné que recèle souvent la relation thérapeutique. Mais si une dimension de séduction intervient, l'idée d'un abus possible n'est pas loin... On peut d'ailleurs penser que le fantasme de l'infirmière comme objet sexuel est aussi une manière de rendre moins puissante l'image d'une

femme en position maternante vis à vis de laquelle on est totalement infériorisé...

Il semble qu'à terme, comme le disent certains médecins, interrogés sur leur vision d'une hypothétique relation, si la relation se poursuit, il y a disparition du rapport soignant-soigné. Cela supprime certains biais toujours possibles, tels que ceux décrits avec humour et férocité dans, par exemple, une nouvelle de Roald Dahl, *Le Dernier Acte*¹. Il y raconte la rencontre charnelle entre un gynécologue et une femme avec qui il a flirté plusieurs années auparavant. Le médecin, désirant se venger de son ancienne partenaire à qui il n'a jamais pardonné la rupture, va la détruire peu à peu en attisant son désir puis en l'intériorisant par des remarques cliniques sur son état physique. Il lui caresse ainsi tendrement les cheveux et y découvre, avec une sollicitude thérapeutique feinte, les premiers signes d'une calvitie à venir, diagnostic dont il s'empresse bien entendu de lui faire part...

Au-delà de la dimension de déséquilibre que peut contenir en germe la relation entre soignant et soigné, le soignant est celui qui est entre le soigné et la mort. Il est aussi celui qui est toujours entouré, confronté à la mort dans sa pratique. La relation thérapeutique est donc un lieu par excellence où la pulsion de vie, et donc le désir se réveille pour faire reculer la mort, pour le soignant comme pour le soigné.

Pour reprendre certaines des conclusions de l'historienne A. Farge (voir ce numéro), le milieu soignant, hospitalier en particulier, est un endroit où l'on évacue le désir, par différentes stratégies plus ou moins conscientes. Pour les soignants, ce sera par exemple par les plaisanteries salées échangées en salle de garde, qui ont aussi pour fonction évidente de permettre de prendre de la distance avec la difficulté des situations rencontrées ; tandis qu'on laisse les soignés fantasmer sur les infirmières.

On parle moins souvent des fantasmes féminins à l'égard des soignants. L'existence de la collection Harlequin mentionnée plus haut semble bien montrer qu'ils sont importants. Certaines anecdotes que l'on peut entendre dans une conversation entre femmes, ou que des médecins racontent dans ce numéro vont aussi dans ce sens. Rêver

d'une rééducation avec le kinésithérapeute aux yeux bleus de préférence à sa collègue, "certes sympathique, et efficace mais..." est quelque chose d'assez répandu. Peut-être peut-on penser que la dimension d'objet sexuel qui existe dans les fantasmes masculins d'infirmières est par contre, relativement absente au profit d'un rêve plus centré sur la séduction et la tendresse. Comme chacun sait, la sensualité et le désir ne sont pas vécus, culturellement ou naturellement, de la même manière selon qu'on est un homme ou une femme...

Un petit détour par un corps professionnel exclusivement masculin et lié au milieu soignant de par ses activités - celui des Pompiers de Paris -, peut éventuellement éclairer cet aspect des choses. Si en dehors d'une enquête approfondie sur le sujet, il est difficile d'établir des conclusions vraiment convaincantes, il reste tout de même que les pompiers exercent bien souvent un certain attrait sur la gent féminine.

Il existe bon nombre d'histoires telles que pensionnaires adolescentes déclenchant l'alarme de leur école pour provoquer leur intervention. Les pompiers eux-mêmes (mais aussi les infirmiers et les internes) parlent souvent de victimes féminines de "malaises" sur la véracité desquels on peut s'interroger, parfois sans qu'il soit possible de démen-





ler dans ces histoires ce qui est de l'ordre du fantasme masculin et de l'événement vécu.

Il est certain aussi que leur apparition provoque parfois des réactions assez comparables à celles des jeunes femmes de la publicité pour le Coca-Cola light, que la visite du réparateur de photocopieuse ou du livreur de papier machine (ressemblant tous deux à des dieux grecs, cela va sans dire) laissent pour le moins rêveuses...

On peut sans doute expliquer cela par un certain nombre de facteurs n'ayant pas de rapport avec ce qui nous occupe. Les pompiers de Paris sont un corps militaire composé de jeunes en majorité, provinciaux, qui signent pour cinq ans et sont soumis à un entraînement sportif de haut niveau. Donc une population masculine, jeune, rarement engagée dans la vie maritale, sortant beaucoup, et qui possède généralement certains attributs physiques indéniables.

De plus, leur métier les amène à être dans un rôle de sauveur, de héros¹ qui répond au bon vieux fantasme féminin du courageux prince charmant, luttant pour défendre la vie de sa belle. Il a simplement ici troqué pour l'occasion son cheval blanc contre un camion rouge...

Mais une dimension non négligeable de cette attraction est due, certainement, au rôle de soignant que les pompiers ont souvent. L'extinction des incendies ne représente en effet qu'une infime partie des interventions, bien plus souvent consacrées à des gens malades, victimes d'accidents, etc. Le héros sauveur se double ici d'un thérapeute ; il n'en est que plus fortement investi d'un pouvoir contre la mort.

Il faut noter ici le décalage qui existe entre l'image du pompier en uniforme, très charismatique auprès de la population en général, et parfois objet de fantasmes pas uniquement féminins (à une certaine époque, les imitations de pulls d'uniforme de Pompiers de Paris étaient très à la mode dans le milieu homosexuel parisien par exemple) et les représentations qui les concernent lorsqu'ils sont en permission. Ils semblent alors souvent logés à la même enseigne que d'autres corps d'armée, et ont la réputation de boire sec et d'être, pour employer un délicat euphémisme, du genre à chercher l'aventure sans trop vouloir s'engager, image dans laquel-

le ils se reconnaissent de plus ou moins bonne grâce. S'il est évident que, comme toute vérité de sens commun, cette image est peu exacte, il est certain néanmoins que des horaires décalés et impossibles, un rythme épuisant, la vie en caserne, les sorties masculines en groupe et leur jeune âge ne les prédisposent pas à une vie affective stable...

S'il semble qu'il y ait parfois une certaine dimension de "consommation" des relations physiques, que l'on considère fréquemment comme liée à la discipline militaire (syndrome du militaire en permission), elle est aussi due à un besoin d'évacuer les tensions d'un travail dangereux, difficile et où on côtoie la mort, souvent dans ses aspects les plus sordides : avoir une relation, qu'elle soit à dominante sexuelle ou affective dans ce cadre, c'est aussi réaffirmer sa pulsion de vie après la vision indélébile et traumatisante de gens hachés menu dans un accident de voiture... C'est de nouveau, mettre la mort en échec en plaçant quelque chose et surtout quelqu'un, entre soi et la non-existence,

Et si les relations avec les soignés sont pour eux, encore plus tabous que pour le personnel soignant en général, rencontrer des soignants n'est pas l'objet du même interdit... C'est pourquoi peut-être que certains pompiers parlent avec les yeux brillants des soirées d'écoles d'infirmières...

1. Bruno Perquignot, *La relation amoureuse, analyse sociologique du roman sentimental moderne*, L'Harmattan, Paris, 1991. On considère en effet en général que ces romans s'adressent exclusivement à un lectorat féminin, ayant un faible niveau d'études : les auteurs de ces romans sont, au vu de leurs noms, exclusivement des femmes. Une étude plus approfondie révèle en fait que les choses sont loin d'être aussi simples. Il est en effet difficile d'apprécier réellement qui lit ce genre d'ouvrage dans la mesure où il s'agit d'une activité largement dévalorisée, ce jugement prénotatif étant largement intégré par les lecteurs eux-mêmes. Les rares chiffres disponibles montrent néanmoins un lectorat constitué de 20 % d'hommes, aux niveaux d'études très hétérogènes. Les auteurs sont en fait des deux sexes mais adoptent uniformément des pseudonymes d'écriture féminins.

2. Voir l'article, dans ce numéro, de Gérard Danou.

3. Roland Dahl, *La grande entourloupée*, Nouvelles, Gallimard, coll. Folio, Paris, 1976.

4. Outre le danger évident qu'ils affrontent lors de certaines de leurs interventions, leur devise est assez explicite : "Sauver ou Périr".

...Confidences

La perruque

Anne Solivères-Perraut
Cadre infirmière.

Madame R., une quarantaine d'années, est hospitalisée pour le suivi d'un cancer. Elle a déjà subi quelques cures de chimiothérapie et a perdu ses cheveux. Elle porte une perruque la plupart du temps. Un matin, Liévin, jeune aide soignant remplaçant, entre dans sa chambre avant qu'elle ait eu le temps de se coiffer, lui apportant son petit déjeuner. Il a dix-huit ans tout juste. La perruque est posée sur un socle sur la table de nuit. Liévin perçoit la gêne de la malade. Il réagit en lui disant combien il la trouve géniale sans sa perruque, vantant la forme superbe de son crâne (il est de la génération qui joue volontiers avec les coiffures). Surprise et flattée, elle parle avec lui de sa difficulté à accepter cette calvitie, de ces petits duvets qui restent sur son crâne et qu'elle trouve disgracieux. Il lui propose de revenir plus tard, quand il aura du temps, pour la raser complètement, ce qu'elle accepte. A partir de ce moment, Madame R. se promènera souvent la tête nue. La jour où je l'ai rencontrée avec sa voisine de chambre, elle ne tarira pas d'éloges sur celui qu'elles nomment "notre soleil"... "Liévin est le premier soignant qui s'est adressé à moi comme à une femme. C'est encore presque un enfant, pourtant il a tout de suite senti où était le problème et a eu la bonne intuition de me renvoyer une image positive."

Quand la mort plane trop fort

Anne-Marie Paboïs
Médecin généraliste.

Les mains du "bon docteur", gantées ou non, froides ou non, Techniquement professionnelles de toute façon, Accompagnent la parole : elles palpent. "Et là, ça vous fait mal, et là, ça ne vous fait pas plus mal ?"

La palpation met à distance du corps et elle accompagne les questions ...

Mais quand le malade est dans le coma, Quand il approche d'une mort annoncée, Quand il veut avancer sa propre mort,

Alors, quand la mort plane trop fort, Les mots pour le dire manquent Et les mains se mettent à caresser...

Les seins de Madame Arthur

Patrice Muller
Médecin généraliste.

Madame Arthur, soixante-dix ans, m'a choisi



comme médecin généraliste après la mort de son mari que j'avais suivi jusqu'à sa mort. Elle est plutôt en pleine forme et me rend visite régulièrement deux fois par an pour le suivi médical de son hypertension artérielle.

Ce jour-là, à l'occasion d'un examen physique, je m'autorisai à lui demander de "se défaire complètement du haut" afin que "je puisse examiner ses seins", chose que je n'avais jamais faite jusqu'à présent chez elle. La réponse fusa net : "Il n'en est pas question, docteur, vous vous rendez compte à mon âge !"

J'eus beau lui expliquer l'utilité d'un tel examen dans le cadre du dépistage du cancer du sein, le "niet" me fut réitéré sans l'ombre d'une hésitation. Avec un accord réciproque sur le fait qu'une telle attitude pouvait conduire à un éventuel retard diagnostique, j'ai accepté le contrat et depuis, je m'occupe de tout le corps de ma patiente sauf...de ses seins.

Pudeur enracinée au fil de toute une vie ou bien était-ce moi, l'homme-médecin, sur qui cette femme, mariée à un homme qui fut tyrannique tout au long de leur vie commune, avait cristallisé toutes ses émotions, moi, l'homme à qui, enfin, elle osait dire non ?

À chaque visite de Madame Arthur, je suis dans l'inquiétude de ce cancer du sein qu'elle était peut-être en train de "me faire" et que je ne pourrai pas déceler...

Au contact des mains

Anne Marie Pabois

Médecin généraliste

Jour après jour, celle qui vient d'ailleurs est reçue chez eux, dans l'intimité de ces personnes âgées. Elle ouvre la porte. Elle entre dans la chambre.

Elle fait la toilette, sans gants... Elle fait la prévention d'escarres et elle masse, sans gants.

Grâce au contact direct, la pudeur tombe, le courant passe, des confidences d'ordre sexuel se disent dans l'intimité de la toilette.

Parfois, elle s'assied sur le bord du lit et prend la main de la vieille dame.

Anne Lesimple est infirmière à domicile. Les gants, elle les revêt pour les soins strictement infirmiers, comme lorsqu'elle était en réanimation chirurgicale. Mais pour entrer en relation, elle garde les mains nues.

Rouge baiser

Elisabeth Maurel-Arrighi

Médecin généraliste

J'ai soigné autrefois un très, très vieux couple. L'un d'eux, lui ou elle, je ne sais plus, m'avait confié dans un sourire teinté de regret "qu'ils ne s'emmêlaient plus guère". Elle s'est éteinte la première. On m'avait alors appelée en urgence et c'est moi qui lui avait fermé les yeux. En quittant cet homme qui venait de perdre sa femme, je l'avais bien sûr embrassé. Ensuite, j'ai continué. Un jour, par hasard, j'avais mis du rouge à lèvres qui a laissé une marque sur sa joue. Cela devint un rituel que nous avons observé à chacune de mes visites. Aujourd'hui, à posteriori, je comprends pourquoi : ce registre de la séduction qui me paraissait utile et bénéfique, l'était parce qu'il portait le souvenir de sa femme, aimée, disparue, que j'avais aussi tenue dans mes bras. En donnant vie à la mémoire de l'absente, mon rouge à lèvres avait tenté de s'interposer entre la mort qui s'approchait de lui. Mais à l'époque, je ne l'aurais pas formulé ainsi. Tout ce que je savais, c'était que j'étais avec lui dans le mouvement de la vie.

Brèves de maladie

Extraits de journal

14 août 1996.

Pas de retour en arrière, de réveil miraculeux, sans. Parce que M.R. est passé par là avec ses curettes et son bistouri. Me noyer dans ses yeux verts, trop clairs où tout est dit. Yeux innocents qui savent livrer l'essentiel, sa main douce qui tient la mienne pendant "l'annonce" et mes larmes qui coulent instantanément et brièvement. Les yeux ouverts et la tête dans les nuages, retour de salle d'op. La main qui cherche l'étendue du désastre et qui trouve. Pourtant, c'est quand il me parle doucement que les larmes trouvent la sortie. Je n'arrive pas à penser cela en termes de gravité, maladie, cancer. Ces mots sont d'avant, d'un autre univers, d'une autre moi-même. "Après" est un autre dictionnaire, d'autres significations, un regard moins terrorisé. J'ai moins peur dedans que dehors. Ma tumeur n'a pas la même physiologie que celles des autres, avant. Elle est ce que j'en fais, quelques cellules malignes, salopes qui me défient, qui défient les milliards d'autres qui m'ont fait vivre jusque là, m'ont fait jouir. Je me demande comment je pourrai parler de ça avec M.; pour l'instant mon sein a l'air normal à part cette petite cicatrice. M.R. n'arrête pas de vanter ce sein qu'il m'a fait. Il me dit que je viendrai bientôt le prier d'opérer l'autre... Il a une manière de me toucher très amicale. Je me sens liée à cet homme qui m'a opérée et il fait tout pour me laisser entendre que c'est réciproque.

3 septembre 1996.

La vie s'accélère brutalement, cette attente m'a remise dans le temps qui dure, un temps d'enfance long comme un dimanche, comme mille dimanches. D'abord le vide, immense, insondable d'après le chagrin. Ce ne sera plus jamais comme avant, comme sans. Le lymphocèle est vidé de ce soir, cette collection qui tendait ma peau à l'éclater. Je rue dans les brancards trop étroits de la médecine malgré M.R. et nos discussions incessantes entre séduction et compassion, malgré H.G. et son amitié discrète, malgré moi aussi, culpabilisée d'être si peu reconnaissante de leurs efforts pour me rassurer. J'ai l'impression de cracher un peu dans la soupe. Demain, la scintigraphie et le marquage...

5 septembre 1996.

Le malade n'est pas un humain ordinaire, parfois plus sensible, parfois moins. Moi, "malade", je n'entends pas tout, obsédée par des questions que je n'ose pas poser, que j'ai déjà posées, que je tords dans des sens différents, des questions auxquelles je n'attends pas vraiment de réponse, attentive à autre chose, à ce rapport étrange avec le médecin, intimité sans intimité. Je ne crois pas à la distance, il ne peut y avoir de distance convenue avec cet homme projeté au fond de mon problème existentiel. P.M. (le radiothérapeute) qui me demande si j'ai une épaule tendre où m'appuyer, peut-il prétendre à une distance convenue ?

Amélie Pigeon

Infirmière et malade.



6 septembre 1996.

Je fais un parcours sans faute mais cela tient-il à la personnalité de "mes" médecins ou à ce que je leur demande ? Ce matin j'étais encore "border line", j'ai pleuré quelques larmes en allant à A. mais ne me suis pas laissée entraîner plus loin. Ce soir, M.R. a été super, je me sens bien de l'avoir vu et il m'a invitée à venir quand je veux. C'est bon et rassurant et j'aime quand il me touche. P.B. (le kiné) est très doux également, sa façon de mobiliser mon bras est à la limite de la tendresse. Il me fallait avoir ce cancer pour demander et obtenir qu'on fasse attention à moi !

15 septembre 1996.

J'ai un cancer, le plus fréquent chez les femmes, celui par lequel la mort les frappe au cœur de leur féminité tant vantée...

16 septembre 1996.

Le tatouage ou la marque de Saturne... Par le détail, sera venu le temps du refus. Comment faire entendre cette petite voix si ténue ? Difficile de dire tout haut ce que l'on n'ose se dire à soi-même. J'ai été attrapée par le détail, le tatouage comme il faut bien l'appeler, cette marque indélébile de la mort annoncée et entendue. Ce défi à ma rationalité tant bouleversée par ailleurs, est une obligation à revisiter l'ensemble de mon imagerie de la maladie, ce bestiaire entre intériorité et extériorité. Je voudrais chaque jour me raconter une histoire pour oublier le raffut striduleux de la machine qui me traite (curieusement nommée Saturne), sinon avec humanité, du moins dans le but de conserver cette humanité, d'autant plus précieuse qu'elle a été remise en question. Chaque fois que je parle du tatouage, mes interlocuteurs semblent surpris. Comment puis-je me braquer sur une chose aussi anodine alors que ma survie est en jeu ? Pourquoi P.M., le radiothérapeute, est-il d'accord pour envisager de me laisser les dessins sur la peau jusqu'à la fin de mon traitement et pas la manipulatrice radio ? Elle me dit qu'elle ne comprend pas, que le tatouage a changé... qu'il se voit beaucoup moins qu'avant et que ma résistance est hors de propos. Je me sens comme une petite fille faisant un caprice... Ne devrais-je pas me sentir heureuse d'avoir conservé mon sein ? Je ne veux pas être marquée par la mort.

25 octobre 1996.

Vu H.G. hier pour parler de mon traitement anti-œstrogènes. Je suis réfractaire à l'idée de ce traitement castrateur chimique. Ce cancer m'oblige non seulement à imaginer ma fin mais m'amène à accepter une ménopause anticipée. Je me sens trop jeune encore... Je ne suis pourtant plus concernée par le désir de maternité, non du fait du cancer mais surtout de la raison. J'ai beau tempêter, je sais que la médecine me tient, que ces quelques pourcentages de pourcentages de chances de survie bloquent ma machine à penser, à décider. Le libre arbitre est le plus grand leurre que j'ai tellement cherché... La liberté de choisir, les dés pipés quoique l'on pense, qui que l'on soit. Je suis victime de moi-même prise dans mon monde, dans cette maladie dont je ne sais pas encore si elle s'est développée malgré moi profitant de mes failles, ou si elle s'est nichée grâce à moi, sorte de cocon englobant les souffrances et brutalités dont j'ai été le siège. Si je choisis l'une, je renonce à l'autre. Je suis piégée jusque dans l'intimité de ce corps dont la féminité m'a si souvent posé problème, mais dont j'ai aussi tellement profité. Femme, je le suis pourtant jusque dans ce cancer puisqu'il me touche au cœur du sein gauche et je ne peux oublier avoir si longtemps rejeté cette féminité.

En définitive, en acceptant ce traitement, je me couvre : je veux me donner toutes les chances de survivre à cette mortelle randonnée. J'ai surtout peur que ma rébellion ne m'enferme dans une autre angoisse, dans une culpabilité vis à vis de moi-même mille fois plus agressive que tous les cancers réunis. Je lis et relis le Vidal avec M.R. jusqu'à savoir en détail tous les effets secondaires de ce médicament dont mes trois mousquetaires et néanmoins médecins, chargés de ma santé, excellent à me citer tout ceux que je n'aurai pas... mais évitent soigneusement de me parler de ce qui risque de m'arriver. Comme grossir, par exemple, que j'ai réussi à extorquer à H.G. La médecine positive, je le comprends, mais j'aime bien les mettre en face de leur aveuglement volontaire. J'ai du mal à leur dire combien cela me dérange cette ménopause, j'en suis moi-même étonnée. Cela serait de toute manière arrivé un de ces jours. Ils ne me répondent jamais sauf P.M. qui me dit que si ça me perturbe à ce point, je peux refuser...

Petits tableaux d'une exposition du corps

Tableau 1

Elle attend. Attend son tour avec les autres, chacune serrée sur sa chaise, sur son angoisse.

Plus qu'une radiographie pulmonaire et la longue liste des examens du matin sera close. Durant quatre heures, elle n'a cessé de laisser ou d'offrir des morceaux de son corps pour un diagnostic complet et pour déterminer une conduite thérapeutique à venir.

Les premiers examens furent les prises de sang, et l'hématome atteste au pli du coude qu'elle n'avait pas des veines faciles.

Puis pour la cytoponction, l'aiguille a fouillé son sein blanc, cherché des cellules à droite, à gauche, plus profond pour cracher son butin sur les lames.

