

PRATIQUES

Les cahiers de la médecine utopique

10

DOSSIER

Folle psychiatrie

S O M M A I R E

Editorial	3	
Dossier	5	
Folle psychiatrie		
FOLIE : SES LIEUX ET SES MOTS		
Embarquement sur la nef des fous	6	<i>Daniel Piquet</i>
Des mots pour le dire aux maux pour ne pas le dire	9	<i>Anne Perraut-Soliveres</i>
COLERES		
Foucault, Cooper, Laing, Mannoni, Basaglia et les autres...	10	<i>Patrice Muller</i>
La parole est à la défense, l'action à la résistance	13	<i>Olivier Boitard</i>
Politique de secteur, secteur de la politique	15	<i>Jean-Pierre Legendre</i>
Halte aux abus de la raison !	18	<i>Alain Chabert</i>
Une psychiatrie ennuyeuse	20	<i>Philippe Pignarre</i>
Les non-droits de nos fous	22	<i>Claire Gekiere</i>
La violence en réponse à la souffrance	24	<i>Jule C.</i>
La pénurie dans nos campagnes	26	<i>Michèle B.</i>
Allez-vous faire soigner ailleurs	26	<i>Pierrette Antona</i>
Quand leur raison, de la nôtre s'égare	28	<i>Anne Perraut-Soliveres</i>
Petit glossaire de psychiatrie générale	30	<i>Olivier Boitard</i>
DU BRICOLAGE A L'ARTISANAT		
Desserrer les nœuds	31	<i>Hélène Girard-Sienn</i>
Ces gens-là	32	<i>Martine Devries</i>
Stranger in the night	33	<i>Dominique Tardé</i>
Marabout et bouts de ficelle	34	<i>Elisabeth Lapeyrade</i>
Des alliés en cas de dérapage	35	<i>Catherine Jung</i>
La folle ailleurs	36	<i>Geneviève Busson</i>
La grossesse, une situation à risque	38	<i>Elisabeth Hervy</i>
Un hôpital de jour ouvert sur la ville	39	<i>Alain Devaux</i>
Une marionnette qui s'anime	40	<i>Abiba Mouissai</i>
La force du lien	41	<i>Radmila Zygouric</i>
Pousser la porte	47	<i>Elisabeth Maurel-Arrighi</i>
Rubriques		
Images du corps : Objets d'art, objets de science	52	<i>Monique Sicard</i>
Chronique du savoir-faire médical : Des pieds et des mains	56	<i>Noëlle Lasne</i>
L'actualité politico-médicale : Collectif, premières pierres...	59	<i>Anne Perraut-Soliveres, Philippe Lorrain</i>
Lettre à Patrick Rospabé	62	<i>Sylvie Cognard</i>
Nos lectures commentées : Asthme, mensonge et vidéo	64	<i>Jean-Pierre Lellouche</i>
Coup de gueule : Poil à gratter	65	<i>Denis Labayle</i>
Le PAC... dans la mare	66	<i>Abdou Chami</i>
Chronique du GEL : Éthique du futur	68	<i>Laurent Dianoux</i>
Raconte-voir : Médecine à problèmes, soignant à problèmes	73	<i>Martin Winkler / Marc Zafran</i>
Vigilance : IVG, où en est-on 25 ans après ?	75	<i>Israël Nisand</i>
Ailleurs, autres regards : Afrique, santé « pour de vrai »	79	<i>Yannick Jaffré</i>
Nous avons lu pour vous	88	<i>Christian Bonnaud / Elisabeth Maurel-Arrighi</i>
Histoire de la médecine	90	<i>Bernard Joly</i>

E D I T O

Ca y est, nous y sommes. Depuis de très nombreuses années, nous pensons que notre combat pour améliorer la santé des populations ne doit pas être l'affaire des seuls médecins. Parce qu'il s'agit avant tout du droit à vivre mieux, l'accès à des soins de qualité ne suffit pas. Le droit de vivre en harmonie avec son environnement, le refus de l'exclusion sociale qui désagrège la personne, le refus de la violence institutionnelle qui martyrise, le refus du despotisme néolibéral, sont autant de luttes qui défendent les droits fondamentaux de l'individu. Sans ces droits, il n'y a pas de bonne santé individuelle, et sans celle-ci, il n'y a plus de liberté.

Ces vérités, nous ne nous contentons pas de les proclamer, nous les façonnons au quotidien. C'est avec les populations victimes de la maladie, victimes de la maltraitance sociale, que nous forçons les outils de la résistance. Il n'est pas de désastre « médico-psycho-social » où nous ne tentons pas de faire vivre nos valeurs : respect des différences, solidarité avec les plus vulnérables, pas de hiérarchisations des fonctions professionnelles, pas de discriminations par l'argent...

En lançant dans la revue *Pratiques* « l'appel contre la dictature du néolibéralisme en médecine », nous appelions tous ceux qui veulent faire vivre la démocratie en sortant la santé des logiques marchandes à nous rejoindre. Cet appel est entendu. Il est maintenant porté par un collectif qui regroupe de nombreuses associations. Si cet appel mobilise un si grand nombre de personnes, c'est parce qu'il remet dans le champ du politique la question de la santé. En ne réduisant pas la santé à la maladie, nous sortons de la pensée dominante et nous montrons qu'elle concerne tout le monde.

Les brimades contre la santé des citoyens sont nombreuses. Le collectif se donne pour mission de les repérer, et de les dénoncer. Nous ne laisserons pas qui que ce soit s'octroyer le pouvoir de porter atteinte aux droits des personnes malades. La logique de la rentabilité financière pour la gestion du système de santé fabrique des inégalités que nous n'admettons pas. La santé publique concerne le public, nous ne pouvons laisser agir des décideurs qui méconnaissent la souffrance des personnes.

Si ce devoir de dénonciation est de la responsabilité du collectif, il est aussi de notre mission de montrer que nous pouvons construire un système de santé plus démocratique. Chaque jour dans nos villes et nos campagnes, des femmes et des hommes inventent des façons de faire qui permettent à la population de se réapproprier sa santé. C'est avec tous ceux qui, de Seattle à Millau, montrent que la domination du profit n'est pas inéluctable que nous entendons mettre la santé au cœur du débat politique.

Didier Ménard,
médecin généraliste



D O S S I E R

Quels soins pour la folie ?

Parfois, les gens sont bizarres, semblent être passés de l'autre côté de la réalité, pris par des idées délirantes, des paralysies irrationnelles, des voix terrifiantes, des envies d'en finir impérieuses, des rêves de grandeur ou des missions impossibles. Voisin de palier, collègue de bureau, père, mère, frère, sœur, fils, fille, ami d'enfance, voire nous-mêmes : nous, vous, ils, nous retrouvons ailleurs. Parfois, pour quelque temps seulement, parfois pour de longues années.

Alors, que faire ? Et que ne pas faire ? Soignants ou simples quidams, nous sommes souvent dans le désarroi, démunis, méfiants quant à l'aide que le monde de la psychiatrie peut offrir.

Car, après les espoirs nés à la Libération ou après 68, la psychiatrie répond souvent mal, et même peut-être de plus en plus mal. Qu'on se trouve à l'intérieur ou à l'extérieur de l'institution, c'est souvent la colère qui prédomine. Contre la persistance de l'univers carcéral de nombre d'asiles, bien sûr. Contre les dérives actuelles de la psychiatrie, dénoncées avec nous, dans ce numéro, par nos confrères de l'Union syndicale de la psychiatrie (USP). Contre son évolution vers les neurosciences ; contre l'« industrialisation des soins » – à chaque « diagnostic », correspondrait une molécule – ; contre la baisse des moyens. Sans compter le danger que constitue la psychiatrie de la misère sociale.

Mais ce qui nourrit notre colère, c'est aussi la frilosité, c'est la position d'extériorité dans laquelle bien des psychiatres et des psychanalystes se maintiennent face à ceux qui souffrent.