La drill biopsie lui a fait renouer avec ses terreurs d'enfant chez le dentiste lorsque l'engin s'est mis en marche avec cet horrible bruit de roulette.

"Si l'échantillon prélevé par le forage est suffisant, on pourra savoir si la tumeur est hormono-dépendante". Qui donc est rassuré par les explications scientifiques que donne la blouse blanche ? Elle pense plutôt que son corps est un vaste chantier, la tumeur une pierre qu'elle a posée sur son cœur ; et les marteaux piqueurs sont en train de la défoncer, on dirait qu'on cherche à faire jaillir le lait qui n'a jamais coulé.

A 10 heures, elle a eu une mammographie, la troisième depuis quinze jours. Une en cabinet de ville – "volumineuse tumeur inflammatoire de cent vingt millimètres" – ; une autre au centre

anticancéreux de Toulouse – "mastite carcinomateuse, pas de microcalcifications visibles". Pourquoi une mammographie parisienne dans ce grand Institut où la consultation du sein traite deux mille cancers à l'année ? Était-ce bien nécessaire ?

Ses seins, posés entre les deux plaques, ont été écrasés lentement – "Vous m'arrêtez lorsque cela ne sera plus supportable."

Mais le résultat photographique est superbe. Ses seins, qu'elle a toujours trouvés trop petits, y ont gagné un galbe dont elle a toujours rêvé.

Plus que deux personnes avant elle dans la salle d'attente. Elle trépigne : ses amies l'attendent pour déjeuner dehors depuis déjà une demi-heure. Elle se dirige vers le comptoir du secrétariat pour demander un autre rendez-vous. "Mais c'est bientôt votre tour !" Elle refuse et pense que ses métastases pulmonaires peuvent attendre jusqu'à demain. La secrétaire, outrée, cède à sa demande. Le rendez-vous pris, c'est d'un pied léger qu'elle part rejoindre ses amies. "Heureusement qu'elles ne font pas toutes des caprices comme cela", entend-elle lorsqu'elle sort. Dans deux heures, c'est sa première chimiothérapie et ce répit est fait de minutes qui lui appartiennent. Elle a assez donné.

E.L.

Patiente.

Tableau 2

Chaque retour de chimio, elle fait les mêmes gestes. L'antiphlogistine chauffée au bain-marie est étalée sur des compresses puis posée sur le trajet



des veines brûlées par les produits perfusés. Elle enroule doucement une bande autour de son bras. Puis elle applique de la Biafine sur son sein gauche. Elle le caresse, elle lui parle comme elle parlerait à un enfant petit : "Toute cette souffrance, c'est pour te guérir".

Ensuite, elle lave sa perruque pour la nuit, la peigne et la fait sécher jusqu'au lendemain. Elle passe la main sur sa tête de gros bébé aux yeux cernés. C'est si doux, ce crâne sans cheveux. Elle sort de la salle de bain pour boire une énorme tisane. L'infirmière lui a recommandé de boire beaucoup. Ensuite, elle se met au lit. Cette immense fatigue des soins de chimiothérapie lui est si familière. Elle retrouve dans son lit le seul compagnon acceptable depuis qu'elle soigne son cancer : un livre, *Mars*, de Fritz Zorn. Elle en connaît par cœur des passages entiers. Elle pleure sur la souffrance de l'auteur, la sienne, celle de toutes les femmes qui vont à "Curie" – qu'elle appelle le Temple de la Douleur. Puis elle éteint la lumière, dit tout haut : "Bonsoir, Fritz" et s'endort.

Tableau 3

Après six mois de chimiothérapie, dix-huit perfusions empoisonnées de rouge, qui vous font monter un goût de métal dans la bouche, vous mettent le foie à genoux, font grésiller la racine des cheveux que vous retrouverez un beau matin en paquet sur l'oreiller, après six mois il reste un petit ganglion, une petite noisette dure au creux de l'aisselle. La tumeur a fondu sous les coups répétés des rayons et des poisons.

Elle consulte donc à l'Institut. La blouse blanche est formelle : "C'est une fibrose ganglionnaire mais pour vous rassurer, je vais ponctionner".

Elle lève son bras, le pose sur sa tête sans cheveux – Ne bougez pas ! – Le trocard pénètre la petite noisette, le geste est précis, rapide. C'est fini !

Elle ressort de l'Institut et c'est en remontant la rue Saint-Jacques qu'elle est clouée par la douleur sur le côté gauche. Ils ont transpercé le poumon,

elle va mourir. La respiration est bloquée, elle ne pense pas à l'anesthésie locale dont l'effet vient de se dissiper. A quelques pas, une pizzeria offre une seule place libre, à la table d'une vieille dame, plutôt contente d'avoir quelqu'un à qui parler. "Vous aimez voyager ? Moi, je me suis donné du bon temps, vous savez, j'ai visité le Cambodge, Marrakech, le Kenya, l'Égypte... Depuis ma retraite, je voyage, je laisse mon mari à la maison : il est malade du cœur et n'aime pas quitter Paris".

D'écouter l'évocation des souvenirs de cette femme, de voir le bonheur dans ses yeux, apaise la panique, lui donne du calme. Et tout à coup, la douleur la quitte. Le poumon n'est donc pas troué. Elle boit son thé, demande à la vieille dame si elle peut l'embrasser avant de la quitter. Dire merci, elle n'a pas osé.

Tableau 4

Ils sont tous les deux face à face. Elle est sur la table d'examen, lui tout près d'elle avec sa blouse blanche, sa voix grave et charnelle, ses beaux yeux bleus qui tant de fois ont examiné son corps. C'est une consultation de surveillance quatre ans après le début de cette guerre contre la tumeur.

Il lui pose toujours les mêmes questions, lui commente les résultats des marqueurs tumoraux, lui dit que les résultats sont bons.

Il palpe doucement le sein malade qui est tout rétracté après les bombardements des rayons. Il va du sein malade au sein droit. Sa main est douce, sûre.

Mais elle attend le moment de la palpation du creux axillaire avec émotion car pour faciliter la recherche d'un ganglion, il lui dit de poser sa main à elle sur son épaule à lui. Et là, unis par le geste de deux compagnons de longue route vers la guérison, elle lui adresse un message silencieux, toujours le même.

"Toi et moi, nous avons gagné."

Le sexe au service de l'irreprésentable

Notre souci est de parler du sexuel sans retomber dans le marais naturaliste où séjournent ces monstres rhétoriques que sont "le besoin sexuel", "la perversion infantile polymorphe", "l'œdipe", "la sexualité pré-œdipienne", ou encore "le vœu universel de tuer le père".

Le sexuel est le lieu de tous les malentendus. Entre psychanalystes tout d'abord. La raison en est que Freud a considéré le sexuel, tout au moins au début de son œuvre, comme une détermination dévolue naturellement à l'être humain. En faisant de tout enfant un Œdipe en germe et le porteur congénital de toute la panoplie des pulsions perverses, il a favorisé une conception de la psychanalyse qui ressemblait par certains traits à la pratique de Bichat pour qui saignée et purgation étaient les principes de toute thérapeutique raisonnée. De telles prémisses allaient autoriser de paresseux psychologues à penser qu'il suffisait de prendre conscience de ses désirs universels d'inceste et de meurtre pour être soulagé de ses souffrances.

Le mythe de la horde primitive¹ contenait en puissance toutes autres hypothèses mais la proximité thématique avec le meurtre de Laïos par Œdipe devait décourager leur développement. Pourtant, ce récit mythique aurait dû subvertir celui d'Œdipe

parce qu'il recélait en puissance une ouverture sur la capacité de symboliser, capacité qui spécifie l'humanité². Avec ce mythe en effet, l'autre radical, la mort, faisait son entrée en scène dans le rôle principal. En ce sens que c'est le meurtre du chef de la horde par les jeunes hommes qui fait surgir la fonction paternelle, le nom "père", et avec le nom "père", le culte de celui qui est désormais absent mais nommé. Le symbole "père" n'apparaît qu'après le meurtre de celui qui n'était jusque là que le plus fort d'entre les hommes.

Malheureusement, ce récit a été désigné "mythe du meurtre du père". Par ce glissement rhétorique, le mythe était dès lors rabaissé à n'être qu'une variante du meurtre de Laïos où Freud avait cru reconnaître un désir universel.

Toute fonction est symbolique. Quand Freud faisait naître le désir sexuel oral dans cette zone privilégiée où le plaisir prolonge la satisfaction du besoin et s'en sépare, il prêtait à l'enfant la capacité de se représenter un objet perdu, le dotait d'une capacité innée à symboliser. Le plaisir sexuel oral était le symbole, non seulement du sein, mais aussi de sa perte. Or, nous prétendons qu'il n'y a chez l'humain ni sexualité innée ni capacité innée à symboliser mais que les deux fonctions supposent que soient réunies des

Philippe Réfabert
Médecin psychanalyste

*Dans le cadre de ses recherches sur l'épistémologie de la psychanalyse, et en marge du confinement des institutions psychanalytiques, Philippe Réfabert explore l'histoire des différents postulats qui ont décaï et qui dérivent le fonctionnement de la psyché-soma. Cela l'a conduit à proposer une vision différente du travail, non plus comme une donnée biologique originelle, mais comme symbolisation de l'irreprésentable et des paradoxes fondateurs. Il entrouvre ici, dans un langage poétique, des pistes de recherche qui éclairent les propos de bien des soignants qui ont témoigné dans ce numéro. Son ouvrage, *Survies*, est en cours de parution.*



conditions favorables. L'aptitude à faire exister l'objet perdu peut être empêchée, entamée, parasitée ou même détruite.

*L'assez bonne mère*¹ donne à l'enfant la trace de la mort dans les césures qui séparent et organisent les suites de signes d'incitation sensorielle. Quand tous les langages maternels jouent dans le même tempo et associent, dans des rythmes harmonieux entre eux, des séquences où se succèdent suites de signes et silences, continuité et discontinuité, quand les langages corporels chantent une polyphonie à l'unisson du plan d'immanence biologique, ces langages donnent à l'enfant cette sensation de *consistance* nécessaire pour faire exister l'objet perdu. La condition pour que l'enfant puisse intégrer la perte du sein est qu'il soit à même de jouir d'une unité corporelle, de cette consistance que lui offre le miroir rythmique des langages maternels où sont impliqués vie et mort, nuit et jour, oui et non, séduction et retenue, continuité et discontinuité. Si l'enfant n'est pas déchargé du souci de la consistance, *il n'a pas besoin de manger* ni le loisir de s'inventer une sexualité orale. Parler de cette façon nous donne les moyens de penser la survenue d'un syndrome de déshydratation aiguë du nourrisson ou d'anorexie.

Le sexuel est le signe de la vertu de l'humain de faire avec l'autre, d'impliquer la trace de la mort dans la vie. De là, on conçoit que le sexuel soit sensible aux accidents de l'implication de la trace de la mort dans la psyché-soma et que la fonction sexuelle soit perturbée quand l'ombre d'un irréprésentable singulier, que forment par exemple un secret, un désastre indicible ou un crime non payé, se profile devant l'irréprésentable universel qu'est la mort. Une telle ombre suscite un désordre ou un chaos rythmique que l'enfant intégrera à son corps défendant. Toute la psychopathologie en procède.

Le mythe de la Genèse, quand il est lu sans être

délibérément écrasé par le mépris où l'homme occidental tient le primitif auteur de ce texte ni sans la révérence religieuse qui idolâtre l'idée de péché originel, le mythe de la Genèse donc, illustre le procès de cette symbolisation primordiale. "Dieu ordonna à l'homme en disant : de tous les arbres du jardin, tu mangeras, je dis bien tu mangeras, et de l'arbre du connaître le bon et le mauvais, tu ne mangeras pas, car du jour où tu en mangeras, de mort tu mourras." (Genèse, II, 16)

Notre traduction se distingue de celles qui sont les plus courantes en ce qu'elle fait ressortir le fait que Dieu ne prononce pas d'exclusive. Il n'invite pas à manger de tous les arbres du jardin à l'exception de l'arbre de la connaissance mais à manger de tous les arbres du jardin et à ne pas manger de l'arbre de la connaissance². Dans ce verset, Dieu n'énonce pas une interdiction assortie d'un chantage à la mort mais une injonction paradoxale. L'humain est placé dès cet instant dans la situation de manger et de ne pas manger, de connaître la femme et de ne pas la connaître. Au prix de cette contraignante liberté, il aura conscience de la mort, d'une mort dont le concept apparaît lié à une invitation-interdiction. Que "mort" apparaisse dans ce texte pour la première fois ne signifie pas que les animaux, dans le jardin d'Eden, ne mouraient pas, mais que la conscience de la mort n'est donnée qu'à celui qui soutiendra l'injonction paradoxale : l'humain.

Dans le numéro trois de *Pratiques*, *Penser la violence*, nous avons évoqué la clinique du *meurtre d'âme*. Dans cette occurrence où la psyché est attaquée dans sa consistance, l'enfant est mis dans l'incapacité d'avoir conscience de l'événement qu'il vient de vivre pour la raison que sa psyché ne peut pas enregistrer sa propre dissolution. La scène qui nous servait d'exemple était celle d'un jeune enfant saisi en plein vol par une attaque surprise au cours d'un pique-nique en forêt. Les parents s'étaient cachés sans prévenir,

assistaient au spectacle de la détresse de l'enfant et, leur affaire faite, ravis, sortaient de leur cachette pour lui reprocher les signes de sa terreur. L'enfant ne peut se représenter un tel attentat. Les parents qui ne voient qu'un jeu dans le tour qu'ils ont joué ne peuvent attester le mouvement meurtrier qui les a distraits. Ils sont comblés d'assister à la dépendance éperdue d'un enfant qui les accueille en sauveurs. Seul son corps gardera, et dans le meilleur des cas, la mémoire d'une sensation en mal de représentation. Plus tard, la jouissance sexuelle s'offrirait à l'enfant pour tenter répétitivement de symboliser, naturellement, une sensation restée orpheline. La fonction sexuelle est la bonne à tout faire de la psyché, elle fait son grain de l'irreprésentable.

Seuls des parents, eux-mêmes en proie à l'irreprésentable, peuvent commettre un tel acte sur leur enfant. De ce fait, l'événement n'a d'existence que corporelle, il est sans lieu psychique, il se transmet dans une fulgurance par les voies de l'inceste ou un équivalent. L'enfant saura, plus tard, trouver là la source de ses fantasmes sexuels. Le sexuel hérite de tout ce qui chez le parent se

refuse à la représentation. Dès lors l'enfant est voué à être le lieu d'élection d'un irreprésentable singulier qui prend la place de la trace de la mort. Cet irreprésentable acquiert un statut ambigu. Il n'est pas extérieur, il n'est pas intérieur, mais les deux à la fois, et à ce titre il donne lieu, entre parent et enfant, à des sensations partagées qui sont autant d'équivalents incestueux. L'inceste apparaît, quand on suit cette ligne de pensée, comme un des moyens extrêmes de tenter de symboliser l'irreprésentable. Tentative paradoxale d'humaniser ce qui échappe à toute représentation.



1. Le mythe du meurtre du père de la horde primitive a été décrit, en 1912, par Freud dans *Totem et tabou*. Dans les temps reculés de la horde primitive, les rivaux du chef de la horde le tuèrent, se partagèrent ses femmes et le mangèrent, le transformant alors en totem (ndlr).

2. La symbolisation est cette opération par laquelle un conflit se résout en un fonctionnement. La fonction nouvelle redétermine et harmonise les termes incompatibles d'un conflit sous-jacent.

3. L'assez bonne mère décrite par Winnicott assure un étayage, une enveloppe par le "holding" et le "handling" qui permet à l'enfant de se construire (ndlr).

4. Le mot hébreu qui relie l'invitation et l'interdiction peut être traduit indifféremment par "et" ou "mais".

Sur une nouvelle de Miguel Torga : La Consultation

Gérard Danou

Médecin et
enseignant en littérature

Gérard Danou, parallèlement à son travail de rhumatologue dans un centre de la douleur, enseigne la littérature au département de lettres modernes de l'université Paris VIII, à Saint-Denis, et aux étudiants de médecine de Boudigny (Paris XIII).

"J'ai vécu deux vies. L'une, accablée, à me voir mourir ; l'autre à lutter, sans me résigner, contre toutes les morts."

Miguel Torga, le 22/2/1989, *En chair vive*.

Un écrivain choisit un pseudonyme, soit pour se dissimuler, soit pour se parer. Torga signifie, en portugais, une espèce de plante résistante des montagnes, et le prénom Miguel rend hommage à Cervantès et à Miguel de Unamuno pour son *Sentiment tragique de la vie*. Adolfo Correia Rocha (1907-1995), issu d'une famille paysanne de la région de Tras-os-Montes, sera d'abord médecin généraliste dans son village natal puis oto-rhino-laryngologiste à Coimbra. Sous les années noires de la dictature politique de Salazar, il continue à écrire. Il sera contraint de s'auto-éditer. Par la suite, l'œuvre importante de Torga sera largement reconnue dans son pays et bien au-delà. Son pseudonyme, plus un emblème qu'un masque, incarne parfaitement son esprit de résistance : résistance aux oppressions politiques (il sera emprisonné par Salazar), résistance physique, résistance aux moments de découragement. Pour résister, il puisera ses forces dans le roc et le sol aride du

Portugal. Attaché à sa terre natale, il porte aussi en lui, pour la disséminer, la valeur universelle de la littérature, ce beau concept des Lumières : *"L'universel, dit-il, c'est le local moins les murs"*.

Traversé corps et âme par le XX^e siècle, il incarne la conscience morale traditionnelle de son pays. Sur ce socle de traditions, il tisse une œuvre déchirée entre deux aspirations contraires omniprésentes : une inquiétude spirituelle consécutive au désenchantement du monde (Torga ne peut plus croire en la religion naïve et superstitieuse de sa jeunesse) et une soif d'être, d'élévation lyrique en quête d'immortalité, aussitôt démentie à nouveau par la consternation (il emploie souvent le participe *atterré*, qui veut dire abattu, jeté à terre) qui le saisit très tôt face à la découverte de la mort des autres (et de la sienne à venir). Il écrit dans son journal, *En franchise intérieure*, à la date du 13 octobre 1947 :

*"On ne peut rien comprendre si l'on n'a pas contemplé un jour quelques anses intestinales sortant d'un abdomen.
On sent comme un petit froid..."*

La médecine sera alors une entreprise relativement



précaire pour mener le combat quotidien contre la mort des malades, et la littérature une entreprise résistante d'un autre ordre, pour recouvrer sa propre santé et dire habilement (là est le rôle du masque) la souffrance sociale et politique de son peuple, englué dans des années de torpeur.

Une très belle nouvelle *La consultation*, extraite du recueil *Lapidaires*, exprime cette dualité. La première lecture en est aisée, aidée en cela par la clarté de la construction. Tout lecteur médecin ne manquera pas de se reconnaître peu ou prou à travers des expériences comparables. Le désir sexuel pour les patientes ou patients est interdit par la déontologie médicale. Et comme il est omniprésent, il doit être tenu à distance, c'est d'ailleurs pourquoi le narrateur, qui veut tenter de rester impersonnel, ne dit pas *Je* dans le récit. L'art du romancier consiste à révéler par l'illusion de la fiction, une réalité individuelle cas par cas, et donc (comme il s'agit de jurisprudence individuelle) avec plus de subtilité et de nuances que tous les traités monolithiques législatifs ou réglementaires.

La consultation et le paradoxe du temps de l'habitude

Le récit s'inaugure par une méditation sur l'habitude, l'ennui de la routine :

"Ce fut une chose étrange et inespérée que cette consultation. La journée s'était écoulée de façon monotone jusque-là (...) Il y avait eu des confidences et même des larmes, des hontes et des misères béantes. Mais le puits de l'uniformité engloutissait le tout et les heures se traînaient en une morne torpeur, tandis que la lumière crue du soleil accentuait encore la désolation blanche et stérilisée du mobilier."

Tous les métiers ont leurs moments de joie et leurs jours d'ennui où le temps intime, le sentiment de

la durée, se fait pesant et adhérent à la matérialité des choses. Chez Torga, il faut avoir fréquenté une large part de son œuvre pour le vérifier, il n'y a pas de séparation nette entre le sentiment personnel de l'habitude, souvent ennuyeuse, et l'écrasement du peuple laissé dans l'ignorance et la passivité amorphe par le pouvoir politique. Il y a chez cet écrivain un espace thymique, une humeur intime, en sympathie avec le Portugal. Mais il reste toujours un espoir qui réside en la possibilité de dire, d'imaginer et de créer, donc de faire changer par la dynamique des forces d'Eros illuminant soudain le cours linéaire et trop persistant de l'habitude même. Il note dans *En chair vive, Pages de journal* (1977, 1993) :

"Coimbra, 21 mars 1985.

Nous parlons de la monotonie de la vie. Des suites des jours et des nuits, du cycle des saisons, de l'alternance de la veille et du sommeil, de la naissance et de la mort se succédant. Et nous avons conclu qu'il est sans doute bon qu'il en soit ainsi, que les générations se renouvellent dans un cadre immuable de répétitions. [...]

Un monde toujours en changements

irréversibles ne laisserait pas le temps de la réflexion et de la sublimation. Tandis qu'avec des gens de différentes époques contemplant et mythifiant les grâces habituelles d'avril, on peut arriver à la synthèse emblématique du Printemps de Botticelli."

Tel est le paradoxe de la mesure, du temps rythmé de l'habitude. L'habitude que les Anciens rapprochaient de la répétition structure ce qui dure. Elle porte le risque de la routine et de l'ennui, mais, paradoxalement, elle permet l'ouverture d'un champ de disponibilité à la réflexion et à la méditation. L'instant inaugural de la réflexion créatrice est saisi sur un rien, une mouche qui vole, dirait Montaigne, mais cette mouche, ce



petit rien, ne sont jamais insignifiants. Ils signifient au sujet en réflexion (optique et psychique) l'émergence soudaine d'une épiphanie.

En somme ce que veut nous montrer Torga, dans *La consultation* qui décrit l'émotion amoureuse du médecin pour une jeune patiente, n'est autre que l'image allégorique et personnifiée d'Eros contre la tentation mortifère du désespoir. On retrouve ici sa résistance tenace dans la droite ligne de Unamuno citant Oberman de Senancour : *"L'homme est périssable, il se peut, mais périssons en résistant, et, si le néant nous est réservé, ne faisons pas que ce soit une justice"*.

Le récit du désir ou le lecteur piégé.

Une longue journée de consultations s'achève. La salle d'attente du médecin narrateur est enfin vide. Il prend du temps pour réfléchir, c'est-à-dire pour suspendre le temps de l'agir médical. Mais son infirmière lui annonce une ultime visite. *"Je fais entrer, interroge-t-elle ? - Faites !"* répond le médecin. Et sur la scène médicale revisitée par la fiction, à travers la fumée de la cigarette qui s'élève devant ses yeux, apparaît un personnage qui prend peu à peu forme au fil du travail sur les mots et les figures du discours :

"C'était une étrangère. Jeune svelte, blonde, elle le salua avec une grâce discrète et s'assit sur la chaise qu'il lui offrait (...). Sa chevelure soyeuse tombait sur ses épaules avec la longue volupté d'un écheveau de lin, et ses yeux, d'un vert d'eau, le fixaient, à la fois scrutateurs et confiants."

Arrêtons-nous sur cette petite phrase polysémique : *"C'était une étrangère"*.

Certes l'étrangère, celle qui n'est pas du même

pays et peut-être ne parle pas la même langue maternelle, éveille le désir du narrateur par sa jeunesse et sa beauté. Mais elle interroge aussi la place de l'autre en soi-même. L'accueil de l'étranger permet à l'écrivain de mettre au jour le roman qu'il porte en lui (et que chacun porte en soi mais n'écrit pas souvent). Ainsi l'écriture, Torga en témoigne, est une entreprise indéfiniment perfectible d'éducation, de formation intérieure. Dans la nouvelle, la jeune fille est le sujet du désir, mais l'écriture ne peut qu'en tracer l'ombre en creux. Ecrire, c'est traduire un certain rapport subjectif au monde et c'est créer, disait Marcel Proust, une langue étrangère creusée dans sa propre langue. Une autre langue qui, extériorisée, n'est pas la réalité mais peut contribuer à la révéler et à la prolonger.

Le désir sensuel et le Temps à l'œuvre

Le médecin fait son travail. Il examine cliniquement la jeune fille avec attention. Il ne veut pas lui faire mal. Or, c'est paradoxalement grâce à son émotion, sa raison sensible ou affective, qu'il remarque pour la première fois que la pression d'un brassard ou d'un stéthoscope peuvent laisser des traces rouges inscrites sur la peau blanche. Indice supplémentaire révélant mieux que n'importe quel traité la violence première de l'acte médical. Ensuite, il lui propose une radioscopie thoracique :

"Ils entrèrent tous deux dans la chambre noire, guidés par une lumière bleue et voilée. Elle allait moitié nue mais avec naturel, sans crainte, confiante dans l'idée qu'il était aussi neutre et utile que les appareils qu'il manœuvrait. Et comme pour renforcer cette idée, les mains du médecin, découragées, prirent sur un porte-manteau le tablier de plomb des radiologues, et couvrirent encore mieux, d'une

inexpugnable pureté, son impersonnelle fonction. (...)

Il toucha délicatement ses hanches, l'aida à se tourner, la centra et remit l'appareil en marche. Dans cette position, les seins ne faisaient plus l'ombre qui, précédemment, avait troublé son observation. (...) Impatiente, ardente, sa main s'était glissée derrière l'écran. Au contact de la chair ronde et palpitante, un message troublant, coupable, était passé de ses nerfs à ses sens. Mais ses yeux, de ce côté-ci de l'écran, avaient pu voir avec désillusion qu'il ne s'agissait que du cauchemar de cinq phalanges écartées."

Avec un certain humour qui exorcise le tragique, Torga évoque dans cette scène étrange le rapport du narrateur au Temps qui passe. Le personnage de la jeune fille est une allégorie joyeuse du Temps de la jeunesse. Comme toute réflexion sur le temps, elle porte simultanément une réflexion sur la mort. Ce n'est pas la mort de la patiente dont il s'agit mais celle du médecin. Alors que sa main, dans le noir, palpe le corps désirable de la jeune fille, il voit soudain sur l'écran de la radioscopie son devenir squelette, c'est-à-dire le dévoilement obscène de la mort à l'œuvre dans son entrelacs avec Eros.

Mais soudain, interrompant la méditation morose du narrateur perdu dans la contemplation d'un tableau d'une Vanité, la jeune femme inquiète interpelle le médecin. Il lui répond en médecin : *"Aux poumons, vous n'avez rien"*, dit-il. L'opération de désenchantement est une opération de langage. Il change de lexique, et passe ainsi de l'interprétation commune affective du langage à une interprétation objective et désincarnée par le langage médical :

"Les mots même, dit-il, se chargeaient d'agir en antidote du sortilège".

Il aimerait cependant la retenir encore. Il rédige une ordonnance. C'est sans espoir, elle part le lendemain. Le récit se termine ainsi :

"La dernière chose qu'il vit d'elle fut une mèche de cheveux, blonde, tiède, fine, et qui s'attarda un instant, indécise, dans l'embrasure de la porte."

Le regard sensible du narrateur touche et retient encore la chaleur tiède des cheveux. L'exigence de la séparation fait place à un sentiment mélancolique. L'indécision du dernier instant sur le pas de la porte, entre présence et absence, invite à penser que l'évocation de la jeune fille se superpose à l'ombre d'une absence plus ancienne et plus fondamentale. Une absence que le don des mots alchimise, pour un temps seulement, en un sentiment de plénitude.

1. Cf. le mythe d'Orphée et Eurydice chez Virgile et interprété par Maurice Blanchot dans *L'espace littéraire*. Torga a d'ailleurs composé un long poème sur le thème orphique.

Repères bibliographiques :

- Miguel Torga, *En franchise intérieure, Pages de Journal 1933-1977*, ed. Aubier, 1982.
 Miguel Torga, *La Consultation*, in *Lapidaires*, ed. Corti, 1990.
 Miguel Torga, *En chair vive, Journal 1977-1993*, ed. Corti, 1997.
 Miguel Torga, *La création du monde*, ed. Aubier, 1983 pour la tr. fr.
 Claire Cayron, (traductrice quasi exclusive de l'œuvre de Torga), *Sésame pour la traduction*, ed. Le Mascaret, 1987.
 Senancour, Oberman, *Le livre de poche*, p. 429.
 G. Danou, *Le médecin, Narcisse et le malade*, in *Colloque de Cerisy : Mythes grecs et psychanalyse*, ed. In Press, Paris, 1997.



18

me

+ MÉDECINE



Le 4 avril 1999, l'exposition *Duchenne de Boulogne, la mécanique des passions* fermait ses portes à l'Ecole nationale supérieure des beaux arts¹. Elle avait mise en scène, dans une belle approche muséographique, les photographies du médecin Guillaume Duchenne de Boulogne, réalisées dans les années 1850 – 1860². Contractant les muscles du visage à l'aide de courants électriques de faible intensité émanant d'une machine d'induction, Guillaume Duchenne de Boulogne donnait naissance à diverses expressions de la face dont il conservait la mémoire par la photographie.

Paradoxalement, l'exposition de l'Ecole des beaux-arts n'a pas reçu le nombre de visiteurs que les commentaires élogieux de la presse écrite aurait pu laisser attendre. Et lorsque les visites ont eu lieu, elles ont suscité des commentaires contradictoires. Nous passons outre, ici, sur les louanges et les manifestations d'en-

thousiasme pour nous arrêter sur ces manifestations de rejet. Car, elles – aussi – doivent être entendues. Ces dernières usent de deux chemins différents. D'une part, les images de Duchenne de Boulogne témoigneraient de la douleur de pauvres victimes d'expérimentations scientifiques et médicales. D'autre part, ces images n'appartiendraient pas au champ de l'art. Citons quelques extraits du livre d'or : "Terrible image de l'effroi et de l'horreur." ; "Non, la science n'est pas l'art ! L'Art se situe ailleurs, dans un autre univers."

En réalité, Duchenne de Boulogne, grand médecin du XIX^e siècle, est attentif à ses malades qui – certes instrumentalisés – ne souffraient guère physiquement de ses expériences. Le vieux cordonnier, son patient privilégié, était victime d'une paralysie légère de la face et c'est pour cette raison que le médecin appliquait des réophores sur son visage.

Nous nous étonnons. Comment les visiteurs d'une exposition sise à l'Ecole nationale supérieure des beaux-arts, peuvent-ils rejeter si violemment ce qu'ils voient ("Quelle horreur !") dans une confusion évidente entre l'image et son objet et dans une ignorance des conditions historiques de production des savoirs médicaux ? Une expression de terreur ne signifie pas que le patient

Monique Sicard

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

La leçon de Duchenne

¹ Expérimentations réalisées par Guillaume Duchenne de Boulogne sur le visage d'une petite fille. Album personnel, 1855 – 1856, Ensba.

soit sous l'emprise de la terreur. Et les commentaires de l'exposition prenaient soin d'opérer une telle dissociation.

Si Duchenne de Boulogne nous enseigne quelque chose, c'est bien que l'apparence n'est pas le réel. S'il cite volontiers ses ancêtres Le Brun, Camper, Lavater, Charles Bell, Sarlandière..., il se démarque nettement de leurs recherches. Duchenne de Boulogne ne cherche pas à lire sur les visages les signes d'une prédisposition de l'âme. Mais muscle après muscle, il s'efforce de construire une cartographie des mécanismes mis en œuvre dans les expressions de la face. Les rires sarcastiques, les expressions d'effroi, ne nous font aujourd'hui frémir que parce que nous méconnaissons les dispositifs de prise de vue. Une expression de terreur ne signifie pas que le patient est sous l'emprise de la terreur. Les cartographies photographiques du visage ne renvoient à aucun sentiment profond. Tout juste à des contractions musculaires.

Nous adhérons souvent trop rapidement à l'idée que la photographie conserve l'empreinte d'un monde préexistant. La réalité est inverse : les expériences de Duchenne de Boulogne sont conduites *parce que* la photographie existe. C'est elle qui conduit au choix du personnage, à sa mise en scène et parfois, à sa transformation en personnage de fiction¹. Le milieu technologique marqué par l'existence nouvelle de la photographie, offre en ces années 1850 – 1860 des opportunités qu'exploite Duchenne de Boulogne. La photographie – pensée ainsi – devient un agent structurant, créateur de nouveaux mondes logiques. Cette analyse de l'influence d'un milieu technique ne relève pas d'un déterminisme réducteur, mais plutôt d'une définition du "milieu" telle que la propose André Leroi-Courhan : le gisement de cuivre natif ne fait pas naître le génie métallique mais sans gisement métallique, l'industrie du cuivre n'aurait jamais existé. Sans la photographie, ces expériences sur le visage n'auraient

jamais eu lieu. Que les images soient reçues sans que soit questionné le dispositif d'expérience et de prise de vue ne peut que nous interroger. En cette fin de siècle, la culture de l'image est encore à l'état embryonnaire. L'émotion (ce qui émeut, c'est à dire met en mouvement) domine la raison. Comme si l'image était la chose même. Comme si n'importait pas la présence du médecin-photographe ou de l'appareil photographique dans la scène observée.

Si les portraits de Duchenne de Boulogne réalisés à des fins scientifiques sont "hors art", ils ne sont pas "sans art" et le lieu d'exposition (l'Ecole nationale supérieure des beaux arts) opère comme un vecteur transformant. Dès lors classées "en art", les images de Duchenne de Boulogne ne se présentent plus seulement comme les outils de la construction d'une connaissance des muscles du visage mais comme œuvre à part entière. Ainsi Michel Cuerrin, du journal *Le Monde*, peut-il affirmer que "ces documents de travail ont pris une valeur d'œuvre".

Pourtant, si nous ne savons échapper aux classifications, nous devons reconnaître que ce n'est pas parce que ces photographies sont classées comme œuvre d'art qu'elles nous intéressent mais parce qu'elles expriment un rapport particulier au monde (de nature visuel), susceptible d'être interprété. Cette position au cœur d'un monde rendu à sa visibilité, nous l'appelons un "regard". Ainsi, ces images ne nous concernent pas seulement comme éléments d'une histoire de l'art, mais aussi comme élément d'une histoire des représentations qui engloberait d'autres histoires : celle des arts comme celle des sciences.

1. Catherine Mathon assurait le commissariat d'exposition en collaboration avec Catherine Dombellier. La scénographie était réalisée par Antoine Strico.

2. Voir l'article *Figures de visage*, *Pratiques* n° 3, 3ème trimestre 1998.

3. Voir *Figures de visage*, Op. cit.

Non, la science n'est pas l'art ! L'Art de l'ère
ailleurs, dans son autre univers.

Comment la science aborde-t-elle les arts ?

Intéressant mais est-ce que les "cobayes" souffrent de l'électrocution ?

Non, les cobayes ne souffrent pas de l'électrocution
(et non l'électro lion), c'est marqué dans
l'étiquette !

FANTASTICA ESPOSIZIONE -
LA MIGLIORE CHE HO VISTO A
PARIGI FIN D'ORA ...
... COMPLIMENTI !

Livre d'or, Exposition Duchenne de Boulogne, la mécanique des passions, mars-avril 1999,
École nationale supérieure des beaux-arts.

Noëlle Lasne

Médecin généraliste,
responsable des
programmes, en France,
de Médecins Sans Frontières*

Contribution, assistance et citoyenneté

Actuellement, la législation en vigueur prévoit que l'accès à l'aide médicale, c'est-à-dire à la gratuité des soins médicaux, ne peut donner lieu à une cotisation. Deux millions et demi de personnes en sont bénéficiaires.

Petite histoire d'une contribution

Septembre 98

Le Rapport Boulard est rendu public. Il stigmatise l'aide médicale en opposant les "assurés sociaux" et "les assistés sociaux" : "L'aide médicale, même lorsqu'elle conduit à l'attribution d'une carte santé, reste stigmatisante en maintenant deux catégories d'accédants à la couverture maladie : les assurés sociaux et les assistés sociaux. Passer de l'assistance à l'assurance sociale, de la bienfaisance à la solidarité constitue, en matière de droit à la santé, l'objet même de la couverture maladie universelle..."

le conduit à l'attribution d'une carte santé, reste stigmatisante en maintenant deux catégories d'accédants à la couverture maladie : les assurés sociaux et les assistés sociaux. Passer de l'assistance à l'assurance sociale, de la bienfaisance à la solidarité constitue, en matière de droit à la santé, l'objet même de la couverture maladie universelle..."

"L'existence d'une cotisation-maladie universelle minimale pourrait être la contrepartie contributive de l'instauration d'une couverture maladie universelle. Contribuer, même faiblement, est une composante de l'insertion".

Les termes du débat sont posés. La cotisation proposée par Jean-Claude Bouillard est présentée comme symbolique ; elle ne conditionnera pas l'ouverture du droit. "Une cotisation de trente francs par mois pourrait être prévue en étant rappelé que l'impossibilité de verser effectivement cette cotisation ne serait pas un motif de démutualisation."

Octobre 98

M.S.F. s'oppose à toute forme de cotisation, symbolique ou non, dans l'accès aux soins médicaux gratuits.

Février 99

Martine Aubry refuse la mise en place d'une contribution. En revanche, elle ne fait pas figurer le caractère gratuit de la couverture maladie universelle dans l'avant-projet de loi. Ceci n'empêche pas le Conseil national des assureurs de dénoncer le caractère gratuit de la CMU, en affirmant qu'un contrat d'assurance ne peut être gratuit, et en menaçant d'attaquer le texte sur le plan juridique. Le Conseil national des mutuelles, sans menacer d'attaquer le texte,

* Médecins Sans Frontières
8, rue Saint-Sabin,
75011 Paris,
Tél. : 01 41 20 29 29

considère qu'il y a problème à mettre en place un système d'adhésion gratuit. Jean-Claude Boulard l'avait écrit dans son rapport : *"L'effort contributif, même limité, est une valeur du monde mutualiste"*. Le Conseil d'Etat, quant à lui, ajoute la gratuité dans le texte, en précisant que le droit à la CMU s'exerce "sans contrepartie contributive".

1^{er} mars 99

Jean-Claude Boulard, futur rapporteur du texte, déclare dans une interview au *Panorama du médecin* : "Les gens en difficulté que je rencontre ne trouvent pas anormal de cotiser".

3 mars 99

Le projet de loi CMU est adopté en l'état en Conseil des ministres.

10 mars 99

Le jour même, Martine Aubry déclare qu'elle n'est pas fermée au débat sur la question de la contribution.

Avril 99

Le principe d'une "contribution d'adhésion" est défendu en commission par Jean-Claude Boulard et par les parlementaires de droite.

Extrait des comptes rendus d'audition : *"Le rapporteur a précisé que cette contribution constitue un élément du contrat conclu avec une mutuelle ou une société d'assurance ; elle est donc une cotisation d'adhésion au sens du code de la mutualité. Une telle cotisation renforce la légitimité du droit reconnu. Les droits que l'on acquiert ont en effet plus de valeur que les droits octroyés"*. Présentée comme "un appel à la responsabilité des bénéficiaires", cette cotisation ne conditionne pas l'ouverture du droit.

L'amendement est adopté, et la gratuité de la CMU disparaît à nouveau du texte.

L'effort contributif : comment passer d'un droit à un service ?

On oublie un peu vite qu'aujourd'hui, en France, des gens vivant avec 2300 francs par mois avari-

cent l'intégralité de leurs dépenses de soins. Et qu'ils supportent, de surcroît, la charge intégrale de la part non remboursée, ne pouvant évidemment cotiser à une couverture complémentaire.

La première chose qui saute aux yeux à la lecture du projet de loi fixant le seuil de ressources ouvrant droit aux soins médicaux gratuits à 3500 francs, c'est donc l'augmentation considérable du nombre des bénéficiaires. Passer de deux millions et demi à six millions de personnes est une avancée en soi. La seconde chose qui frappe est évidemment la difficulté à traiter le cas de celui qui vit avec 3501 francs. Comment restaurer un peu d'égalité pour tous ceux qui sont juste au-dessus du seuil, ou qui n'en sont pas très éloignés, et pour lesquels les difficultés d'accès à une couverture complémentaire sont connues de longue date ? On s'attendait, étant donné l'ambition initiale du projet de loi CMU, à ce qu'il donne lieu à vraie réflexion sur la façon de traiter cette inégalité. En lieu et en place de cette réflexion, un débat surréaliste s'est engagé au sein du gouvernement, puis de la commission, non pas sur l'égalité, mais sur la dignité des plus pauvres.

Rien ne vaut la gratuité payante !

Est-il digne de bénéficier gratuitement de soins médicaux gratuits lorsqu'on se trouve en situation de pauvreté ? Ne vaudrait-il pas mieux que la gratuité soit payante ? Peut-on se prétendre citoyen dès lors que l'on est en situation d'assistance et que l'on ne contribue pas, même d'une façon minime, à l'acquisition de ses propres droits ? "Un droit acquis est plus solide qu'un droit octroyé", affirme Jean-Claude Boulard, le rapporteur du texte, suivi dans cette voie par bon nombre de parlementaires. Les tenants de cette thèse considèrent que l'effet de seuil de toute prestation sociale génère des tensions sociales inacceptables entre ceux qui ne travaillent pas et les travailleurs les plus pauvres. Celui qui vit avec le SMIC ne supporterait pas que le bénéficiaire du RMI ait accès à des prestations gratuites, alors qu'il doit, lui, en supporter la charge.

Seuls les esprits curieux se demanderont pour-

quoi on ne pourrait pas aider celui qui vit avec le SMIC et qui est, précisément, victime de cette inégalité flagrante. Des solutions ont été avancées, principalement par les associations, mais aussi par des parlementaires : le droit à une aide dégressive à la mutualisation pour les personnes au-dessus du seuil, par exemple, les aideraient à acquérir une couverture complémentaire. La pratique généralisée du tiers-payant permettrait également à de nombreuses personnes de ne pas faire l'avance des frais, et de franchir la porte du cabinet médical plutôt que de rester... sur le seuil. Ces propositions ont été rejetées comme trop complexes, ou trop coûteuses. L'égalité, ça coûte cher. La dignité, en revanche, ça ne coûte rien, et ça peut même rapporter un peu.

La dignité, combien ça coûte ?

La dignité est donc une valeur en hausse. On n'envisage pas en effet, du moins pas encore, et pas ouvertement, de subordonner l'ouverture du droit au paiement d'une cotisation. On serait alors en retrait sur la législation actuelle. Et il serait difficile de présenter l'accès payant aux soins médicaux gratuits comme une grande avancée sociale. La contribution sera donc symbolique, ou ne sera

pas... Combien coûte la dignité ? Les avis sont partagés, mais globalement, ce n'est pas très cher. Tout au plus trente francs par an et par personne. L'idée d'un droit d'entrée à cent cinquante francs par an fait son chemin : une dignité annuelle en quelque sorte....

Le caractère obscène de ce débat, s'agissant des personnes les plus pauvres de notre société relève, au mieux, d'une méconnaissance absolue des conditions de survie au quotidien de ces personnes. Sous couvert d'un respect de leur dignité, c'est le mépris qui parle : si vous ne payez pas ce n'est pas grave, on vous donnera vos droits. Mais si vous payez, c'est mieux et surtout, c'est mieux pour vous. On omet de rappeler qu'en décembre 1998, les associations de chômeurs n'étaient pas dans la rue pour réclamer la revalorisation de leur dignité par le biais d'une cotisation symbolique mais le relèvement des minima sociaux et le versement d'une prime conséquente.