Pratiques émet cette hypothèse : la folie peut être un « choix », au-delà des questions biologiques ; une stratégie de survie, quand on a été dépassé par les enjeux de vie et de mort de soi-même ou de ses ancêtres, quand des clairvoyances trop aiguës et des rebellions ont été frappées d'interdit, quand la « folie » est le seul moyen de dire et de mettre en scène ses drames originels, quand on a été emporté par les horreurs non-dites de l'Histoire mélangées à la violence des histoires individuelles, quand on a été déchiré par les ruptures du lien social et familial.

Car c'est d'abord de lien qu'il s'agit sur ce fond de paysage de la folie, dans les méandres de ses survenues et de ses évolutions. Ce parti pris de respect et d'implication à l'égard de ceux qui nous apparaissent « fous » sous-tend le travail d'accompagnement des psychiatres, médecins, autres soignants, entourage... qui, ici, témoignent de leurs « artisanats » et de leurs « bricolages ».

Il s'agit de ne pas occulter la gravité de l'état des patients, de savoir recourir aux médicaments adéquats, mais aussi d'offrir des outils conceptuels et des outils de positionnement pour tous ceux qui, soignants ou non, sont confrontés à la folie, cherchent à soigner et à en prévenir la répétition.

Elisabeth Maurel-Arrighi

Embarquement sur la nef des fous !

Daniel Piquet

Psychologue

Qu'est-ce qu'un fou ? Qui est fou ? Comment s'occuper des fous ? Comment accueillir et aider « cet habitant des frontières, sans identité, sans désir ni lieu propres, errant, égaré, douleur et rire mélangés, rôdeur écœuré dans un monde immonde » ?¹ Comment garder présent à l'esprit « que la société fait le langage qui fait la société, que l'homme fait le langage qui fait l'homme, que l'homme parle le langage qui le parle » ?²

D'abord, en identifiant le malaise indéfinissable qui nous envahit à ce spectacle, dont rien ne nous est familier, cette révolte sourde devant un ennemi invisible, ni objet, ni sujet, venu d'on ne sait où et la peur de ce rappel menaçant que « nous sommes tous malades c'est-à-dire névrosés, puisque les conditions de la formation du symptôme sont avérées aussi chez le normal ».³

Ensuite, en reconnaissant que ce n'est pas parce que la psychiatrie, dès sa naissance, a été réduite à une spécialité médicale qu'il est nécessaire d'être malade pour avoir besoin d'un psychiatre. Il suffit pour cela d'être insensé aux yeux d'autrui, voire à ses propres yeux, c'est-à-dire « fou ».

C'est peut-être la condition essentielle pour accompagner, orienter la personne dans le champ complexe et encore tabou de la psychiatrie et répondre à un certain nombre de questions que tout un chacun se pose.

La psychiatrie comme lecture experte et scientifique de la folie ? Deux remarques pour y penser : « Les monographies sur l'aliénation publiées n'ont guère eu d'autre avantage que celui de rapprocher des objets épars, de les étendre à l'aide de la méthode scolastique et souvent de donner lieu à quelque hypothèse brillante »⁴, et à propos de la DSM (*diagnostic and statistical manual of mental disorders*) : « Les psychiatres cherchent à classer le malade et si on ne lui trouve pas de place, c'est donc qu'il y a une case de vide. »⁵

A qui s'adresse la psychiatrie ? « A quiconque présente des troubles mentaux, est atteint soit dans son cerveau, soit dans son psychisme, soit dans les deux à la fois, mais en tout état de cause est repéré comme le porteur unique de sa pathologie, est la seule source du désordre et de l'agita-



tion dont il est le siège et qu'il provoque autour de lui ; perturbateur perturbé et perturbant, il est toujours celui qui doit être soigné en premier pour que l'ordre revienne avec sa guérison. Telle est la règle générale, même si on accepte parfois la participation du contexte dans la survenue de ses troubles par le biais de notions de trauma ou de stress et que l'on parle de troubles réactionnels. »⁴