Comment passer en douceur d'un droit à un service ?

Derrière ce débat de surface où tout le monde feint la gravité, il s'agit surtout de mettre en place en douceur le principe même d'une cotisation liée à une adhésion. Lorsque le principe d'une cotisation symbolique sera acquis, celle-ci pourra évoluer. On trouvera naturellement injuste que des personnes avec des revenus différents s'acquittent de la même cotisation. Il faudra alors établir des barèmes. Puis, il deviendra impossible de maintenir les mêmes prestations pour tous. On pourra alors soumettre les plus pauvres aux mêmes critères de sélection que le reste de la population : sélection par l'âge, le risque ou la pathologie. Plus la protection complémentaire des plus pauvres se rapproche de la couverture complémentaire des plus riches, plus elle risque d'être réévaluée et remise en cause. Mais par le biais d'une cotisations d'adhésion, d'abord symbolique, puis nécessaire, on sera parvenu à traiter des personnes insolubles comme des consommateurs, soumis à la loi du marché. On sera passé d'un droit fondamental à une offre de service. C'en sera fini de l'assistance. Et de l'égalité.



L'échec de la réforme tentée par le président Clinton en 1993 a éliminé tout espoir de voir les Etats-Unis se mettre au diapason des pays industrialisés en matière d'assurance maladie. Il n'y aura pas de système à l'européenne – ou à la canadienne – et l'"exception" américaine demeurera¹.

Une certitude, pourtant, s'impose : si la réforme du système de soins n'a pas eu lieu, les changements qui s'opèrent en ce moment dans l'ensemble du paysage sanitaire sont sans précédent. Le mouvement, déclenché par la nécessité de

réduire la progression exponentielle des coûts de santé, était perceptible bien avant l'initiative de Bill Clinton, mais l'échec de celle-ci a précipité les choses et la rapidité des transformations qui sont en train de bouleverser le système pose problème à tout le monde : usagers/consommateurs, professionnels de santé, législateurs et juristes. La population américaine qui – manipulée par les lobbies, soit, mais aussi viscéralement méfiante du

pouvoir de l'Etat – avait dans l'ensemble rejeté la réforme Clinton se voit imposer un changement qui en applique les principes essentiels : réduction des coûts, recours généralisé aux réseaux de soins coordonnés (*managed care*), mais qui est impulsé et mené par le marché. Les Américains se trouvent donc privés des garde-fous que le gouvernement avait prévu de mettre en place pour accompagner sa réforme et, surtout, ce changement s'effectue en l'absence d'un véritable débat public. Confrontés – quel que soit le système d'assurance dont ils relèvent – à un nombre grandissant de sigles désignant les nouvelles structures de soins, HMO, PPO², etc., dont ils ignorent souvent la signification exacte, les Américains sont de plus en plus inquiets quant à l'évolution de ce que l'on a appelé un "non-système", complexe, bureaucratique, et fragmenté, qui est aussi le dispositif le plus coûteux et le plus inégalitaire de tous les pays développés³.

Cette évolution soulève bien des interrogations, sur les dérives des réseaux de soins, sur les réformes au niveau des Etats, sur l'apparition de nouvelles techniques de gestion médico-pharmaceutiques, et sur la nécessité d'une nouvelle éthique médicale en particulier. On se contentera ici de faire un bref état des lieux et de dégager les tendances les plus significatives de ce qu'une majorité de Français et d'Européens, au moment où leurs propres systèmes sont remis en question, perçoivent toujours comme un anti-modèle⁴; et ceci, alors même que leurs responsables sanitaires sont tentés par l'efficacité des méthodes américaines de contrôle des coûts.

Eveline Thévenard

Eveline Thévenard,
américaniste,
est maître de conférences
à l'université Paris XII.

Le système de santé américain : état des lieux*

*Ce texte est tiré d'un
article paru dans le
numéro 77, juin 1998, de
La Revue française d'études
américaines, éditions Belin.

Aux Etats-Unis, le système de santé reflète dans l'ensemble les caractéristiques d'une protection sociale établie tardivement et qui reste partielle : coexistence d'un secteur public et d'un secteur privé, où l'Etat se contente souvent de financer des services fournis par le privé ; séparation nette entre les nombreux dispositifs d'assistance publique, réservés aux plus démunis et desservis par une image dévalorisante, et ceux qui relèvent de l'assurance sociale ; et enfin – fédéralisme oblige – extrême décentralisation, la plupart des systèmes étant gérés par les Etats fédérés et les collectivités locales. Aux Etats-Unis, c'est le respect de la liberté individuelle, droit inaliénable du citoyen, qui est au cœur du système, et qui oriente les choix en matière de politique sociale, alors que c'est le souci d'équité qui – si utopique soit-il – préside aux choix redistributifs des pays européens. A ces spécificités, qui distinguent l'Etat-providence américain de celui des autres pays industrialisés, le système de santé ajoute une orientation marquée vers le profit et le marché. En outre, il n'échappe ni à la juridisation croissante de la société américaine, ni à l'emprise d'un conservatisme puritain qui refuse à l'Etat un rôle majeur dans la protection de la santé, mais voudrait voir en lui le gardien d'un certain ordre moral. Ainsi, l'augmentation, ces deux dernières décennies, des procès pour faute professionnelle et le coût exorbitant des primes d'assurances couvrant les praticiens en cas de poursuites, conduisent un nombre croissant de futurs médecins à renoncer à certaines spécialités, notamment l'obstétrique. De plus, les concessions faites à la frange la plus conservatrice de la "droite chrétienne" ont infléchi les choix des gouvernements successifs en matière sanitaire, au détriment de la santé des Américains, en particulier les plus démunis et les plus vulnérables : citons les restrictions en matière d'avortement, les circonstances du rejet d'un candidat particulièrement compétent au poste de *Surgeon General*, la quasi-absence de politique de prévention du sida pendant la première décennie de l'épidémie.

Quant à la recherche du profit, elle n'est pas un phénomène nouveau dans un pays où la santé est depuis toujours un bien de consommation et non un bien social, et où elle représente maintenant

un septième de l'économie, et l'un des principaux secteurs créateurs d'emploi. Les termes utilisés sont révélateurs : à tous les niveaux, et quel que soit leur rôle, les professionnels américains de la santé – contrairement à leurs homologues européens – n'hésitent pas à évoquer les questions de coût, de rentabilité, de profit. On parle depuis longtemps de *l'industrie de la santé*, des *consommateurs de soins*. Les hôpitaux et les départements de santé publique font appel à des sociétés de *marketing* pour promouvoir leurs services. En outre, de l'avis de tous les experts, cette tendance s'est nettement accentuée ces dernières années et on assiste à un mouvement de concentration sans précédent dans le secteur de la santé, qui de ce point de vue présente peu de différences avec celui de l'aéronautique, de la banque ou de l'informatique. Ce mouvement est double : consolidation horizontale, que ce soit dans le domaine de l'assurance, des hôpitaux ou de la pharmacie, avec multiplication des rachats et fusions, et intégration verticale des fournisseurs de soins et des assureurs, avec la généralisation du recours au *managed care*. Les grands groupes médico-financiers s'efforcent de mettre en place des systèmes "intégrés", caractérisés par une approche globale de la maladie visant à accroître l'efficacité des soins tout en resserrant les coûts au maximum. Cette restructuration s'accompagne d'une explosion du secteur à but lucratif, avec un nombre encore jamais atteint d'établissements de soins (chaînes d'hôpitaux, etc.) cotés en Bourse, et d'une expansion géographique de réseaux qui couvrent maintenant tout le territoire américain et non plus simplement un Etat ou une région. Certains commencent même déjà à s'implanter au Mexique en profitant, grâce à l'accord de libre-échange (NAFTA), de la possibilité d'exporter les méthodes américaines de gestion des soins dans un pays où la protection sociale relevait jusqu'à présent presque exclusivement de l'Etat.

Outre la question, traditionnelle si l'on peut dire, de l'accès aux soins, dans un pays où quarante-trois millions de personnes se trouvent actuellement sans couverture médicale (le nombre de non-assurés augmente d'un million par an) et où l'espérance de vie varie considérablement en

fonction des revenus¹², le grand problème maintenant posé est celui de la qualité des soins, dans un système où l'objectif principal tend à devenir la réduction des coûts à tout prix, fût-ce au prix de la santé des assurés. Or, évaluer la qualité des systèmes de soins intégrés s'avère difficile, et les professionnels de santé n'ont ni le recul, ni des outils fiables pour procéder à cette évaluation, pourtant vitale pour des millions d'Américains. Cela va certainement constituer un problème majeur dans les années à venir, alors que de plus en plus de voix s'élèvent pour dénoncer les dérives du système, y compris parmi les médecins privés par la logique du profit de leur pouvoir de diagnostiquer et de prescrire en toute indépendance.

Par ailleurs, le sort des non-assurés et des "sous-assurés", dans un système où, traditionnellement, les assurés subventionnaient, par des tarifs élevés, les soins délivrés à ceux qui ne pouvaient payer, est problématique et va constituer un des principaux défis adressés aux responsables de santé dans les années à venir. En effet, malgré le boom économique, le faible taux de chômage et l'euphorie financière qui règnent à la fin des années 1990 aux Etats-Unis, on observe une diminution inquiétante du nombre de salariés assurés par leur employeur : la plupart des emplois créés ces dernières années sont des emplois à bas salaires,

dans le secteur des services et sans aucune couverture médicale (ni avantages sociaux tels que congés payés ou retraite). Il s'ensuit que jamais, depuis la fin de la guerre, le nombre de travailleurs à plein temps dépourvus d'assurance maladie n'a été aussi élevé (il y a environ 10 millions de *working poor*, trop pauvres pour s'assurer, mais pas assez pour bénéficier de l'assistance médicale publique *Medicaid*). En outre, les salariés qui bénéficient d'une assurance maladie fournie par leur employeur se voient imposer des primes de plus en plus lourdes : les franchises et tickets modérateurs qu'ils doivent acquitter avant d'être remboursés augmentent et un nombre croissant d'employeurs refuse d'assurer les familles de leurs salariés. Beaucoup, soucieux de compétitivité, n'hésitent pas non plus à rogner sur les avantages acquis, tels ceux accordés aux retraités. Dans ces conditions, on ne s'étonnera pas d'apprendre que la progression des dépenses de santé s'est ralentie ces dernières années ! De nombreux experts estiment cependant qu'il n'y aura plus d'économies. Celles qui pouvaient être faites grâce à une gestion plus efficace ont déjà été faites, et les coûts ne pourront que remonter en raison du vieillissement de la population, du progrès technologique etc. Les projections pour 1999 prévoient des augmentations de prime de 5 à 20% et les salariés des PME seront les premiers touchés



par ces augmentations. Ce système éclaire d'une lumière particulièrement cruelle les inégalités de la société américaine : entre riches et pauvres, entre minorités de couleur et population blanche. Mais il accentue aussi les clivages entre jeunes et vieux, entre bien portants et personnes ayant des antécédents médicaux, en créant de multiples catégories et intérêts particuliers. Cela se manifeste non seulement dans l'accès aux soins et dans la qualité de ces derniers, mais encore dans l'accès aux technologies de pointe, y compris celles qui concernent la procréation médicalement assistée. Les inégalités risquent d'être aggravées par la manière anarchique dont les changements imposés par le marché se mettent en place, et par le système fédéral américain qui délègue aux Etats la majeure partie des responsabilités en matière de politique de santé : le partage, pas toujours net, des responsabilités entre Etat fédéral, Etats fédérés et localités ainsi que l'extraordinaire fragmentation du système ont pour corollaire la diversité des législations, depuis la prise en charge des indi-

gents jusqu'à la réglementation des réseaux de soins et les lois sur la bioéthique. L'impact de la loi de 1996 sur l'aide sociale, qui limite l'accès au dispositif d'assistance médicale publique commence à se faire sentir, avec ses conséquences pour la santé de toute une fraction de la population. Certains spécialistes mettent déjà en garde les pouvoirs publics contre le risque de transformer les bénéficiaires de l'aide sociale en *working poor*, dépourvus, eux et leurs enfants, de toute couverture médicale¹¹.

On aurait néanmoins tort de considérer que le rapport de forces entre l'Etat et le marché a définitivement basculé en faveur de ce dernier. Tout d'abord, n'oublions pas qu'aux Etats-Unis, comme dans tous les pays industrialisés, le rôle de l'Etat en matière de santé n'a cessé de croître, même s'il y reste moindre qu'ailleurs. Si les citoyens ne voient pas dans l'Etat le garant du lien social, comme en Europe, de nombreuses études ont montré qu'ils attendent de lui une protection contre les dérives du marché. Ensuite, lorsqu'on évoque l'Etat américain, il faut s'entendre sur le sens exact de ce terme. Si l'Etat fédéral ne s'est toujours pas doté d'une véritable légitimité dans le domaine de la santé où il n'est qu'un acteur, certes important, parmi d'autres, les Etats fédérés, eux, n'ont pas dit leur dernier mot en ce qui concerne non seulement la réforme de l'assurance maladie, mais aussi le contrôle des nouvelles structures de soins : ainsi de nombreux Etats ont commencé à mettre en place une réglementation des réseaux de soins, sous la pression notamment des associations de consommateurs. En effet, dans la logique américaine, c'est au nom des droits du consommateur que des mesures protégeant les malades des dérives du marché vont être prises. Toutefois cela ne se fera pas sans mal, et au coup par coup, renforçant ainsi l'inégalité – géographique cette fois – des Américains devant la santé. Aux décisions de nature réglementaire s'ajoutent, dans une logique tout aussi américaine, les décisions de justice prises dans un nombre croissant de procédures engagées contre des réseaux de soins.

De surcroît, l'Etat fédéral n'a pas entièrement renoncé à améliorer le système, même si les



réformes de fond sont pour le moment écartées. Echaudé par l'échec retentissant de son projet, Bill Clinton mise sur la "réforme à petits pas" (*incremental change*). En août 1996, la loi Kassebaum-Kennedy, mini-réforme visant principalement à limiter les abus des assureurs et à créer des comptes d'épargne-santé, a été votée par un Congrès quasi unanime. Elle est cependant d'une portée limitée, les assureurs réussissant en général à tourner la loi. Par ailleurs, de plus en plus de voix s'élèvent, y compris chez les Républicains, pour réclamer un encadrement fédéral des nouvelles structures de gestion des soins, qui seul pourrait garantir à tous les Américains une protection minimum contre les excès du marché. En octobre 1997, une commission d'experts s'est réunie, à la demande du président Clinton, afin d'élaborer une Charte des droits du patients, un *Bill of rights* garantissant aux assurés un minimum de transparence en matière d'information médicale, et leur offrant des recours contre les réseaux de soins en cas d'insatisfaction. Une proposition de loi allant dans ce sens a été rejetée par le Congrès au printemps 1998, mais une nouvelle version est actuellement à l'étude. Les lobbies (assurances et petites entreprises) jurent déjà de s'opposer par tous les moyens à ce qu'ils qualifient de *Clintoncare bis* ! Mais c'est l'assurance maladie des enfants nécessaires, objectif moins risqué politiquement, qui est le nouveau cheval de bataille du président et des législateurs progressistes. Ils ont remporté une victoire en août 1997 quand, dans le cadre du vote du budget 1998 (*Balanced Budget Act*), le Congrès a décidé de consacrer vingt-quatre milliards de dollars sur cinq ans à aider les Etats à financer la couverture médicale d'une partie des dix millions d'enfants qui en sont actuellement dépourvus et dont le nombre va croissant. Ces fonds (provenant d'une nouvelle taxe sur les cigarettes) peuvent être utilisés soit pour étendre la couverture *Medicaid*, soit pour prendre des mesures spécifiques¹⁵. Populaire et relativement peu coûteuse, cette décision (basée sur une proposition des sénateurs Kennedy, démocrate et Hatch, républicain), peut, si elle est mise en œuvre de manière efficace, constituer un des points forts du second mandat de Clinton. Elle

avait d'ailleurs tout à la fois été saluée comme la plus grande avancée en matière sociale depuis 1965, et accusée de constituer une nouvelle charge pour l'Etat, coûteuse et inutile, et une tentative sornioise du président pour réintroduire l'assurance maladie universelle. Si ce "danger" est peu vraisemblable, un autre risque, lui, est bien réel : celui de créer, au contraire, une autre catégorie de population bénéficiant de l'aide publique, aide variable selon les Etats et donc génératrice d'injustices. Cela ajouterait une autre pièce à la mosaïque du système, et renforcerait la politique des groupes d'intérêts au lieu de constituer un premier pas vers un système universel et de consolider le lien social.

Autre sujet très sensible, et chausse-trappe politique redoutable : l'inévitable réforme de Medicare, l'assurance maladie fédérale des retraités, entamée en 1997 avec l'ouverture du système aux plans de santé privés, qui devra se cantonner dans des limites politiquement acceptables par le puissant lobby des personnes âgées. Certains dénoncent déjà le risque d'une médecine à deux vitesses, la première, privée, pour les riches et les bien portants, et la seconde, subventionnée par l'Etat, pour les autres¹⁶. Bref, pour les deux partis politiques, la santé est un terrain très glissant. Ils en ont chacun fait l'amère expérience, Bill Clinton en 1992-1994 et les Républicains lors des élections de 1996, où leur enthousiasme à tailler dans Medicare leur avait peut-être coûté la Floride. Choisiront-ils de s'entendre sur des réformes minimalistes, qui ne feront que rendre le statu quo un peu plus supportable à de nombreux Américains, ou bien vont-ils vers de nouveaux affrontements sur des choix déchirants ? La première hypothèse semble la plus plausible, mais qui sait ? L'avenir nous réserve peut-être des surprises.

Je remercie Bonnie Howell, du Health Care Planning Council, New York State, Directrice du Cayuga Medical Center, Ithaca, New York, ainsi que Mary Pat Dolan, Medicaid Commissioner, Tompkins County, New York, pour les entretiens qu'elles m'ont aimablement accordés en juillet 1997.

1. Voir en particulier les analyses de Theda Skocpol dans *Boomerang: Clinton's Health Security Effort and the Turn against Government in US Politics*, New York, Norton, 1996 et Nicholas Laham dans "A Lost Cause: Bill Clinton's Campaign for National Health Insurance", Westport, Praeger, 1996. Voir aussi Hugh Heclo, "The Clinton Health Plan: Historical Perspective", *Health Affairs*, Spring 1995; Paul Starr, "What Happened to Health Care Reform?", *The American Prospect*, Winter 1995: 20-31; James Fallows, "A Triumph of Misinformation", *The Atlantic Monthly*, janvier 1995: 26-37. Enfin, *The Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 20, n°2, Summer 1995, est entièrement consacré à l'échec du projet Clinton.

2. Le *managed care* est un système dans lequel un assureur passe un contrat avec un réseau de médecins d'hôpitaux, de professionnels de santé (ou bien possède ce réseau) et offre à l'assuré une couverture médicale avantageuse à condition qu'il passe exclusivement par les membres du réseau pour se faire soigner. Il existe de nombreuses variantes sur ce concept de base: les deux principales structures de *managed care* sont les *Health Maintenance Organizations* (HMO) qui ont l'obligation contractuelle de fournir à leurs membres une couverture médicale en échange d'un forfait mensuel (le producteur de soins est en même temps l'assureur et prend donc entièrement en charge les dépenses de ses adhérents) et les *Preferred Providers Organizations* (PPO) qui sont une formule plus souple et proposent à leur adhérents des tarifs avantageux car consentent les praticiens du réseau.

3. Aux États-Unis, contrairement à la France où la protection de la santé est inscrite dans la Constitution, ni la Cour suprême, ni aucune cour d'appel fédérale n'ont jamais déclaré que l'accès aux soins médicaux était un droit constitutionnel. La Commission présidentielle pour l'étude des problèmes éthiques en médecine et en recherche biomédicale s'est contentée de déclarer que l'État a l'obligation morale de garantir la santé de la population et de lui fournir des soins médicaux. Mais s'il ne le fait pas, l'État encourt seulement une critique morale et non une sanction légale. (*President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research*, Washington, U.S. Government Printing Office, 1983, 1).

4. Certains spécialistes de la santé estiment tout de même que les États-Unis font preuve de dynamisme et d'innovation dans le domaine de la prise en charge des soins, et que certaines de leurs méthodes pourraient être reprises en France. Voir J.-F. Lacronique, "Le système de santé américain n'est pas applicable en France", *Le Quotidien du Médecin*, 31 janvier 1997.

5. Ce jugement est nuancé par Theda Skocpol dans *Protecting Soldiers and Mothers: The Political Origins of*

Social Policy in the United States, Cambridge, the Belknap Press, 1992. Selon son analyse, les États-Unis ont mis en place, avant d'autres pays industrialisés, des systèmes de protection sociale ciblant certaines catégories de population (anciens combattants, femmes seules élevant des enfants). Bien que ces mesures n'aient pas abouti à la création d'un système universel et cohérent, elles montreraient que, contrairement aux idées communément admises, les États-Unis ont pu, à un moment donné de leur histoire, être en avance sur les autres pays en matière de protection sociale.

6. La grande majorité des Américains (63%) sont couverts par des assurances privées, soit par leur employeur (qui n'y est cependant pas obligé), soit à titre individuel. Les autres relèvent de systèmes de protection publics, tels *Medicare* pour les retraités ou *Medicaid* pour les indigents. Les militaires, les anciens combattants et leurs familles bénéficient de soins subventionnés par le gouvernement fédéral. Pour une description complète du fonctionnement du système de santé américain, on se reportera à l'ouvrage d'Elisabeth Chénorand, *Le système de santé américain, poids du passé et perspectives*, Paris: La Documentation française, 1996.