La psychiatrie comme pure spécialité médicale ? Je me garderai bien de répondre à une telle question tout en sachant qu'y répondre permettrait sans doute de résoudre en partie la prise en charge des patients. Si l'asile est mort, reste le triomphe de la référence médicale, même si bien des sujets qui s'adressent ou sont adressés au psychiatre sont tout sauf des malades mentaux⁵. Toutefois le législateur s'étant tourné vers les médecins pour résoudre la question de la folie, celle-ci s'est retrouvée totalement récupérée dans le système médical qui a la responsabilité d'en fixer les limites. Reconnaissons que malgré les progrès considérables que lui a permis de faire son rattachement à la médecine, particulièrement dans le domaine de la chimiothérapie, l'idée d'assimiler la folie « à une maladie et de vouloir coûte que coûte qu'elle soit semblable en son principe aux autres maladies »⁶ n'a jamais pu s'imposer totalement.

La psychiatrie près de chez soi, c'est où ? Le secteur, dont l'objectif est d'aider la personne « à garder sa place dans la communauté des hommes et lui permettre, dans la mesure du possible, d'y instaurer son autonomie »⁷. Il s'agit de prévenir de l'hospitalisation par la préservation des réseaux et supports sociaux en maintenant une continuité thérapeutique dans le cadre d'une prise en charge à long terme. Le CMP (centre médico-psychologique) est l'élément central du dispositif de prévention des soins psy-

chiatriques et d'intervention de l'équipe médico-sociale. L'équipe gère les soins et suivis ambulatoires.⁸ Le CAC, ou centre d'accueil et de crise, accueille les urgences la plupart du temps vingt-quatre heures sur vingt-quatre. L'équipe reçoit, écoute, apaise, oriente et organise des soins en urgence, si nécessaire. C'est aussi l'hôpital de jour, les foyers, les CATP (Centres d'activités thérapeutiques à temps partiel), les appartements thérapeutiques, les associations, etc.⁹. Quant au domicile, l'intervention en urgence est une des questions qui divise le plus les équipes. Refuser de façon systématique ce type d'intervention relève plus du dogmatisme et de l'idéologie ; la réaliser systématiquement, également. Chacun sait combien il est complexe de pénétrer le domicile d'un patient (intrusion ? violence dans la vie privée ?). Cette intervention demande un plateau technique approprié. Les permanences du CAC peuvent les réaliser. Le secteur privé quant à lui représente une part non négligeable dans la prise en charge des patients bien que payant (souvent remboursé par la CPAM) à la différence du secteur public.

La psychiatrie, c'est qui ? Le service de psychiatrie est constitué d'un ensemble de professionnels travaillant pour le mieux-être du patient. Dans ses démarches, la personne rencontrera le psychiatre, médecin habilité à poser un diagnostic, prescrire le traitement, décider d'une hospitalisation, établir les certificats médicaux, orienter vers une prise en charge psychothérapeutique.¹⁰ Le psychologue (lorsque le poste existe) a des fonctions diverses : entretiens, tests, thérapies de groupe, psychothérapies analytiques, etc. Les éducateurs qui assurent un travail de soutien via des entretiens, des groupes de médiation, des accompagnements, en partenariat parfois, qui visent à aider à la réinsertion du patient dans le quotidien (école, lieux de vie, travail, etc.).



L'assistante sociale spécialisée du secteur suit le patient dans ses démarches sociales. Les infirmiers (seuls soignants assurant une présence permanente dans l'unité de soin) en plus des soins, instaurent des relations de confiance pour aider le patient à mieux comprendre ses troubles et assumer sa maladie. Dans certains services, travaillent également des ergothérapeutes, psychomotriciens, voire des psychanalystes.

Les thérapies, c'est quoi ? En dehors des médicaments, les psychothérapies sont l'instrument privilégié de la thérapeutique psychiatrique. Il peut s'agir de techniques individuelles (psychanalyse, psychothérapie d'inspiration analytique, psychodrame, psychothérapie de soutien, Gestalt thérapie, thérapies comportementales, relaxation, hypnose) et de techniques de groupe (psychanalyse de groupe, psychothérapies familiales, psychothérapies institutionnelles, sociothérapies).