7. Le *Surgeon General* est le plus haut responsable en matière de santé publique aux États-Unis. En juin 1995, le Sénat à majorité républicaine s'est violemment opposé à la nomination du Dr. Henry Foster, candidat du président Clinton, sous prétexte qu'il avait, en tant que gynécologue-obstétricien, pratiqué quelques avortements au cours de sa carrière. Ce poste, difficile à pourvoir, en raison des positions que son titulaire est amené à prendre sur des questions touchant à la sexualité (prévention des grossesses précoces, sida, avortement) est resté vacant plusieurs mois en 1997.

8. R. Shills, *And the Band Played on: Politics, People and the AIDS Epidemic*, New York, Penguin, 1987.

9. Aetna, une des plus grosses compagnies d'assurances, a une filiale à Mexico, Blue Cross/Blue Shield et Kaiser Permanente ont des visées sur le Mexique et l'Amérique latine. *Business Week*, 25 janvier 1998: 28.

10. D. Brown et A. Goldstein, "Within the US, Dramatic Differences in Longevity", *International Herald Tribune*, 5 décembre 1997.

11. E. Willis and R.M. Klingman, "Wisconsin's Welfare Reform and its Potential Effects on the Health of Children", *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 8: 1, 24-35.

12. La plupart des États ont maintenant mis en place ce genre de mesures.

13. S. Rich, *The Washington Post*, 21 octobre 1997, 2-21. Le *Balanced Budget Act* prévoyait par ailleurs une réduction du budget de *Medicare* de cent quinze milliards entre 1998 et 2002.

La loi sur la CMU (Couverture maladie universelle) passe, la privatisation de la protection sociale est amorcée. Là où on attendait le renforcement de la "solidarité", le "marché" fait son entrée.

Là où nous pensions "service public" et exercice de la médecine dans l'intérêt des patients, on nous rétorque "raison économique" et intérêts des marchés financiers.

Et nous nous retrouvons dans nos cabinets face à des gens qui nous font encore confiance, mais nous savons qu'entre les références médicales qu'on nous oppose, le "panier des soins remboursables", l'objectif quantifié des dépenses... l'assureur s'est immiscé dans le colloque autrefois singulier.

CMU : le marché fait son entrée

Nous ne rejetons pas notre rôle économique, nous sommes prêts à participer à une évaluation de notre pratique, nous sommes persuadés qu'on peut et doit améliorer la qualité des soins. Mais nous savons aussi que tous ces efforts seront vains si on ne procède pas à une réforme profonde et à un décloisonnement des structures de soin, si on n'aborde pas la santé de façon globale, bien au-delà de la distribution des seuls soins médicaux, si on ne remet pas en question le modèle "tout biomédical" et sa dépendance majeure à l'industrie pharmaceutique.

Eh quoi, collègues, soignants, syndicalistes, citoyens, il faut réagir, interpeller les politiques, qu'au moins il y ait débat ! Remettons la santé dans le champ public et politique. Nous sommes assez nombreux avec la volonté de sortir de la "pensée unique", pour jeter les bases de propositions alternatives et les faire valoir. *Pratiques* et le SMG sont prêts à se mettre à la tâche, avec tous ceux qui se reconnaissent dans cette démarche. Relançons chacun nos réseaux, animons le débat. Il suffit d'oser et d'entreprendre, dès maintenant.

Les **Rencontres d'Automne de *Pratiques*** et le 25^{ème} congrès du Syndicat de la médecine générale se dérouleront à Paris du **30 octobre au 1^{er} novembre** prochains. Faisons de ces journées une étape importante de notre action.

Philippe Lorrain

*Philippe Lorrain,
médecin généraliste,
est président du Syndicat
de la Médecine Générale.*

Avant de boucler vos valises pour partir en vacances, notez aujourd'hui sur votre agenda un week end recommandé à Paris, du **Samedi 30 Octobre au Lundi 1^{er} novembre**, pour participer, à l'occasion du 25^e anniversaire du SMG, dans une convivialité proverbialement reconnue, au débat que nous organisons sur le thème :

Remettre la santé dans le champ public et politique

Un enjeu majeur dans la période difficile que nous traversons.

Dorothee Benoît Browaeys

L'Islande, en confiant au secteur privé, le trésor unique que constitue sa population, est désormais le théâtre de controverses. Par vote au Parlement – un des plus anciens au monde –, le pays vient d'accepter l'exploitation commerciale des données médicales, génétiques et généalogiques sans régulation par l'État. "On prend les gens pour des marchandises", dénonce le généticien américain R.C. Lewontin. Plus grave encore, le pouvoir politique semble démissionner de son rôle d'arbitre indispensable dans le respect des intérêts personnels et collectifs. Et si les préoccupations de santé publique se trouvaient définitivement gommées par une main-mise mercantile sur les informations génétiques?

Données génétiques raflées par le privé

Le troc est insolite. La population islandaise vient donc d'échanger ses gènes contre des médicaments "gratuits pour le futur". Le Parlement a donné son accord, le 17 décembre dernier, pour qu'une

firme privée, Decode Genetics, constitue et exploite une banque de données croisant les informations génétiques, généalogiques et médicales portant sur les deux cent soixante douze mille habitants de l'île. Votée par une majorité de trente-sept députés favorables (contre vingt parlementaires hostiles et six abstentions), la "loi sur la base de données du secteur santé" confère une exclusivité à la firme pour une durée de douze ans. Mais elle fait l'objet d'une polémique houleuse car seuls 58% des islandais se déclarent favorables à un tel choix (ils étaient bien plus nombreux, soit 93%, à adhérer à ce projet, en février 1998). Elle se heurte aussi à l'opposition des syndicats de médecins ou de chercheurs du pays : déjà 70% des médecins islandais annoncent qu'ils ne transmettront pas les dossiers médicaux de leurs patients (voir document 1). Le Centre de recherche en cancérologie (très reconnu en Scandinavie) fait aussi la guerre contre ce projet. Par contre, l'association des infirmières, sensible à la promesse de recrutements importants et la revalorisation des salaires promise par Decode, soutient encore ce projet.

Le débat secoue le pays depuis plus d'un an. Car même si Kar Stefánsson, neurologue de quarante-neuf ans et fondateur de Decode, est apparu à beaucoup comme un héros de saga – en revenant au pays en 1996 fonder sa société et créer ainsi deux cents emplois – de nombreuses inquiétudes ont surgi. Comment l'anonymat pourra-t-il être garanti pour un travail dont la pertinence repose sur le recoupement des informations ? Quelle protection sera

Membre de l'association "Génétique et liberté", Dorothee Benoît Browaeys est journaliste scientifique, spécialisée dans les questions génétiques. Auteur de *La bioéthique aux Essentiels*, Milan (1995) et *Des inconnus dans nos assiettes* (1998) chez Raymond Castells éditeur.

Génétique et liberté
43, rue d'Ulm,
75005 Paris.
Email : gel@altavista.net

efficace pour éviter que ces informations n'aboutissent pas entre de "mauvaises mains" (exploitations autres que médicales, par les assureurs, les employeurs...) ? Comment l'État, qui a répertorié les données familiales héréditaires ou épidémiologiques (et en est le garant), pourra-t-il se prévaloir des résultats utiles en santé publique obtenus par Decode ? Car, Jean-Claude Galloux, avocat et spécialiste du droit des biotechnologies (directeur du centre de recherche DANTE à l'Université de Versailles) en convient : "Le Parlement a mal négocié le contrat. À aucun endroit, il n'est mentionné que le gouvernement reste propriétaire des données. Rien n'est dit sur les clauses de restitution des informations à échéance du contrat. Cette loi ne constitue aucunement une mission donnée avec retour des résultats mais c'est une autorisation à exploiter une ressource, précise-t-il. Cela se rapproche d'un contrat minier. Quant aux droits des patients, je suis très perplexe : les procédures d'anonymisation introduisent un code dans un seul sens. Il sera donc impossible de soustraire une personne souhaitant être enlevée. De même, il sera impossible d'extraire un membre d'une famille, qui refuse d'apparaître dans ces banques, hors d'une généalogie". Et Jean-Christophe Galloux de conclure : "L'obligation formulée dans la loi d'une localisation islandaise de la banque de données apparaît dérisoire. On sait bien que les données statistiques pertinentes peuvent circuler aisément notamment sur le web !" Rappelons d'ailleurs que Decode Genetics est une société de droit américain, légalement basée dans le Delaware (sur la côte est des États-Unis).

Objectif : corrélér maladies et gènes impliqués

Les enjeux de cette mainmise ne sont pas des moindres. Tous les projets de génomique, de pharmacogénétique (examen du terrain génétique pour préciser la médication), de thérapie génique et surtout de médecine prédictive exigent un tel travail d'épidémiologie génétique. Relier gène et fonction est désormais un passage obligé pour générer de nouveaux produits médicaux. Alors que s'amplifie la frénésie autour du séquençage du génome humain gonfle, l'accès aux fonctions des gènes apparaît donc hautement

stratégique. "La médecine du prochain millénaire sera une médecine de prévention personnalisée, estime le Dr. Pavel Hamet, spécialiste de l'hypertension à l'Hôtel-Dieu de Montréal (Québec). C'est pourquoi, nous sommes de plus en plus nombreux à recourir à la généalogie pour cerner le terrain particulier de chacun et les facteurs de risque à éviter comme une alimentation trop salée, trop riche en graisses ou pas assez fournie en fruit. Cela permettra une véritable pharmacogénétique, c'est à dire des prescriptions adaptées à chaque personne et évitant des médicaments totalement inefficaces chez certains".

Les firmes l'ont compris. Au-delà de l'appropriation des gènes – par brevets – , pour prétendre vendre des diagnostics ou des médicaments, il faudra détenir une ressource capitale : les populations humaines. Pour passer de l'identification des gènes à leur fonction (donc à des solutions thérapeutiques), la "trilogie" associant données génétiques, informations cliniques et arbres généalogiques apparaît comme l'unique sésame. Les investissements le montrent clairement. La société pharmaceutique anglo-américaine Smith Kline Beecham, par exemple, a donné six cent soixante quinze millions de francs à la firme américaine HGS (Human Genome Sciences) pour accéder à ses informations.

La mine d'or est humaine

Dans ce contexte, la population islandaise est un trésor pour les généticiens. Issue de quelques individus fondateurs arrivés au IX^e siècle, elle est restée isolée jusqu'en 1945, brassant donc un pool de gènes limité : on peut donc trouver là des gènes rares à des fréquences plus élevées qu'ailleurs¹. De plus, les 272 000 islandais sont passionnés par leurs généalogies et l'État a centralisé les suivis médicaux depuis 1915. Une aubaine donc... que Kari Stefansson, a saisie : après une carrière académique à Harvard et à l'Université de Chicago, il est revenu au pays pour fonder la société Decode Genetics. Pour lui, "sans les ressources d'une population homogène, on ne peut distinguer des variations génétiques non dommageables des mutations qui induisent une

pathologie. Les sociétés comme Millenium ou HGS ne disposent absolument pas de cet avantage". Decode a déjà engrangé les histoires familiales concernant les trois quarts des Islandais ayant vécu (soient huit cent mille personnes).

Conscient de ce pactole et soucieux de protéger son énorme investissement, Kari Stefansson a donc négocié un monopole. On estime à cent cinquante millions de dollars la somme nécessaire pour engager cette recherche (soit deux fois le budget de la recherche islandaise). "Seule une compagnie privée peut développer les moyens d'un programme d'une telle envergure", reconnaît-il. Et il est confiant : "Je suis certain que cent cinquante à deux cent mille des deux cent soixante douze mille habitants d'Islande accepteront de donner leur sang pour que nous puissions analyser leur ADN et mener à bien nos recherches".

Pour Nicolas Barden, biologiste islandais, le projet a "quelque chose d'enthousiasmant. Quand on écoute parler Kari Stefansson, on est emballé : son programme apparaît vraiment fabuleux et il a annoncé très vite des résultats pour la sclérose en plaques après seulement quelques mois de travail. Et ce n'est pas du bluff ! De plus avant son arrivée, n'importe quel biologiste (avec bac + 6) gagnait cinq à six mille francs par mois (soit le même salaire qu'un ouvrier). Mais cette initiative a tout changé : maintenant on peut gagner neuf mille francs par mois avec des postes plus nombreux et une flexibilité. Cet homme est le seul qui pouvait déployer et valoriser tout ce potentiel mais il a été très maladroît. Toute la polémique est venue du mode de gestion des données. Les médecins craignent la disparition du secret médical". Et rôde aussi une atmosphère de suspicion. "Le premier ministre islandais, est un ami d'enfance de Kari Stefansson, alors ça donne des accointances..."

L'association Mannvernd (signifiant "protection de l'homme"), qui s'est constituée en octobre 1998³ pour dénoncer ce projet, met en cause aussi d'autres collusions entraînant des conflits

d'intérêts. Il apparaît en effet inadmissible d'accepter que le Dr. Gudmundur Thorgeirsson soit à la fois président du Comité national de bioéthique et membre du conseil scientifique de Decode⁴ !

"Les scientifiques ne décolèrent pas quand ils apprennent que Decode entend vendre plus tard ses informations à des assurances, écrit Luc Debraine dans un article du journal suisse *Le Temps* paru le 17 février 1999. Et de citer Jon Johannes Jonsson, médecin et biochimiste à l'hôpital de Reykjavik. "C'est une violation évidente des droits de l'homme. Elle peut mener à une discrimination génétique des individus par les compagnies d'assurances ou des entreprises". Le chercheur, comme ses pairs, pointe aussi la faiblesse du double cryptage des données. La question est centrale et rejoint les doutes de nombreux généticiens français (voir encadré). De nombreux biologistes d'organismes publics craignent aussi de perdre l'accès à des données essentielles pour leurs travaux mais aussi pour la santé publique : l'exemple du redoutable staphylocoque doré dont le génome est dans les mains de trois firmes de biotechnologies illustre le danger de privatisation des informations !

L'association Mannvernd soutenue surtout par des scientifiques et médecins islandais a reçu l'appui de nombreux collègues étrangers notamment du professeur de Harvard, R.C. Lawontin : "On ne peut transformer toute une population en une marchandise biomédicale captive, écrit ce dernier dans une lettre du 23 janvier 1999. C'est une curieuse ironie que la société islandaise - soucieuse d'échapper à toute forme de puissance étatique et dont l'idéal individualiste est contenu dans les sagas traditionnelles - soit la première à s'embarquer dans une telle entreprise. La conversion d'un patrimoine commun établi pour la santé publique en un outil profitant à une seule société est marquée par un cynisme politique criant : il y a en effet un immense fossé entre ce qui a été dit au public sur cette banque de données et la réalité". Le gouvernement islandais jure en effet que la base de données sera accessible au plus grand nombre... sauf en cas d'intérêts commerciaux !

"Des descendants des Vikings ne peuvent prétendre que leurs activités de pirates servent l'intérêt public général", attaque R.C. Lewontin.

Gènes monnayables

Partout, les argumentaires fallacieux font partie de la guerre économique comme certains le reconnaissent sans détour : "Il faut promettre la lune pour convaincre les actionnaires", constate Jean Weissenbach, directeur du Genoscope d'Évry. On sait que Decode a signé l'an dernier un contrat de deux cents millions de dollars avec la société pharmaceutique Hoffmann-La Roche pour lui réserver pendant cinq ans les résultats obtenus sur douze maladies héréditaires. Suivre la transmission de maladies devrait permettre au géant bâlois d'identifier les gènes impliqués dans une douzaine de pathologies majeures courantes (cancers, problèmes cardiovasculaires, maladies endocriniennes, pathologies du système nerveux central). Selon Kaus Lindpaintner, responsable de la recherche génétique de Roche à Bâle, "l'important pour les industriels est que de tels accords soient irrévocables, qu'ils ne soient pas modifiables au gré de l'opinion publique". Il faut être clair sur ce que la société civile souhaite, reprend Éric Tambuyzer, vice-président de Genzyme et président du comité d'éthique de l'association Europabio qui vient de produire des recommandations⁷. Ce que je crains c'est qu'en Islande, la population n'ait pas été informée d'une façon complète⁸.

Ainsi, la population islandaise se serait-elle fait bernier ? Serait-elle victime d'un nouvel épisode du marchandage récurrent où la génétique a bon dos à force de faire miroiter, ici des médicaments miracles, là une "réparation" par thérapie génique. La pression des intérêts économiques tronque les informations. Les citoyens ne sont jamais consultés réellement pour peser avantages et inconvénients. Qui explique en effet les contraintes d'une telle aventure, les risques de fuite des données ou de création de marchés captifs ? Jacques Ninio, biologiste à l'École normale supérieure dénonce un véritable "marché de la duperie. D'ici peu, notre société proposera, avant toute naissance, une analyse détaillée du génome pour faire un "profil génétique" des déficiences et indiquer des médicaments et aliments indispensables, estime-t-il. Cette médicalisation permettra de rendre captif tout consommateur à peine né".

Les populations ne peuvent pas être considérées comme de banales matières premières. "Il est évident que personne n'a envie de voir qu'à partir d'un prélèvement banal, son ADN peut rester à traîner sur un fichier", souligne Jean-Christophe Galloux qui défend un droit de destination, c'est à dire une maîtrise de l'individu sur l'utilisation de ses éléments corporels⁹. Désormais, derrière votre médecin, se cache un complexe scientifico-médical qui échappe à la relation patient-thérapeute. Les médecins ne peuvent se plaindre de la perte de confiance des patients, s'ils continuent à ne pas les informer⁹.

1. Tous les députés favorables appartiennent au Parti Indépendant (IP) et au Parti Progressiste (PP).

2. disponible sur le site

<http://brunnarajels/Interpro/Interd/pages/gagnntrtag-rnd>

3. Entre 1981 et 1995, mille cent-soixante quinze brevets ont été délivrés dans le monde à des inventions dont l'objet était la protection de séquences d'ADN humain. D'ailleurs, 70% des brevets octroyés par l'Office européen des brevets (OEB) sont aujourd'hui détenus par des firmes américaines et japonaises. L'Office américain des brevets veut même d'octroyer à la société Incyte un brevet sur des "étiquettes" de gènes (ARN marqueurs d'expression). C'est un tournant car on n'exige donc plus de connaissance sur l'utilité ou la fonction de la séquence

brevetée. Chacun va pouvoir ainsi mettre dans son giron des morceaux de génome humain.

4. Selon Jean Weissenbach, directeur du centre de séquençage d'Évry, "la population islandaise n'est pas aussi intéressante que d'autres plus anciennement fondées comme la population finlandaise notamment".

5. Voir sur le web le site Mannvernd :

<http://mannvernd.is/english/index.html> ; adresse

électronique de l'association : mannvernd@simnet.is

6. Conseil confirmé par le ministre de la Santé dans

une lettre du 4 mars 1999.

7. Voir sur le site : www.europa-bio.be

8. Voir "L'utilisation des matériels biologiques humains :

vers un droit de destination", recueil Dalloz 1999,

2ème cahier, chronique.

Denis Labayle

Généraliste en médecine

Santé :

de l'idéologie à l'expérience

Denis Labayle nous fait part régulièrement, dans sa chronique, de ses colères dans le champ médical. Il vient de publier un livre loulou et optimiste qui contraste avec la grisaille des perspectives politiques actuelles. Dans La France de l'audace, il relate de multiples initiatives locales qui ont en commun d'émaner de petits groupes d'individus, lutrant collectivement pour sortir de conditions socio-économiques défavorables ou ouvrant à des solutions alternatives au système marchand mondialisé. Un tissu d'expérimentations et de pratiques prouvant que lorsque l'imagination humaine prend le pouvoir, le progrès n'est pas loin.

Dans le domaine de la santé comme dans bien d'autres secteurs de notre société, le changement relève plus de l'idéologie que de l'expérience. Au cours de ces vingt dernières années, quel gouvernement n'a pas lancé SA réforme du système sanitaire en annonçant bien sûr qu'elle allait enfin permettre de réduire les coûts sans modifier la qualité : départementalisation hospitalière, changement des statuts des médecins, modification des conventions, réforme du financement de la sécurité sociale, informatisation obligatoire, sans oublier ces

millions de carnets de santé qui ont coûté si cher avant de passer aux oubliettes.

Et chaque fois, le projet élaboré par un petit groupe d'administratifs et d'hommes politiques dans un bureau ministériel doit immédiatement s'appliquer à tout le territoire, de l'Alsace à la Bretagne, du Pas-de-

Calais au Périgord, quelles que soient les conditions sociales ou géographiques. Sans protocole d'études, sans suivi économique et social, sans analyse des résultats des différentes situations. Bref, sans temps nécessaire à l'expérience. Vite une loi, un décret et tout le monde doit obéir. Et sans discuter, s'il vous plaît !

La réforme la plus récente concerne la restructuration hospitalière. Un jour, le mot "Fusion" a été lancé par un groupe de penseurs et repris immédiatement par les hommes politiques en manque de projet. Plus question de tendances politiques, le déficit imaginatif étant global dans ce monde coupé du terrain. En quelques années, sans que personne n'ait pu en garantir l'efficacité, l'ordre d'application est relayé par tous les exécutants en place dont la carrière dépend de l'obéissance à la hiérarchie.

Qu'il faille faire évoluer l'organisation hospitalière, publique comme privée, nul ne le conteste. Que certains regroupements d'activités soient justifiés, très probablement. Que des liens s'établissent entre les différents secteurs de la santé, nul ne pourrait s'en plaindre. Mais que l'on oriente tous les hôpitaux sans distinction de taille, quelle que soit leur spécificité loco-régionale, vers la constitution de groupes hospitaliers de plus en plus pléthoriques, apparaît

fort contestable car les justifications économiques et sanitaires n'ont pour l'instant jamais été apportées. En l'espace de trente ans, nos penseurs ont imposé successivement les centres de plus de mille lits, puis dans les années soixante-dix les bâtiments de quatre cents lits avant de défendre de nouveau aujourd'hui les grandes structures. Alors, où est la vérité ? Personne ne peut le dire, pour la simple et bonne raison qu'il n'y a jamais eu d'études qualitatives et quantitatives de l'existant, d'analyses économiques des changements réalisés et encore moins d'évaluation de la qualité des soins.