Que faire avec tous ces systèmes aux noms plus barbares que rassurants, mots qui peuvent ressembler pour chacun d'entre nous « à de minuscules doses d'arsenic : on les avale sans y prendre garde, elles semblent ne faire aucun effet, et voilà qu'après quelque temps, l'effet toxique se fait sentir ».¹⁰ Malgré tous les enjeux actuels, économiques, idéologiques, thérapeutiques, la psychiatrie, avec ses partenaires sanitaires et sociaux, se doit de relever des défis permanents et faire une place à l'autre, différent de moi et si ressemblant, créer les espaces pour que le passage s'opère entre le champ sanitaire et social, s'engager pour que cet autre souffrant puisse conserver la maîtrise de sa vie et construire un quotidien qui le satisfasse ailleurs que dans les marges de la communauté puisque « c'est vers l'autre monde que part le fou sur sa folle nacelle ; c'est de l'autre monde qu'il vient quand il débarque ».¹¹

1. Julia Kristeva.

2. Edgar Morin.

3. Sigmund Freud.

4. Scipion Pinel (TMP-1800).

5. Lucien Israël.

6. Jean Malsandieu.

7. Plus de 75% des urgences psychiatriques ne correspondent pas à des décompensations de maladies mentales mais à des souffrances psychiques aiguës dans des situations de crise.

8. Roland Jaccard.

9. Henri Mignot dans sa présentation de la psychiatrie de secteur.

10. La part d'hospitalisations ne cesse de diminuer.

11. Les structures de prise en charge peuvent varier d'un endroit à l'autre. Ne pas hésiter à se renseigner, voire à rencontrer. Ne pas confondre accueil et internement.

12. Tous les psychothérapeutes ne sont pas forcément médecins psychiatres et certains psychiatres ne sont pas psychothérapeutes.

13. Victor Klemperer.

14. Michel Foucault.

Des maux pour le dire aux mots pour ne pas le dire...

Quand nos raisons ne résonnent plus à l'unisson, nous ne manquons pas de métaphores pour qualifier cet état de dérangement, pour ne pas dire tout simplement : « Il est fou. »

Petit inventaire non exhaustif et actualisable à l'envi : avoir une araignée au plafond, un petit vélo dans la tête ne dispensent pas de travailler du chapeau. D'aucuns perdent la boule, le Nord, la boussole, sont complètement jetés, sont à l'ouest, déraillent, déconnent, battent la breloque ou la campagne, sont aux abonnés absents, ne savent plus où ils habitent, déménagent, sont barrés, ont zappé ou morflé, pété les plombs ou une durite, ont la graine, ne sont pas bien cuits, ne sont plus là, n'y sont plus. Bref, ils sont désorientés, malades, inconscients ou fous à lier.

Les neuneus, zozos, simplets, braques, dingues, bargés, enragés, gâteux, fadas, tarés, détraqués, déchainés, cinglés, frappadingues, dingos, félés, déjantés, disjonctés, dérangés, déconnectés, secoués, azimutés, déchenillés, dézingués, arrachés, retournés, déments, demeurés, foutraques, brindzingues et dégénérés sont dans le même bateau, plus ou moins insensés. Ceci explique probablement pourquoi au Moyen Âge on les refoulait par voie fluviale, la nef des fous contenant tous ceux que la société rejetait.

Aujourd'hui, « ils sont oufs, sont à la rue, dévisent grave ou bien sont queni de la teté¹, guedin²,

Ouf la çui³ », détrônant les « frappés, loufoques, toc-toc, loutingues, loufs, marteaux, piqués, sonnés, tapés, timbrés, maboules et autres cinoques » un peu passés de mode. Ce sont cependant les mêmes, comme eux, comme nous, ils peuvent être fous furieux, hors d'eux-mêmes, jusqu'à passer de l'autre côté... Les débordements, les grosses colères qui font voir rouge, monter au nez la moutarde, sont des manifestations de la perte de contrôle et il suffit parfois de bien peu de choses pour qu'ils franchissent les bornes. La seule vraie différence, c'est cette transgression de la limite, transitoire ou définitive selon le poids de « l'insupportabilité »...