Si l'idée de faire fusionner deux établissements peut être une piste intéressante, il est indispensable de l'évaluer expérimentalement avant de la généraliser. Il aurait fallu pour cela choisir quelques sites pilotes, volontaires, illustrant plusieurs modèles de fusion. Il aurait fallu accompagner financièrement ces expériences, en suivre les conséquences sociales et économiques, évaluer après un temps donné les bénéfices obtenus et les inconvénients observés afin de poursuivre l'ex-

périence en cas de résultats positifs et d'accepter de faire marche arrière dans le cas contraire. En un mot, il aurait fallu réellement expérimenter. Pour l'instant, rien de tout cela n'est prévu. La majorité des hôpitaux a dû se plier en catastrophe à l'idée de fusion, sous peine d'étranglement budgétaire, sans protocole économique et social rendant impossible toute analyse comparative ultérieure. Il est vrai que, dans cinq ou dix ans, les décideurs d'aujourd'hui seront bien loin, même si l'on découvre quelques catastrophes.

Tout cela n'est pas très sérieux. Il serait temps que notre société en finisse avec l'idéologie des avant-gardes pensantes et s'impose les rigueurs de l'expérience scientifique, mettant à contribution ceux qui travaillent sur le terrain. Alors seulement, l'économie pourra se conjuguer intelligemment avec le sanitaire.

1. *La France de l'histoire* par Denis Labayle, éditions du Seuil, Paris, 1999.

Françoise Bourdais

Françoise Bourdais est sage-femme au Centre hospitalier de Saint-Nazaire.

C'était il y a bien longtemps, lors de la première semaine de mon premier stage à l'école de sage-femmes, mon premier contact avec l'hôpital. Le début de cette semaine en urologie s'était bien passé : un service dynamique, tant du point de vue de l'équipe que des patients ; une connivence ambiante, stimulée par le manifeste plaisir de travailler ensemble.

Ce vendredi matin pourtant, l'atmosphère était lourde. Je les avais déjà vus bien sûr, sérieux et rapides ; ils étaient ce jour-là pressés, anxieux, impatients. J'appris bientôt que le "patron" faisait sa visite ce matin-là, comme tous les vendredis, et que tout (ménage, soins, pansements, dossiers...) devait être fait et parfait pour 10 h 45.

Il arrive à 11 h précises, déjà entouré des chefs de cliniques, assistants et internes ; le cortège s'accroît des externes, infirmiers, surveillante et élèves en

tout genre (infirmiers, aide-soignants, kinésithérapeutes, sage-femme...). Seuls les aide-soignants étaient dispensés de procession. J'en conclus que, s'il n'était pas question de détecter une poussière résiduelle, il s'agissait

d'évaluer, pour la semaine écoulée, l'activité du service et le travail de chacun des "processionnaires".

Nosocomialité

*Nosocomial :
de Nosos : maladie,
et de Komein : soigner.
Qui se rapporte à
l'hôpital ; "infections
nosocomiales" :
qui se répandent
dans les hôpitaux.*

Nous devons être dans la troisième ou quatrième chambre. Le chirurgien, qui avait, la semaine précédente, opéré de la prostate cet homme de soixante ans, souriant et timide, exposait son "cas" et termina en précisant qu'on lui avait ôté sa sonde urinaire vingt-quatre heures auparavant. Rougissant et bien conscient d'être le point de mire, le patient se détendit un peu devant l'attitude courtoise du patron et répondit par l'affirmative à la question du bon déroulement de ses mictions depuis l'ablation de la sonde. J'aperçus les visages hilares de ses trois compagnons de chambre et échangeai un regard amusé avec ma collègue élève infirmière : ce matin-là, quand nous étions venus prendre les constantes et relever les diurèses, nous l'avions trouvé montant la garde, avec une légitime fierté, auprès d'un bocal à urines quasiment plein, sous les regards rigolards de ses trois compagnons ; et notre passage dans la chambre s'était achevé dans les plaisanteries et le rire généralisé... Il urinait en quantité normale, sans difficulté, ni douleur. Il restait, dit le chirurgien, à évaluer "la puissance du jet" et il lui tendit l'urinal pour une démonstration immédiate... Je ne saurais dire quelle fut la durée objective de l'attente, strictement, lourdement, silencieuse qui suivit. Subjectivement, ce fut long. Notre bonne douzaine de regards était braquée sur l'urinal, où, bien évidemment, il ne se passait rien. Ce fut peut-être l'ennui, ou bien l'impatience, qui me fit lever les yeux. Cet homme, naturellement souriant et rougissant, était blême, tremblant, le visage crispé, ruisselant de sueur, méconnaissable. L'indignation de mes vingt ans peut-être, ou plus sûrement la stupéfaction, tourna mon regard vers le chirurgien. Je tombai sur le même masque

blème, crispé et ruisselant de souffrance pétrifiée. Ce fut le patron bien sûr – qui d'autre l'aurait pu ? – qui nous libéra du "charme" en affirmant avec bonhomie que cette "petite vérification" pourrait se faire plus tranquillement à un autre moment.

Ce fut pour moi une révélation. Je venais d'assister à l'apparition d'une souffrance purement "fabriquée", sans aucune racine douloureuse, pour l'un ni l'autre, catalysée par la présence de "l'inspecteur" chargé d'évaluer la réussite de l'opération. Le chirurgien souffrant de ne pouvoir la prouver, et le patient désespéré de ne pouvoir montrer sa reconnaissance (ou régler sa dette) en apportant la preuve qu'il détenait. J'apercevais également la profonde ambiguïté du soin, dont la violence, chargée de répondre à la violence de la maladie, peut outrepasser son but, blesser le patient et revenir en boomerang s'attaquer au soignant. Fort heureusement, dans ce cas, la confiance et le bon sens du patron étaient venus rompre cette "liaison fatale" du médecin et de son patient. Ce fut cette scène qui, probablement, ancrera "ma vocation hospitalière", soigner semblait bien "passionnant", il me fallait en savoir plus !

Vingt ans ont passé ; j'en suis toujours... On parle aujourd'hui d'"infections nosocomiales" contractées lors d'une hospitalisation (ou peut-être plus généralement consécutives à un soin, comme semble l'indiquer l'étymologie). On ne parle pas de la "souffrance nosocomiale", la souffrance induite par le soin. Si elle est une violence inhérente au soin qu'on peut peut-être qualifier d'"inévitable", comme les effets secondaires d'un traitement spécifique contre une infection (la souffrance peut alors être relativisée par l'efficacité du traitement), la violence ajoutée, où prend son origine ce que j'appelle la souffrance nosocomiale, ne peut en aucun cas être légitimée. Elle n'est pas consécutive à la maladie, ni au soin en lui-même, mais aux circonstances du soin (où, quand, pourquoi, par qui, comment ?).

Si l'on peut proposer quelques mesures de prévention de l'infection nosocomiale, c'est qu'on peut, le plus souvent, la définir, la repérer, la quantifier. La souffrance nosocomiale, quant à elle, est

fonction du patient, du soignant et de la relation qui s'établit entre eux, dans le soin et dans le cadre hospitalier, avec ce qu'il suppose de rigidité : le patient arrive avec son problème médical certes, mais aussi sa famille, son milieu, sa vie, et avec les relations qu'il entretient avec sa famille et ceux qui l'entourent. Il attend du soignant qu'il pratique un soin individualisé, quand le soignant a à gérer les soins de ce patient ainsi qu'à ses autres patients, qui réclament à juste titre la même individualisation, avec son propre rapport à la maladie, dans le respect des règlements hospitaliers, de la hiérarchie médicale et de la tutelle administrative... sans oublier bien entendu le déficit de l'assurance maladie, la pression sociale, la crainte du procès, les exigences du ministère de la Santé, le tout orchestré et mis en scène par les médias...

On s'indigne, à juste titre, qu'une partie de la population n'ait pas accès aux soins ; à l'inverse, on s'inquiète, également à raison, de l'augmentation constante du coût des soins. Mais je suis toujours surpris de constater que, lorsqu'on incrimine le "trop d'examen complémentaires", c'est toujours du point de vue pécuniaire, sans prendre en compte l'angoisse, ni la souffrance physique et psychologique, occasionnée par cette avalanche de prises de sang, échographies, endoscopies, scanners, radiographies, avec ou sans préparation, plus ou moins désagréables, etc. Pour ne pas "passer à côté de quelque chose", on est tout prêt à passer à côté de quelqu'un. Que le patient se débrouille à gérer son "trop" de soin !

Si j'ai revu (et ressenti) bien souvent ces "masques" entrevus il y a vingt ans, parfois en vis-à-vis, la souffrance de celui, soigné ou soignant, qui se retrouve coincé, sans échappatoire possible, dans un piège qu'il a, au moins par son manque de vigilance, laissé se refermer, j'ai aussi, à l'inverse, rencontré des patients hospitalisés qui, loin de paraître englués dans une toile d'araignée, semblaient installés dans un espace ménagé pour eux. Je sais donc qu'il est possible, même si les contraintes hospitalières me semblent, en vingt ans, s'être considérablement accrues, de s'approcher d'un "idéal du soin" qui pourrait être : tenter de donner à chacun selon ses besoins, pas moins, mais pas plus.

Pierre Atach

Pierre Atach
est sociologue
à l'INSERM.

Un double paradoxe : la santé au féminin/masculin*

**Ce texte est le résumé
du chapitre que
j'ai écrit dans le cadre
d'un livre collectif à
paraître sur le thème :
Femmes et hommes dans
le champ de la santé.*

La question de la santé envisagée sous l'angle des différences entre les femmes et les hommes est à la fois intéressante et troublante. En effet, on est en présence de deux groupes sociaux entre lesquels existe un rapport de domination se traduisant par de multiples discriminations dont les femmes sont victimes, alors qu'on observe, face à la mort, une différence à l'avantage de celles-ci se traduisant par une longévité nettement supérieure. Voilà qui bouleverse l'ordre hiérarchique habituellement observé et, surtout, les don-

nées de l'analyse que l'on peut faire des inégalités sociales de santé, générées pour l'essentiel par l'ensemble des autres inégalités sociales. Premier paradoxe.

Le second paradoxe tient au fait que l'on pourrait s'attendre à ce que les hommes soient plus malades que les femmes et que cela se traduise par, notamment, des

déclarations de maladies plus nombreuses. Or, c'est l'inverse qui est observé : les hommes déclarent moins de maladies en général et fréquentent moins les médecins. L'explication de ce phénomène est à chercher dans la différence de rapport au corps et de rapport aux questions de médecine et de santé. La prise en compte de la nature et de la gravité des maladies déclarées fait apparaître une différence logique : les hommes ont, deux fois plus que les femmes, de maladies graves dont ils meurent, d'ailleurs. Ce second paradoxe, comme le premier, renvoie à la construction sociale des identités masculine et féminine dans un monde où "l'ordre social fonctionne comme une immense machine symbolique tendant à ratifier la domination masculine sur laquelle il est fondé" (Pierre Bourdieu, *La domination masculine*, Seuil, 1998).

Essayons d'aller un peu plus avant dans l'analyse de ce double paradoxe. Le premier renvoie à la question du rapport entre domination et inscription dans les corps de cette domination à travers la létalité de certains de ses effets. Le moins que l'on puisse dire est que la domination masculine sur les femmes n'a pas les effets auxquels on s'attendrait en terme de mortalité, notamment si on se réfère à l'histoire démographique et à ce qui est observé aujourd'hui entre classes sociales. Les tenants de la thèse d'une réelle domination féminine, insi-

dieuse et occulte se cachant derrière les apparences du pouvoir masculin, pourraient trouver, là, matière à argument, voire une preuve tangible de ce qu'ils avancent. Ne peut-on pas effectivement soutenir l'idée que les hommes croient dominer le monde et s'investissent à corps perdu dans des jeux dont ils n'ont pas la maîtrise, perdant ainsi contact avec ce qui pourrait être considéré comme le sel de la vie (l'enfant, l'amour, l'amitié entretenue, la compassion...) ou encore avec des plaisirs et satisfactions liés à des pratiques quotidiennes simples que demande la tenue d'une "maison". Finalement, non seulement ils passeraient à côté de l'essentiel, mais leur temps sur terre étant moins long, ils n'auraient pas la possibilité de changer de façon d'être à un moment où ils pourraient le faire.

Ce point de vue mérite d'être pris au sérieux de façon à lui opposer, si nécessaire, des arguments contradictoires convaincants. Ce n'est pas seulement à mon avis parce que le pouvoir masculin, essentiellement symbolique¹, s'exerce avec la complicité inconsciente des femmes dans une soumission acceptée, comme Pierre Bourdieu l'explique très bien dans son livre, c'est aussi parce que les femmes trouvent, dans la condition qui est la leur, des joies et des satisfactions, des petits bonheurs quotidiens, donnant matière à un attachement fort à la famille et au foyer – ce qui vient renforcer et, pour certaines, justifier cette soumission. Illusion, aliénation, fausse sécurité et plaisir "pervers" qu'apporte l'asservissement, pourrait-on rétorquer. Disons que le débat est ouvert !

Dans le cadre de ce débat, ne peut-on pas avancer l'idée que la mortalité différentielle entre les hommes et les femmes n'est pas de même nature que ces "petits et grands bonheurs de la vie" puisqu'elle ne s'inscrit pas, tout naturellement,

dans ce qui a caractérisé depuis toujours leur condition ? C'est, comme il a été montré, un renversement du schéma épidémiologique, qui s'est effectué au XVIII^e siècle, qui a changé complètement les données et non un changement dans la condition sociale respective des hommes et des femmes. Il se trouve que des pratiques masculines de vie sont devenues particulièrement dangereuses pour la santé, non pas qu'elles ne l'étaient pas auparavant, mais parce qu'elles sont devenues plus fréquentes et, surtout, parce qu'elles mettent en jeu des déterminants des principales causes de mortalité (le cancer étant un modèle du genre) dans une situation de baisse considérable de la mortalité. Il se trouve aussi que les progrès de la médecine et de l'hygiène ont eu plus d'effets sur des causes de mortalité spécifique des femmes (en rapport avec la reproduction) que sur les causes des maladies chroniques dégénératives dont les hommes souffraient davantage que les femmes. Cela n'a pas grand chose à voir avec un renversement dans les rapports hommes/femmes et dans le rapport de domination qui les lie. A peine peut-on y voir une sorte de revanche féminine due à une facétie du destin. Revanche ou vengeance bien amère ou trompeuse, si l'on songe à ce que cette différence recouvre de souffrances endurées par celles qui survivent douloureusement à leur compagnon de vie.

En tout cas, ce que cette "histoire" nous révèle c'est que, aujourd'hui bien plus qu'hier, la domination masculine est symbolique et ne se traduit pas par des conditions de vie plus dures et dangereuses que celles des hommes ; hommes, soumis dans beaucoup de situations professionnelles de travailleurs manuels, à des contraintes et des dangers auxquels elles échappent en grande partie². Les femmes de milieu ouvrier vivent comme les hommes avec qui elles sont unies, sont sou-

prises aux mêmes conditions d'existence, sauf aux conditions de travail lorsqu'elles sont au foyer et lorsqu'elles sont actives, du fait que ce qui leur est demandé est moins de l'ordre de l'épreuve physique de force – ajoutons qu'il y a nettement moins d'ouvrières que d'ouvriers et que beaucoup de femmes d'ouvriers occupent des emplois de bureau. Les conditions difficiles de vie des femmes de ce milieu se traduisent par une mortalité supérieure à celle des femmes de milieu social plus élevé et non pas à celle des hommes de ce même milieu, pour lesquels les déterminants de surmortalité masculine ont plus de poids que ceux liés à l'appartenance sociale. Le même raisonnement peut être fait pour des cadres supérieurs, des professions libérales, des commerçants ou des employés. Les femmes, mariées à des hommes exerçant ces professions ou les exerçant elles-mêmes, vivent dans les mêmes conditions

que leur mari ou leur compagnon ; elles ne sont pas soumises à davantage de privations pouvant avoir un effet sur la santé ; au contraire, en général leur habitudes de vie sont moins dangereuses pour la santé en termes de facteurs de risque (au sens épidémiologique). Il serait intéressant d'étudier, en profondeur et dans le détail, la façon dont les hommes et les femmes de certains milieux sociaux précis vivent pour comprendre comment les différences observées peuvent avoir leur traduction corporelle sur le plan de la santé.

La violence symbolique dont souffrent les femmes n'a pas le même effet que celui produit par les violences moins symboliques dont souffrent les minorités opprimées, les classes sociales les plus démunies et les plus exposées aux effets destructeurs liés aux conditions de travail et de vie en général. Si les femmes sont soumises à



d'autres formes de violence plus tangibles, l'effet qui en résulte n'est pas suffisant pour se traduire par une atteinte corporelle différentielle, que constitue une maladie grave, et par une mort prématurée.

Quant au second paradoxe, celui relatif à l'apparente surmorbidity féminine ou, plus simplement, à la plus mauvaise santé des femmes telle qu'elle apparaît à travers les enquêtes dans la population, quel rapport a-t-il avec celui dont il vient d'être question ? S'il n'y a pas de rapport entre différence dans la mortalité et différence dans la morbidité entre les femmes et les hommes, en revanche, il n'en va pas de même tant du point de vue de la construction de leur rapport au corps, que de celui du partage des rôles sociaux relevant du féminin et du masculin. Dans cet ordre d'idée, ce qui sépare les sexes a essentiellement à voir avec la violence symbolique s'exerçant dans le rapport de domination des hommes sur les femmes. Ce n'est pas, à mon sens, essentiellement parce qu'elles subissent plus de violences physiques, et qu'elles sont soumises à des pressions psychologiques difficiles et parfois douloureuses, que les femmes semblent plus malades¹. Il faut en ce domaine se garder de porter un jugement trop hâtif, s'agissant de telle ou telle forme de pathologie comme nous l'avons vu. Par ailleurs, ce phénomène universel (du moins, dans le monde où on trouve ce type de données) n'est ni négatif ni positif, ni stigmatisant ni valorisant, ni la preuve tangible de la domination des hommes sur les femmes, ni celle d'une différence biologique génétiquement déterminée. J'y vois, comme j'ai essayé de l'expliquer, l'expression complexe d'un processus historique, dont l'origine remonte à la nuit des temps, à travers lequel le rapport entre les sexes s'est inscrit dans le corps produisant des effets qui, à l'époque contemporaine, se sont accentués

et diversifiés, en même temps que la notion de santé prenait de plus en plus de place et que le rôle de gestionnaire de la santé du groupe familial s'affirmait comme étant quasi exclusivement celui de la femme. Effet donc indirect de la violence symbolique, mais effet à propos duquel tout qualificatif introduisant une idée de valeur risque de s'avérer trompeur.

Si les hommes et les femmes jouent les rôles qui leur ont été assignés en arrivant au monde et qu'il en résulte des avantages et des dommages différents selon les domaines et les enjeux en cause, le corps est le réceptacle, l'instrument à travers lequel, pour une grande part, va s'exercer la domination masculine, sans que le corps soit atteint dans son intégrité. Il se trouve que l'usage du corps exerçant cette domination produit une usure, une détérioration qui conduisent à une mort prématurée, comparée à la mort du corps sur lequel s'exerce cette domination.

1. Le pouvoir symbolique est un concept construit et utilisé par Pierre Bourdieu dans son œuvre, en particulier dans son dernier livre *La domination masculine*, domination reposant sur une violence symbolique "douce, insensible, invisible pour ses victimes mêmes, qui s'exerce pour l'essentiel par les voies purement symboliques de la communication et de la connaissance, de la reconnaissance ou, à la limite, du sentiment".

2. Si on ne meurt presque plus de la tuberculose, on meurt de l'amiante et encore de la silicose (pour les anciens mineurs). Les accidentés du travail, morts ou blessés, sont pour la plupart des hommes sans que cela soit l'expression d'une conduite imprévoyante ou machiste.

3. Ce qui ne signifie nullement que les femmes, même dans une société comme la nôtre, ne subissent pas dans leur corps la violence des hommes et que les effets qu'elle produit s'ajoutent aux difficultés et contraintes liées à leur statut de femme et de mère, ne puissent s'exprimer sous forme de pathologies spécifiques, notamment dans le domaine psychique. Mais cette part, qu'il reste à déterminer, doit être séparée de celle dont j'ai tenté de faire l'analyse et qui, selon moi, est la plus importante en fréquence et en variété.

Pierre Bourdieu, *La domination masculine*, éditions du Seuil (coll. Liber), Paris, 1998.

L'auteur dans ce livre décrypte les rouages de la domination masculine de nos sociétés en prenant appui sur le fonctionnement de la société kabyle pour l'analyse des sociétés occidentalisées. Il constate que cette domination est encore très largement prégnante malgré les luttes politiques autour de la condition des femmes, parce que fondée sur des mécanismes structuraux – difficilement accessibles à la lutte politique – à l'œuvre implicitement depuis des siècles dans les principales ins-

tutions qui façonnent nos sociétés : l'école, la famille, l'Etat, mais aussi la médecine.

Quels sont les fondements de la domination masculine ? Citons p.29 : "La force particulière de la sociodécie masculine lui vient de ce qu'elle cumule et condense

Nous avons lu pour vous

deux opérations : elle légitime une relation de domination en l'inscrivant dans une nature biologique qui est elle-même une construction sociale naturalisée". Le travail de construction symbolique ne se réduit pas à une opération strictement performative de nomination orientant et structurant les représentations, à commencer par les représentations du corps (...) ; il s'achève et s'accomplit dans une transformation profonde et durable des corps (et des cerveaux)".

C'est par l'intermédiaire d'une véritable "somatisation des rapports sociaux de domination" que les individus d'une société (qu'ils soient du sexe masculin dominant ou féminin dominé) incorporent dans leur comportement "le principe de division dominant".