Restent quelques interrogations : de quoi est donc faite la frontière qui sépare l'extrême lucidité du délire, l'intuition de la vision, la folie passionnelle de la folie meurtrière ?

1. Niqué de la tête
2. Dingue
3. Fou celui-là

Anne Perraut-Soliveres

Cadre infirmière.



Foucault, Cooper, Laing, Mannoni, Basaglia¹ et les autres, Au secours !

Patrice Muller

Médecin généraliste

En théorie, tout baigne. Il y a les considérations théoriques du comment soigner la folie, pour lesquelles il existe un large consensus, facile et démagogique dans le milieu des soignants. Tout notre beau monde s'est accordé sur l'importance de l'écoute et de la parole qui soignent et sur l'utilité d'associer, si nécessaire, des médicaments pour améliorer l'humeur de nos patients. Mais si l'on sort de la discussion théorique ou de salon, rien ne va plus dans la prise en charge des personnes en grande souffrance psychique.

Nous, les médecins généralistes, nous pouvons dire que la souffrance psychique est notre pain quotidien. Nous nous en débrouillons pas trop mal. Lorsque, par exemple, quelqu'un dans notre cabinet nous fait part de son mal de vivre, de ses inquiétudes, de sa lassitude pour le train-train de la vie de tous les jours où se mélangent pêle-mêle les soucis du travail, la fatigue des transports, les tensions du couple, l'adolescent qui est en rupture avec l'école. Sans oublier que tout ceci s'accompagne souvent du corps qui fonctionne mal et que nous avons à démêler les écheveaux entre le corps qui parle pour lui-même et celui qui parle pour autre chose.

La grande folie. Les choses se corsent quand cela déborde avec le patient, que nous n'arrivons plus à le contenir : il s'agit alors de la grande folie, celle qui fait rompre avec les repères de la vie de tous les jours. Je veux parler de ces patients tra-

versés par un délire et qui mettent leur famille dans un désarroi total. Je pense aussi à ces personnes profondément dépressives, qui nous inquiètent : elles vont passer seules le prochain week-end, passeront-elles à l'acte suicidaire ? Il y a également ces gens profondément déstructurés que nous voyons plonger de façon répétitive dans l'alcool qui les délivre momentanément – avec les dégâts que l'on sait par ailleurs –, de la chape de plomb existentielle qui les écrase en permanence.

Le recours à l'institution spécialisée. Dans ces situations, isolés le plus souvent dans nos pratiques professionnelles, nous, les médecins de la première ligne, nous nous sentons insuffisants pour redresser la barre et c'est à ce moment de ces histoires dramatiques, lorsqu'il s'agit d'articuler notre intervention avec les spécialistes de l'institution psychiatrique, que notre chemin de croix commence. A partir du moment où l'hospitalisation en milieu psychiatrique s'avère nécessaire, nous savons que nous allons rajouter de la iatrogénie à la souffrance psychique de notre malade, lui rajouter la réalité physique des HP (hôpitaux psychiatriques), ces énormes structures qui continuent d'être entourées des hauts murs pourtant dénoncées depuis plus de trente ans, où l'on rassemble toute la souffrance psychique de nos quartiers, où l'on ne passe d'une salle à l'autre qu'avec un trousseau de clefs et où l'on se contente de « garder » le moins mal possible.

Et puis, dans ce troisième millénaire débutant, le patient n'a toujours pas le libre choix dans le secteur public, de son équipe psychiatrique soignante. Il peut ainsi rester définitivement scotché – du fait de son affectation géographique au secteur psychiatrique de son lieu d'habitation – à des soignants dont nous ne voulons plus (lui et moi, son médecin traitant) en raison de mauvaises expériences passées.

Quand un malade est hospitalisé, il est rarissime de pouvoir avoir un contact direct avec le médecin en charge pendant l'hospitalisation. Quant à pouvoir rencontrer le médecin référent en même temps que nous rendons visite au malade hospitalisé, c'est devoir dégager une demi-journée de travail pour se rendre sur place et essayer d'intercepter ce psychiatre qui est tous les matins en réunion de synthèse et qui n'a pas le temps de vous recevoir. Assez de ces chefs de service en psychiatrie pantouflards qui ne savent qu'organiser et participer à ces « réunions de synthèse » !

Souvenons-nous du temps, pas si éloigné que cela, où un mouvement de fond politico-syndical voulait fermer l'hôpital psychiatrique en tant que tel et faire en sorte que les malades, lorsque leur

état rendait nécessaire une hospitalisation, puissent être pris en charge dans le cadre de l'hôpital de droit commun. Villejuif, Ville-Evrard, Maison-Blanche, Sainte-Anne et autre Esquirol restent des univers intrinsèquement morbides où du mal se rajoute au mal du simple fait de la cohabitation de malades dont les histoires de souffrances s'ajoutent les unes aux autres.

Du côté de l'hospitalisation privée psychiatrique, ce n'est pas mieux. Tout d'abord, on n'y trouve jamais d'acceptation de la situation de l'urgence. Il faut toujours un rendez-vous préalable pour juger du bien fondé de la demande de l'hospitalisation et tant pis si le malade a commis l'irréversible avant ! Et pour quelle prise en charge personnalisée et adaptée ? Perfusions de neuroleptiques stéréotypées qui transforment provisoirement nos patients en zombies, certes calmes mais abrutis (les « cures de sommeil » profondément enracinées dans notre paysage culturel...), le temps que l'effet des drogues administrées s'estompe et que l'on revienne à la case départ. Pour l'écoute et le dialogue à mettre en route avec le patient et la famille, et bien vous repasserez plus tard, dans les confortables mais très chers cabinets privés de ces mêmes soignants !





Et l'accès aux soins en ville ? C'est bien beau de parler de psychothérapie, mais à qui adresser et avec quel coût économique pour le malade ? Il y a des psychologues compétents et disponibles, dont les soins ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale ; il y a le médecin psychiatre conventionné, mais encore faut-il faire la démarche de pouvoir aller voir « le médecin des tous » et lorsqu'il allonge le malade après quelques entretiens classiques en face à face, les feuilles de Sécurité sociale s'interrompent, paiement direct de l'analyste oblige. Il y a aussi les « psy » du secteur public psychiatrique qui consultent « gratuitement » dans les dispensaires, mais comme ils sont souvent submergés de travail et que ce sont parfois les mêmes que ceux du secteur de l'hospitalisation...

Questions d'un autre temps à reposer fermement. Il fut un temps où la folie, dans sa capacité formidable à déstabiliser l'ordre établi, remettait en question de façon fructueuse les fondements théoriques et pratiques du soin. Cette période semble révolue. Aujourd'hui, tout ronronne comme si la folie était passée sous un contrôle médical parfait grâce aux nouvelles molécules supposées de plus en plus affinées pour mieux corriger les troubles du comportement, dûment étiquetés, de nos patients. Nous attendons avec anxiété l'étape ultérieure, lorsque des tests génétiques de prédisposition à la folie seront utilisés par des soignants et leurs administrations pour surveiller les personnes présentant un risque de déjancer. On continuera probablement, par

ailleurs, d'entretenir quelques références obligées à Freud et ses disciples pour maintenir dans le discours un semblant d'humanisme, mais dans les actes des soignants ?

Vers quelle psychiatrie allons-nous ? Et au fait, quelle psychiatrie voulons-nous ? Où sont les grandes révoltes de pensées et d'actions qui permettraient de continuer à lutter contre les violences et insuffisances des institutions prenant en charge nos grandes folies, si difficiles à comprendre, à accompagner et à contenir ? Je ne sens plus ces vents d'espoir, parce que riches d'interrogations, de remises en question des pratiques soignantes, de recherches. Que sont devenues les tentatives d'abattre les murs de l'asile ? La psychanalyse, discipline royale qui a fondé le pouvoir thérapeutique du langage et de la parole, n'est-elle devenue qu'une pratique professionnelle désuète réservée à une bourgeoisie éclairée et solvable au point que les jeunes médecins psychiatres l'ont complètement abandonnée dans leur cursus professionnel ?