Pourquoi la norme sociale impose-t-elle que dans un couple homme-femme, l'homme soit plus grand (en taille) que la femme ? Quelles énergies, quelles stratégies doivent utiliser de tels couples (femme-grande/homme-petit) pour "tenir" dans la société sans mettre en péril l'existence de leur relation ? La femme qui aime "son" homme doit rééquilibrer le déficit en taille en collaborant à renforcer l'image virile de son compagnon. Exemple où deux êtres très conscients et très victimes, par la force des choses, continuent à entretenir le système.

(par P. M.)

Tentes des femmes et voiles des hommes

Dominique Casajus

Ethnologie

Les Touaregs Kel-Ferwan nomadisent dans les steppes arides qui s'étendent au nord du Niger. Cinq ou six fois l'an, leurs campements se déplacent à la recherche des maigres herbages où paissent leurs chameaux et leurs chèvres. Poussant leurs troupeaux devant eux, ils transportent alors à dos d'âne ou de chameau les lourdes tentes de nattes de *doum* que seules les femmes savent monter et démonter.

La tente appartient à la femme. Lorsqu'une mère marie sa fille, elle lui fait don de sa propre tente ou se charge de lui en faire confectionner une. La jeune épousée vient s'installer dans le campement de son mari avec cette tente reçue des mains maternelles et revient avec elle dans le campement des siens en cas de divorce ou de veuvage. Si, comme leurs sœurs, ils passent les années d'en-

fance dans la tente de leur mère, les garçons la quittent dès qu'ils atteignent la puberté et doivent jusqu'au mariage vivre à l'écart des campements dans des abris sommaires qu'ils partagent parfois avec des compagnons d'âge. Un homme retrouve une tente lorsqu'il prend épouse, mais il n'habitera jamais la tente de cette étrangère comme il habitait, petit garçon, celle où sa mère lui a donné le jour ; et serait-il un vieillard considéré, le divorce ou le veuvage le ramènent à la position précaire des adolescents qui vont sans tente. Au contraire, une femme divorcée garde la tente qu'elle a acquise au moment de son mariage, et elle est libre d'y recevoir qui elle veut. Les hommes sont donc un peu extérieurs à la tente, dont les usages et le langage font en revanche un domaine féminin.

Le voile derrière lequel les hommes dissimulent leur visage dès qu'ils désertent la tente maternelle, et qu'ils portent au plus haut le jour des épousailles, est le signe de leur extériorité par rapport à ce domaine. Cette extériorité les expose à la malveillance des *kel-esul*, les "gens de la solitude", être maléfiques qui errent sans repos aux lisières des espaces habités. Le port du voile a des significations multiples sur lesquelles il faudra revenir, mais on peut dire déjà qu'il protège les hommes de ce danger surnaturel, danger dont les femmes, en raison de leur affinité avec les tentes, sont plus naturellement protégées. L'unique occasion où cette protection s'abolit est le déménagement : leurs

Parole et retenue chez les Touaregs

Dominique Casajus est directeur de recherche au CNRS et maître de conférences à l'École polytechnique. Il a pour terrain d'étude le nord du Niger. Outre des recueils de textes traduits du touareg, il a publié *La tente dans la solitude, la société et les morts chez les Touaregs Kel-Ferwan* aux éditions de la Maison des sciences de l'homme, Paris, 1987. Il a également assuré la réédition de *Chants touaregs* recueillis et traduits par Charles de Foucauld, Albin Michel, Paris, 1997.

tentes étant repliées, les femmes retrouvent l'espace d'un instant des périls qui pour les hommes sont quotidiens et doivent alors prendre la précaution d'enduire leur visage d'une épaisse couche d'ocre. Comme pour manifester que le port du voile est le lot d'hommes privés de tentes – ou tout au moins d'une chaleureuse intimité avec les tentes – , on a l'habitude d'appeler les femmes "celles des tentes" et leurs compagnons "les voiles".



Bekka, chef suprême des Kel Ferwan, 1979. Photo : G. Bordessoules

Les gens de la solitude

Revenons sur ces *kel-esuf* que les Touaregs disent peupler les solitudes, d'où ils viennent errer autour des tentes et tourmenter les humains. On les appelle aussi *ajfin*, mot dont l'étymon arabe a aussi donné notre "djinn". Ils présentent en effet beaucoup de points communs avec les djinns de la tradition arabo-islamique mais en différent sur quelques points. En particulier, on se les représente comme vivant dans un univers dont la parole, ou tout au moins la parole véritable, est absente. Les Touaregs du Hoggar les désignent comme "ceux qui ne parlent à personne". Selon les Kel-Ferwan, ils s'adressent au voyageur égaré dans des idiomes que nul ne peut comprendre. De plus, c'est d'abord dans sa faculté de parole qu'ils aiment frapper celui qui a l'infortune de les rencontrer sur sa route : ils le plongent alors dans un mutisme qui peut être définitif, à moins qu'ils ne lui "prennent l'intelligence", le rendant ainsi inapte à produire une parole sensée. Capables de détruire dans l'homme adulte sa faculté de parole, ils font ainsi courir les plus grands dangers : à ceux qui ne possèdent pas encore cette faculté, c'est-à-dire les enfants qui ne parlent pas encore. De l'enfant âgé de moins d'une semaine, dont on ne peut même pas parler parce qu'il n'a pas encore reçu de nom, on dit qu'il faut éviter de le laisser seul car les *kel-esuf* peuvent l'enlever pour l'échanger contre un des leurs.

Pour le malheureux qu'ils ont privé de sa parole et de sa raison, le premier remède est la voix humaine : les femmes frappent le tambourin et chantent pour lui, espérant le faire sortir peu à peu de sa prostration, de son silence et de sa déraison. Lorsque ce traitement échoue, et parfois avant même d'y recourir, on cherche le secours du texte coranique, comme si lorsque les paroles humaines s'avèrent impuissantes, le verbe divin était le seul recours. Quant à l'enfant nouveau-né, c'est le rituel de nomination qui porte remède aux dangers qu'il court : dès lors qu'il a reçu un nom, s'il ne peut certes pas encore parler pour autant, on peut déjà parler de lui autrement qu'en disant "l'enfant" ou "lui". De plus, il com-

prendra très vite que ce nom est le sien, et ce sera l'une de ses premières lueurs d'intelligence. Sans doute continue-t-il, comme tous les humains, à être exposé à la malveillance des *kel-esuf*, mais au moins a-t-il été arraché au dangereux silence où le plongeait son anonymat initial et s'est-il suffisamment éloigné d'eux pour ne plus risquer qu'ils lui substituent l'un des leurs.

Il faut comprendre ce qu'il y a de tragique derrière ces croyances. Les Touaregs attachent le plus grand prix à la parole, ils se désignent comme "les gens de la langue touarègue" (*kel-temasheq*) ou les "gens de la parole" (*kel-awal*). Et nous voyons que ces hommes de la parole se sentent entourés d'un monde peuplé d'êtres silencieux ou insoucieux de la parole véritable.

La parole voilée

Les convenances privilégient une manière particulière d'utiliser la parole. Il n'est pas convenable de dire les choses trop abruptement, et l'on aime à faire aller son propos en le dissimulant à demi sous un lacs serré de métaphores, de litotes et de sous-entendus. Ce comportement langagier porte le nom de *tangalt*, un terme qu'on pourrait traduire par "parole pénombreuse". Les Touaregs l'associent au verbe signifiant "être noircie par la koheul (en parlant d'une paupière)" et au nom *engāl*, qui désigne un animal au pelage gris souris. Le gris n'est pas le noir, ni la pénombre l'obscurité. Il existe une autre parole, appelée *tāgennegent*, terme qu'on peut traduire par "l'obscur" ou "la dissimulée" ; c'est le verlan ou le javanais que les jeunes gens s'amusent à utiliser lorsqu'ils veulent rester incompris d'un tiers. Mais la *tangalt*, pénombreuse sans être obscure, voile tout en laissant deviner, comme l'élégante qui n'ourle sa paupière d'une ombre de koheul que pour mieux en souligner le contour. Peut-être cette répugnance à préférer sa parole en pleine lumière explique-t-elle pourquoi les Touaregs aiment à appuyer leur conversation de vigoureux *Tidet ghās* : " (Je ne dis) rien d'autre que la vérité ! " ; comme si un propos qui se dérobe en même temps qu'il s'ex-

pose devait être ponctué de loin en loin par ces exclamations destinées à marquer que la pénombre où il se dissimule n'est pas signe de fausseté.

J'ai parlé de répugnance mais la langue touarègue est à même de nous fournir les meilleurs termes. Cette attitude à l'endroit de la parole me paraît, en effet, être l'une des manifestations d'une qualité à laquelle les Touaregs attachent un grand prix et qu'ils désignent du mot d'origine arabe *asshak*. Une bonne traduction de *asshak* pourrait être le mot français "retenue", et cette retenue consiste d'abord à user parcimonieusement de sa parole. Poussé à l'extrême, l'*asshak* devient la *takarakêt*, terme que certains auteurs ont traduit par "honte" mais qui serait mieux rendu par "vergogne". Dans un usage devenu rare, "vergogne" est synonyme de "honte", mais dans l'usage courant, il s'oppose simplement à l'effronterie dont fait justement montre celui qui agit "sans vergogne". Un Touareg se doit d'être *retenu* et *vergogneux*, attitude qu'il manifeste dans tous ses actes et plus particulièrement dans ses actes de langage.

Voilà qui me permet de traiter un point à peine évoqué jusqu'ici. À côté des autres appellations qu'ils se donnent, les Touaregs utilisent à l'occasion celle des "gens du litham". Mais s'appeler "gens de la parole" ou "gens du litham" revient un peu au même car, pour un homme adulte, porter le voile, c'est marquer qu'il sait parler avec mesure et discernement. Des innombrables propos que les Touaregs tiennent sur le port du voile, je rappellerai seulement ici la maxime suivante : on est censé se voiler le front par "vergogne" et la bouche par "retenue". Par une curieuse rencontre linguistique, aller le front dévoilé serait pour un Touareg une preuve d'effronterie, tandis que le pan de voile dont il barre sa bouche comme d'un bâillon est le signe qu'il sait retenir sa parole et voiler son propos. Indissolublement "gens de la parole" et "gens du litham", ces hommes vergogneux et retenus ne laissent apparaître de leur visage que des paupières aussi ombreuses – car les hommes aussi usent du koheul – que leurs

paroles parcimonieusement proférées. D'ailleurs, comme la parole pénombreuse elle-même, le voile laisse entrevoir en même temps qu'il dissimule : il est une manière de le manipuler, d'en abaisser ou d'en élever les pans, qui permet d'exprimer ses sentiments dans le moment où on soustrait son visage aux regards.

La parole dangereuse

Nous avons vu les *kel-esuf* associés au mutisme. Ils sont aussi associés à la parole intempérante, et plus particulièrement à la louange, dont on dit qu'elle peut suffire à susciter leur malveillance à l'égard de celui qui en est l'objet, ou l'affaiblir au point de la rendre vulnérable à leurs prises. Et de même qu'il convient de voiler son propos, de lui faire suivre les tours et détours de la parole ombreuse plutôt que la ligne droite d'une parole trop abrupte, on se doit d'éviter de parler trop abondamment de son semblable, de crainte d'attirer sur lui l'infortune et le malheur. Pour éviter de nuire à autrui, celui qui se surprend à émettre une opinion un tant soit peu favorable sur un tiers s'empresse de prononcer aussitôt la formule *bismillah*, "Au nom de Dieu !" ou *tabarak Allah*, locution connue aussi dans d'autres sociétés musulmanes et dont un équivalent à peu près littéral est le "Dieu bénisse" encore utilisé par nos vieilles gens dans des situations comparables – comme s'il fallait rappeler que tout ce qui advient dans le monde, bonne ou mauvaise fortune, n'est que le fait du Très-Haut, et que les paroles humaines n'y peuvent rien. Ces deux formules reviennent constamment dans les conversations des Touaregs aussi souvent que le *tidet ghâs* ! par lequel ils attestent à chaque instant la sincérité de leur propos. Toujours le souci de la parole... Prenons garde cependant que ce souci a des facettes nettement distinctes. Être malhabile au jeu de la *tarigalt* est manquer au bon ton, dire trop haut du bien d'autrui est tout bonnement dangereux.

Une poésie de l'absence

Parlons maintenant de la parole la plus haute aux

yeux des Touaregs, la poésie. Nous allons le faire en citant des extraits de poèmes recueillis au Hoggar par Charles de Foucauld, mais il faut savoir que les poèmes contemporains utilisent les mêmes thèmes et témoignent des mêmes sentiments. Tous les hommes connaissent au moins quelques vers par cœur, qu'ils citent à l'occasion comme ils le feraient de proverbes ; certains s'essayent à la composition de poèmes. Être connu pour ses talents poétiques, se faire un nom comme poète, est un accomplissement auquel beaucoup aspirent, auquel quelques uns parviennent. L'une des occasions privilégiées de récitation de poèmes était autrefois l'*ahâl*, galante réunion où il était d'usage que les jeunes gens s'assemblent à la nuit tombée pour se divertir, y deviser et y nouer des intrigues. Aujourd'hui encore, les jeunes gens aiment à s'assembler à la nuit tombante, et si ces réunions n'ont plus ni le nom ni le brillant de l'ancien *ahâl*, elles en ont conservé l'atmosphère galante. Elles se déroulent souvent auprès de la tente d'une femme divorcée, et donc maîtresse d'elle-même. Les personnes mariées peuvent y assister, mais il convient qu'elles s'y montrent discrètes.

La poésie est avant tout amoureuse, et on peut ajouter que, comme dans notre poésie courtoise, l'amour chanté par les poètes est le plus souvent un amour adultérin, en tout cas toujours un amour "de loin". Le maître mot de cette poésie est *esuf*, mot que nous avons vu apparaître dans la locution *kel-esuf* et dont on va maintenant détailler les diverses acceptations. Comme en français "solitude", *esuf* désigne aussi bien l'état d'une personne physiquement ou moralement seule que la steppe déserte, les "lieux éloignés de la fréquentation des hommes" (Littré). On l'emploie aussi pour dire sa souffrance d'être séparé de ce qu'on aime : "Son *esuf* est en moi", soupire-t-on en parlant de l'absent, ce qui équivaut assez bien à "Il (ou elle) me manque". *Esuf* peut enfin se charger d'une connotation particulière, bien apparente dans ce poème composé vers 1899 :

*Quand Hâssi et son méhari blanc sont arrivés ici,
il y avait deux jours que ceux qu'il cherchait*

étaient partis [...].

Ceux qui ont quitté ce lieu pour changer de campement

y ont laissé le vide de leur absence (*esuf*) et une tristesse brûlante.

Ces vers sont la traduction poétique de la mélancolie particulière qu'on éprouve aux abords d'un campement abandonné, suscitée par l'angoissant silence qui règne là où résonnaient il y a peu des voix familières et aimées. L'*esuf* naît moins ici de l'absence des tentes que de leur disparition, il est la solitude au moment où elle commence à peine à s'appesantir, le sentiment d'un vide où se mêle le souvenir encore vibrant d'une présence.

Les poètes sont censés composer leurs vers lorsqu'ils sont dans la solitude, dans l'*esuf* à tous les sens du mot. Il est même des poèmes où la solitude est explicitement présentée comme source d'inspiration poétique. Le mot *esuf* apparaît souvent dès les tout premiers vers, comme si tout le poème devait être placé sous le signe de la solitude. Ainsi dans ce texte qui daterait de 1888, où l'*esuf* est personnifié :

*Il est certain que la solitude (esuf) et moi nous
avons passé
vingt jours séjournant
au lieu ombragé où nous étions couchés ensemble ;*

De même, dans l'exorde de ce beau poème composé en 1889 par Moussa agg Amastan, qui allait devenir bientôt le chef suprême des Touaregs du Hoggar :

*J'ai passé la nuit dernière dans la tristesse de son
absence (mot à mot : dans l'esuf d'elle),
En mon âme je souhaitais d'aller à elle.*

Ou bien encore dans ce poème datant de 1896 :

*J'ai passé la nuit dernière dans une tristesse du diable (alhin) ; causée par l'absence
de celle que j'aime et qui incendie mon âme,
qui brise mon cœur dans ma poitrine.*



Jeune femme devant sa tente, région d'Agadez, 1979. Photo : G. Bordessoules

Alhin est une variante du *aljin*, "djinn" dont nous avons vu qu'il était un autre nom des *kel-esuf*. Dès lors que nous parlons de solitude, il n'y a rien de bien étonnant à voir resurgir ceux dont l'appellation signifie précisément "gens de la solitude". Sans doute cette appellation est-elle un peu trompeuse car les *kel-esuf*, nous l'avons vu, peuvent être suscités aussi bien par l'incontinence du bavard trop bien intentionné que par le silence des solitudes dépeuplées. Mais la solitude reste tout de même leur domaine privilégié, et elle est dangereuse pour celui qu'elle enveloppe de son silence, qu'il s'agisse de l'homme séparé des siens ou du voyageur allant son chemin dans les lieux inhabités ; les visions diaboliques qu'il craint de voir surgir devant lui ne sont peut-être que la figure grimaçante de ses propres pensées, obsédantes au point d'avoir pris devant ses yeux terrifiés une réalité presque palpable. En revanche, il

est paradoxal que le poète dise puiser son inspiration dans le silence de l'*esuf*, dans une solitude peuplée d'êtres ignorant la véritable parole, et où l'homme ordinaire ne trouve qu'hébétéude et mutisme. Mais ce paradoxe pourrait bien n'être qu'une forme outrée de ce que nous avons dit plus haut : les hommes bien nés ne doivent-ils pas, même dans la conversation de tous les jours, marquer leur propos d'une réserve qui le fait confiner à une manière de silence ?

La parole s'enlèverait donc sur un fond de silence – parole de l'homme de bien qui voile sa bouche, parole du poète qui compose ses vers loin de ses semblables – et cela explique d'ailleurs peut-être pourquoi les Touaregs donnent deux justifications différentes au port du litham. Comme nous l'avons vu, en même temps qu'elle le protège des

mule son visage manifeste qu'il sait mesurer sa parole et voiler son propos. C'est que les hommes ont une double affinité avec les "gens de la solitude" : d'une part, qu'ils soient poètes ou non, ils imposent à leur parole de côtoyer le silence où sans cesse les *kel-esuf* menacent de les plonger ; d'autre part, leur extériorité par rapport à la tente les installe aux lisières des solitudes inhabitées dont ceux-ci font leur domaine. Et tout cela est d'une certaine manière présent dans la poésie. Les poèmes mettent en scène des hommes en marche vers une tente lointaine, transposition poétique du fait que l'homme est toujours, de par sa place dans le jeu social, éloigné de la tente. Le voile qu'il rabat sur son front et sur sa bouche rappelle à chaque instant la solitude dont il se protège, et où les plus talentueux tirent la matière de poèmes où ils se peignent tels qu'en son principe la société les fait être : loin des tentes.

Méhariste sur le départ, région d'Agadez, 1979, Photo : C. Bordessoules



Pour Ange Zaffran.

(Si j'ouvre ma gueule, c'est parce que
tu m'as montré comment faire.)

Marc Zaffran/Martin Winckler

Médecin généraliste et écrivain.

Les raisons d'exiger la dissolution de l'Ordre sont nombreuses. Je ne vais pas revenir sur les raisons historiques et politiques : tout le monde les connaît. Mais il existe de plus une raison objective de le supprimer : les soit-disant "missions" que l'Ordre entend assumer ne sont, tout simplement, pas remplies. Parce qu'il ne lui est pas possible de le faire.

Je ne prendrai qu'un seul exemple : son rôle de "garant de la déontologie".

Chose caractéristique, le code de déontologie et ses multiples commentaires ne mentionnent jamais en quoi la déontologie s'applique... à l'Ordre. Comme si l'instance elle-même se trouvait hors de tout dis-

cours éthique ou déontologique. Or, rappelons que ce code de déontologie est rédigé par l'Ordre lui-même (cela fait partie de ses statuts !). Même si le dernier libellé en date en a été soumis à l'approbation "du Conseil d'état, de juristes, de moralistes, de membres de l'administration" (page 37), aucun représentant direct des patients (élus, associations d'usagers ou de malades) n'a jamais participé à son élaboration.

De plus, on pourrait attendre qu'un code de déontologie qui concerne l'ensemble de la population soit soumis à l'approbation de celle-ci ou de ses élus. Or, il n'en est rien : le code de déontologie fait l'objet d'un décret, pas d'un vote législatif. On est donc devant une situation absolument antidémocratique : une instance professionnelle non représentative (l'inscription à l'Ordre est obligatoire, qu'on adhère ou non à son idéologie) a édicté seule des règles concernant tous les médecins, et les applique sans aucun contrôle ni contre-pouvoir de la part des citoyens. Une semblable situation est-elle éthique ?

Quand on lit son bulletin mensuel, l'idéologie de l'Ordre est claire. Témoin, le titre d'une des couvertures de l'année 1998 : près d'une sacoche de médecin dans laquelle une main place une calculatrice, on peut lire : "Contraintes économiques et exigences des patients - les médecins pris entre deux feux".

L'Ordre à abattre

Aux yeux de l'institution ordinaire, la profession (la caste) médicale est une entité à part, distincte des autres professions de santé, dénuée des clivages reconnus par tous (CHU contre hôpitaux de région, hospitaliers contre libéraux, spécialistes contre généralistes, etc.), totalement étrangère à ses deux interlocuteurs "naturels" – la sécurité sociale, les usagers, présentés comme deux ennemis. Une pareille analyse est-elle moralement acceptable ?

Le domaine où l'hypocrisie de l'Ordre est la plus spectaculaire concerne un point très précis de l'éthique et de la déontologie. A savoir, le secret médical. Considérons deux cas de figure simples et connus de tous :

Les médecins et les médias

Chaque fois qu'une équipe chirurgicale annonce une intervention spectaculaire, les chirurgiens-sauveurs n'hésitent pas à venir devant les caméras de télévision parler des patients qu'ils viennent d'opérer. Tout le monde sait que ces annonces fracassantes – comme celles d'un nouveau traitement – ont essentiellement pour but d'attirer des crédits publics ou privés là où les équipes "pionnières" travaillent.

Quand deux alpinistes sont coincés dans une montagne, on va interroger un réanimateur qui fait, sans vergogne, un pronostic de décès à court terme par refroidissement, au mépris des sentiments de la famille.

Quand un homme politique ou une personnalité du show-business est hospitalisé, la tête du médecin traitant, dressée derrière une haie de micros, décrit son état par le menu.

Il s'agit là de violations flagrantes du secret médical. Rien n'autorise un médecin à révéler au public l'état de santé de son patient, figure publique ou simple citoyen. Le patient lui-même ne peut pas délier le médecin du secret. Il peut, lui ou sa famille, s'il l'a mandatée, révéler publiquement ce que le médecin lui a dit (le secret n'est pas opposable au patient, rappelons-le). Mais le médecin n'en a pas le droit. Le secret est si sacré que, selon le Code pénal, on ne peut même pas

"poursuivre pour non-dénonciation de crime un médecin ayant été amené à soigner l'auteur du crime" (page 56). Or, les violations du secret pour des motifs "médiatiques" sont monnaie courante. Si l'Ordre était véritablement le garant de la déontologie médicale, il sanctionnerait tout praticien qui, devant un micro ou une caméra, parle d'un individu identifiable dont il a été amené à s'occuper. Et pas seulement le médecin d'un ex-chef de l'état.

Autre pratique médiatique discutable : le recrutement de patients pour la télévision. Ma notoriété toute récente m'a valu d'être contacté à plusieurs reprises par des équipes de journalistes préparant un "sujet de société" (l'impuissance, les problèmes sexuels du couple, etc.). Chaque fois, mon interlocuteur me demandait si je connaissais des gens dans cette situation ; puis si je voulais bien lui communiquer leur adresse. Comme je rétorquais que c'était contraire à la déontologie, il me proposait de demander moi-même à mes patients de participer à son émission. Et chaque fois que je me refusais à servir de rabatteur, je l'entendais s'exclamer : "Mais vos confrères font ça tout le temps !".

Les émissions où apparaissent des "témoins" et leur médecin sont légion. Est-ce éthique ? Non. Que fait l'Ordre ?

Les médecins et l'annonce d'une maladie grave

Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. (article 35 du code de déontologie)

Aujourd'hui en France, il y a conflit manifeste entre l'obligation d'information due à un patient pour obtenir de lui un "consentement éclairé" (nécessaire pour tout traitement) et l'attitude de trop nombreux médecins qui taisent systématiquement la vérité à un patient atteint d'une maladie grave (cancer avec risque de décès à

brève échéance, par exemple)... mais violent le secret médical en annonçant la vérité à leurs conjoints, lesquels ne sont pas plus aimés que le malade et peuvent être très mal placés pour apprendre la vérité – on peut avoir décidé de quitter son mari ou sa femme et se sentir coupable de sa maladie, ou au contraire ne pas supporter d'entendre que l'être aimé va mourir.

Ce faisant, les médecins qui préviennent l'entourage sans dire la vérité au patient privent ce dernier de deux droits élémentaires :

- celui de se faire soigner de manière "éclairée" et d'opter pour l'une ou l'autre des options thérapeutiques (il y en a toujours au moins deux : le traitement et l'abstention) en toute connaissance de cause ;
- celui de vivre, en toute connaissance de cause, le meilleur de la vie qui lui reste, dans la clarté et l'échange avec ceux de ses proches avec qui il choisit de le faire.

Cette impossibilité de fait, cette violence exercée sur les patients est-elle éthique ? Non. Que fait l'Ordre ?

En laissant explicitement au médecin la possibilité de cacher ou révéler la vérité "en toute conscience" (c'est à dire, à sa guise), le code de déontologie feint de considérer le médecin comme un être à part, dénué de sentiments – donc d'ambivalences, d'ambiguïtés, de pulsions, de phobies, de frustrations, de peurs, de préjugés. Il fait comme si le titre de médecin mettait à l'abri de toute interférence entre personnalité et décisions. Il rend le patient dépendant de la "conscience" du

médecin, sans même suggérer que cette "conscience" ne va pas de soi mais doit être éveillée, cultivée, stimulée¹.

Le secret n'est pas seulement à géométrie variable, il est soigneusement utilisé par l'Ordre pour protéger les intérêts de la caste. Dans *La Maladie de Sachs*, je raconte l'histoire suivante : un gynécologue viole une patiente "un peu simplette" dans son cabinet ; le mari porte plainte ; le conseil de l'Ordre local "arrange l'affaire à l'amiable pour que la carrière du praticien ne soit pas foutue". Cette histoire est authentique. C'est un de mes oncles, qui fut secrétaire de l'Ordre à Alger, qui me l'a racontée en toute candeur.

Conclusion : un organisme qui, hors du contrôle des citoyens, édite ses propres "règles d'éthique" et, en un mouvement totalement schizoïde, feint de les imposer à ses membres tout en leur permettant de les appliquer à leur guise, est un organisme nocif pour la société.

Cet organisme nocif, citoyens, nous devons l'éradiquer.

1. Tous les extraits qui suivent proviennent de l'édition commentée par Louis Hené, coll. Points Essais, Seuil, 1996.

2. A propos, quand avez-vous vu l'Ordre s'inquiéter de l'éthique au cours de la formation des étudiants en médecine ? Ah, c'est vrai, j'oubliais : l'enseignement dispensé en faculté est toujours conforme à l'éthique...

Bernard Joly

Bernard Joly
est maître de conférences
en philosophie et histoire
des sciences à l'université
de Lille-3.

La consultation du docteur Bordeu

Que le vrai médecin doive être philosophe, c'est ce qu'affirmait déjà avec force Galien : la morale donne un sens au respect des engagements du serment d'Hippocrate ; la logique lui permet de classer les différentes maladies, de distinguer les symptômes et de déduire les indications thérapeutiques ; enfin, la philosophie naturelle apporte une véritable connaissance de la constitution des corps. Bref, seule la philosophie donne à la médecine la systématisation qui lui permet d'être une science éclairant la pratique, et pas seulement un art empirique.

Cette idée a été admise jusqu'au XVII^e siècle, les querelles et débats concernant seulement la question du choix de la philosophie de référence : pouvait-on se contenter de la philosophie d'Aristote ? Ne fallait-il pas plutôt se référer à d'autres systèmes, comme la philosophie chimique de Paracelse ou le système méca-

nique des cartésiens (voir *Pratiques* n° 1 et 5). Apparaît au XVIII^e siècle une nouvelle conception des rapports entre la médecine et la philosophie : loin de fonder théoriquement la médecine, la philosophie irait y chercher de nouveaux objets pour développer sa réflexion. C'est ainsi que Diderot s'est servi des théories vitalistes de l'école de médecine de Montpellier pour affiner son "matérialisme enchanté". Plus précisément, il a mis en scène, dans *Le rêve de d'Alembert*, une rencontre fictive entre le célèbre mathématicien Jean Le Rond d'Alembert (1717-1783), qui était son collaborateur dans la vaste entreprise de l'Encyclopédie, le médecin montpelliérain Théophile de Bordeu (1722-1776) et Julie de Lespinasse (1732-1776) qui tenait alors l'un des plus célèbres salons philosophiques de Paris, mais qui était aussi l'amie de d'Alembert, chez qui elle résidait.

Le texte de Diderot, écrit en 1769, ne fut publié qu'en 1830. Choqués par l'étrangeté des propos qui leur étaient prêtés, d'Alembert et mademoiselle de Lespinasse firent part de leur indignation après la lecture du manuscrit que Diderot accepta alors de détruire. Mais il en avait remis une copie à Grimm, ce qui permit au texte de circuler clandestinement jusqu'à sa publication. On pourrait penser que c'est surtout la Suite de l'entretien, dans laquelle Bordeu, en l'absence de d'Alembert, présente à mademoiselle de Lespinasse un éloge à peine voilé de la masturbation, qui provoqua la colère des amis de Diderot.

Mais ce sont bien les thèses de Bordeu, tout autant que la manière inconvenante selon laquelle Diderot les présente, qui constituent la caractéristique scandaleuse de l'ouvrage.

Diderot, en effet, fait pénétrer le lecteur dans l'intimité du couple d'Alembert-Mademoiselle de Lespinasse. Cette dernière, inquiète par la nuit agitée que vient de passer son ami, a appelé le docteur Bordeu en consultation. Après avoir tâté le pouls du malade, il affirme : "Ce ne sera rien". Diderot se souvient que Bordeu doit sa notoriété à ses *Recherches sur le pouls* parues en 1756, travail de praticien qui faisait des différentes sortes de pulsations un moyen essentiel de diagnostic. Bordeu considère alors que le "petit mouvement fébrile" dont souffre d'Alembert ne requiert aucun remède particulier, mais il exige que Julie de Lespinasse lui rapporte les propos que d'Alembert a tenus pendant ses délires nocturnes, ce qui s'avère facile, puisque la compagne du mathématicien a pris la peine de noter tout ce qu'elle pouvait "attraper de sa rêverie".

Ce qui est alors rapporté des propos de d'Alembert, qui pendant ce temps dort à côté des deux interlocuteurs, est réellement déconcertant, un peu fou même, comme le reconnaît Diderot dans une lettre à son amie Sophie Volland. On apprend en effet que le grand mathématicien et physicien, rationaliste newtonien réputé, affirme dans son délire qu'il est certain que "le contact de deux molécules vivantes est tout autre chose que la contiguïté de deux masses inertes". Puis il évoque le "fil d'or très pur", le "réseau homogène, entre les molécules duquel d'autres s'interposent et forment peut-être un autre réseau homogène, un tissu de matière sensible, un contact qui assimile, de la sensibilité active ici, inerte là". Poursuivant son récit, Julie de Lespinasse raconte comment d'Alembert s'est alors mis à crier : "Mademoiselle de l'Espinasse ! Mademoiselle de l'Espinasse ! – Que voulez-vous ? – Avez-vous quelquefois vu un essaim d'abeilles s'échapper de

leur ruche ? [...] Les avez-vous vues s'en aller former à l'extrémité de la branche d'un arbre une longue grappe de petits animaux ailés, tous accrochés les uns aux autres par les pattes ?... Cette grappe est un être, un individu, un animal quelconque... [...] Les avez-vous vues ? – Oui, je les ai vues. – Vous les avez vues ? – Oui, mon ami, je vous dis que oui."

D'Alembert affirme alors que les corps vivants peuvent être comparés à cet essaim d'abeilles qui semblent unies par une sensibilité commune : "Tous nos organes, pour celui qui a exercé la médecine et fait quelques observations [...] ne sont que des animaux distincts que la loi de continuité tient dans une sympathie, une unité, une identité générale." Mais, en même temps, il se produit dans le dialogue un véritable coup de théâtre, puisque Bordeu, loin d'être surpris par les propos nocturnes de son malade, trouve que son rêve est fort beau, qu'il ne doit rien à la folie et même qu'il pourrait en dire la suite, ce qu'il fait immédiatement, devant une Julie de Lespinasse stupéfaite. Ainsi, ce qu'elle prenait pour les délires de son ami n'était que la répétition des propos qu'il avait entendus les jours précédents dans la bouche de Bordeu lui-même. Julie s'exclame alors : "Je puis donc assurer à présent à toute la terre qu'il n'y a aucune différence entre un médecin qui veille et un philosophe qui rêve".

Les propos que Diderot prête à Bordeu correspondent en effet aux théories que le médecin montpelliérain avait développées dans ses *Recherches anatomiques sur la position des glandes et sur leur action*. Dans cet ouvrage paru en 1751, Bordeu, s'opposant à la doctrine traditionnelle selon laquelle les glandes ne seraient que des filtres produisant les différentes humeurs à partir du sang, affirmait que les humeurs sont produites par les glandes grâce à une activité qui ne peut se réduire à aucune opération mécanique ou chimique. D'une manière plus générale, Bordeu s'opposait aussi bien à la réduction mécaniste du

vivant inspirée des théories de Descartes qu'à l'animisme professé au début du XVIII^e siècle par le médecin allemand Georg-Ernst Stahl, pour lequel la vie résultait des opérations d'une âme tout à fait distincte du corps. Bordeu n'acceptait pas davantage le compromis proposé récemment par le médecin suisse Albrecht von Haller, qui distinguait l'irritabilité des fibres musculaires, activité purement corporelle, et la sensibilité où se faisait sentir l'action de l'âme sur le corps.

Par opposition à ces diverses conceptions, Bordeu considérait que les êtres vivants étaient constitués d'une matière dotée de propriétés spécifiques, et en particulier de cette sensibilité grâce à laquelle était assurée l'unité de l'organisme vivant. Loin d'être un animisme comme on l'a parfois dit, le vitalisme de Bordeu, comme celui de ses confrères de Montpellier, était plutôt un matérialisme, et c'est cela qui retient l'attention de Diderot : à la recherche d'arguments pour le développement de sa propre philosophie. Mais Diderot va bien plus loin que Bordeu, puisque son intention est de démontrer que toute la matière est dotée d'une sensibilité universelle. Il est dur à croire "que la pierre sente" remarquait d'Alembert dans l'Entretien entre Diderot et d'Alembert qui précède le *Rêve de d'Alembert*. Diderot illustre alors sa théorie en imaginant une statue de marbre réduite en poussière, puis intégrée à de l'humus où vont pousser les légumes que l'on mangera : puisque des particules de pierre sont devenues mon corps, ne peut-on supposer que les organes du corps tirent leur sensibilité d'une sensibilité préalable de la matière inorganique ? Plutôt que d'accepter cette thèse étonnante, d'Alembert préférait, à la fin de ce premier entretien, aller se coucher.

C'est précisément pendant son sommeil que les propos de Bordeu sont venus le faire rêver. Certes, le très sérieux d'Alembert ne peut épouser les thèses vitalistes que dans un discours délirant, un peu comme si, pour parodier une formule de Nietzsche, la pensée de la vie venait affoler la rai-

son. Et Diderot lui-même ne peut exposer ses théories nouvelles que sous une forme littéraire qui manifeste l'étrangeté du propos. Mais précisément, ce que d'Alembert ne peut pas accepter, lui qui se fâche contre son ami en prenant connaissance des propos qu'il lui prête, Diderot le revendique, non pas comme le résultat du travail de la seule philosophie, mais comme la contribution scientifique de la médecine à l'élaboration d'un nouveau matérialisme. Telle est la véritable signification de la consultation du docteur Bordeu, consultation de la philosophie auprès de la médecine. Il ne s'agit pas de guérir le célèbre mathématicien, qui n'est sans doute pas malade, mais plutôt de demander au médecin d'apporter au philosophe les résultats de ses observations sur le vivant. Car Bordeu et ses amis de Montpellier ne sont point dogmatiques ; ils ne croient même pas aux vertus de l'expérience dans le domaine de la connaissance du vivant. L'expérience, qui construit ses dispositifs dans le laboratoire, ne porte que sur une nature reconstruite par l'art du physicien. Le médecin, au contraire, doit se contenter d'observer le fonctionnement des êtres vivants, malades ou en bonne santé, et le vitalisme est d'abord une philosophie du vivant élaborée par d'authentiques praticiens de la médecine. De ce point de vue, on pourrait considérer le matérialisme de Diderot comme un cas assez rare de philosophie clinique.

Bibliographie

Il existe plusieurs éditions du *Rêve de d'Alembert* de Diderot, notamment dans la collection Garnier-Flammarion.

Les œuvres de Bordeu n'ont pas été rééditées au XX^e siècle. Elles sont prêtées, avec de larges citations, par Jacques Roger dans *Les sciences de la vie dans la pensée française du XVIII^e siècle* (Armand Colin, 1963 ; réédition Albin Michel, 1993).

Sur le matérialisme de Diderot, voir Elisabeth de Fontenay, *Diderot ou le matérialisme enchanté* (Le livre de poche/Bibliothèque-essais, 1984).

Sur Julie de Lespinasse, voir François Bött, *La dernière des lumières* (Gallimard, 1997).

Objectif : mille abonnés à *Pratiques* en l'an 2000

Vous lisez *Pratiques* parfois, souvent, toujours. *Pratiques* vous surprend, vous stimule, vous reconforte. Vous avez besoin d'une revue qui vous aide à discerner les enjeux actuels de la société et de la médecine. Vous souhaitez ancrer votre pratique dans une réflexion alliant l'individuel et le collectif, s'appuyant sur les sciences humaines et se préoccupant de l'évolution de notre société.

Pratiques a besoin de vous !

Vous l'avez remarqué : la revue a changé de formule depuis un an : nouvelle maquette, augmentation de la pagination et donc de la partie rédactionnelle, diffusion en librairie, tout cela sans recourir jamais à la publicité ! Nous devons nous donner les moyens de ces nouvelles ambitions. Même si le nombre des abonnés a augmenté cette année, notre équilibre financier n'est pas atteint. *Pratiques* a besoin du soutien de tous ses lecteurs. Sa force et sa fragilité viennent de son indépendance.

Vous lisez *Pratiques* de temps en temps : abonnez-vous ! Vous êtes abonné : faites abonner vos amis ! Faites connaître *Pratiques* : donnez-nous les coordonnées de lecteurs potentiels.

Vous avez des sujets d'étonnement, de curiosité, des envies d'écrire, ou tout simplement envie de discuter ? Venez nous rejoindre au comité de rédaction. Un livre vous a plu ? *Pratiques* accueille votre note de lecture. Vous avez rencontré quelqu'un de remarquable dans le domaine de la santé ? *Pratiques* vous mandate pour l'interviewer. Un thème vous passionne ? *Pratiques* vous invite à animer régulièrement une rubrique ou ponctuellement un dossier sur ce sujet.

A bientôt,

La rédaction

Pratiques ou les cahiers de la médecine utopique

numéros à paraître :

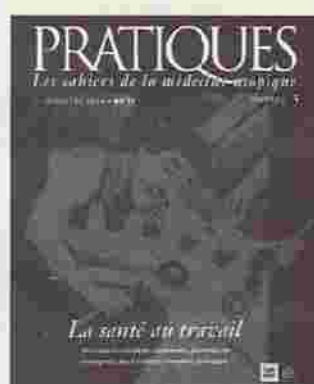
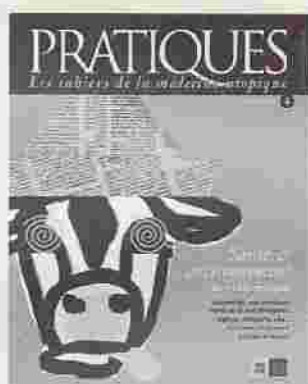
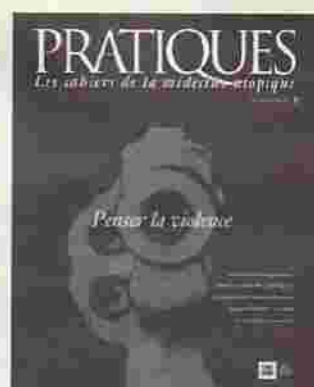
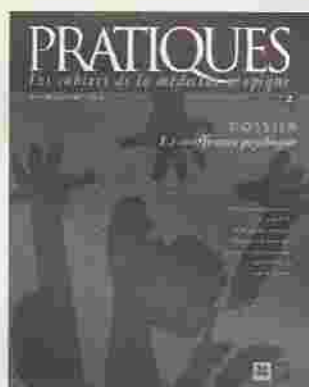
- responsabilité médicale
- les nouvelles images du corps

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



"Ce numéro inaugural - qui n'oublie pas, vieux refrain, de militer contre le Conseil de l'ordre des médecins - fournit un remarquable dossier consacré à la société du gène. Avec en couverture la tête d'une Dolly aux yeux phosphorescents dans lesquels l'ADN copule avec le dollar." Jean-Yves Nau, *Le Monde*, 24 mars 1998.



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. Faites-nous connaître, abonnez-vous.

BULLETIN D'ABONNEMENT

- | | |
|---|-----------------|
| ☐ Abonnement un an | 280 FF |
| ☐ Abonnement deux ans | 500 FF |
| ☐ Abonnement jeune médecin
(étudiant, remplaçant, installé
de moins de trois ans) | 200 FF |
| ☐ Abonnement couplé médecin/salle
d'attente un an (envoi d'affichettes
de promotion compris) | 500 FF |
| ☐ Commande à l'unité
(80 FF + 10 FF de frais d'envoi) : | 90
FF/numéro |
| - nombre d'exemplaires : _____ | |
| - intitulé du numéro : _____ | |

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

PRATIQUES n° 6

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

Secrétaire de rédaction : Elisabeth Maurel-Arrighi

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 ;

Anne-Marie Paboïs ; Elisabeth Pénide ;

Bernard Senet.

Correspondants : Olivier Boitard ; Geneviève Busson ;

Marie-Hélène Favreger ; Bernard Joly ; Elisabeth

Lapeyrade ; Noëlle Lasne ; Jean-Pierre Lellouche ;

Ginette Marchive ; Anne Perraut-Sollivères ; Daniel

Piquet ; Philippe Regard ; Monique Sicard.

Direction artistique et maquette : Zinc S.L.

Conseillère éditoriale : Sylvie Crossman

Edition : Indigène éditions

1, impasse Jules Guesde

34080 Montpellier France

tél. : 04 67 10 03 43

fax : 04 67 45 59 36

e-mail : ind92884@aol.com

Diffusion : Harmonia Mundi

Imprimerie : Contraste, S.L. Sant Quirze del
Vallès - Espagne

Photogravure : Miko, S.L. Barcelona - Espagne

Dépôt légal deuxième trimestre 1999

commission paritaire n° 67150A5

ISSN 1161-3726

ISBN 2-911939-15-8

Publié avec le concours du

Centre National du Livre

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.

BULLETIN D'ABONNEMENT

PRATIQUES

Les cahiers de la médecine utopique