Mon témoignage ne vaut que par mes (mauvaises) expériences de médecin généraliste, exerçant dans la banlieue parisienne. Je ne doute pas qu'ici et là des soignants de la folie remettent en question sans cesse leur métier pour aller vers du mieux, mais globalement, j'ai la ferme impression que cela ronronne... P.M.

1. Michel Foucault (1926-1984). Dans son *Histoire de la folie à l'âge classique*, le philosophe décrit la naissance, durant le XVI^e siècle en Europe, de lieux d'enfermements pour tous les associés, c'est-à-dire non seulement les fous, mais tous les parias de la société qui sont « la fois » un effet du désordre mais aussi un obstacle à l'ordre.

David Cooper et Ronald David Laing sont les chefs de file de l'antipsychiatrie, née en 1965, qui visait à changer de modèle de soin. « [...] Quand on est relégué, il n'y a plus qu'une seule chose à faire, c'est de se casser la tête contre les murs. Pour explorer les contradictions des communications qui nous poussent à certains moments à agir ou à être pris pour un fou, nous avons besoin d'une communauté souple où les gens ne sont pas

contraints à prendre les rôles de docteur, d'assistante sociale, d'infirmier ou de malade. »

Maud Marnoni (1923-1998). Réinterrogeant la psychanalyse, elle crée à Bonneuil, sur le concept d'institution éclatée, un lieu d'accueil pour la prise en charge des enfants psychotiques qui aura un retentissement international. Cf. son ouvrage *L'Éducation impossible*, réédition 1994, Seuil.

Franco Basaglia, chef de file dans les années soixante-dix du mouvement visanti, en Italie, à fermer complètement les asiles psychiatriques. L'expérience de faire sortir tous les malades de l'hôpital psychiatrique commença dans la ville de Trieste où ce psychiatre exerçait.

La parole est à la défense L'action à la résistance

Difficile exercice de « répondre » à nos confrères généralistes pour qui, en psychiatrie, « rien ne va plus ». « Les jeux sont faits », répondraient sans doute les pouvoirs publics qui ont délaissé depuis vingt ans ce champ de la santé. Pourtant, de plus en plus de professionnels sont prêts à se battre.

Certaines critiques de Patrice Muller ne posent pas problème et comment ne pas partager son inquiétude face à la prise en charge « moléculaire » de l'ensemble des symptômes ? La sémiologie psychiatrique est de plus en plus dictée par les laboratoires, pour lesquels la colère est désormais un « équivalent dépressif » et mérite une chimiothérapie adéquate. Récemment, nous nous sommes aperçus que le Subutex représentait un marché commercial important. Message adressé aux généralistes (les gros prescripteurs) : surtout ne tentez pas un sevrage de Subutex... alors que l'expérience nous a montré que la dépendance n'était pas une fatalité. Il est vrai aussi que le libre choix du thérapeute (garanti par la loi) n'est guère appliqué et qu'il devrait au moins être organisé à l'intérieur de chaque secteur. Si la vision de P. Muller de l'asile n'est pas tout à fait la mienne, on ne saurait nier l'existence de lieux de renfermement même si les structures de soins sectorielles ont littéralement explosé et accueillent une bonne partie de la population.

Contestant bien des pratiques de notre discipline

mais placé cependant en avocat de mes pairs par ces critiques extérieures, quels arguments pourrai-je avancer ?

Face à la montée de l'exclusion, les « psy » ne savent pas toujours répondre aux besoins. Je suis convaincu cependant – en tout cas dans le département où je travaille (l'Oise) – que lorsqu'on est sans domicile fixe et totalement démuné, il vaut mieux être psychotique. Au minimum, le gîte et le couvert vous seront assurés dans des conditions de plus en plus décentes. Au mieux, vous bénéficiez d'une maison communautaire et des activités régulières de l'hôpital de jour, parfois de sorties, voire de séjours thérapeutiques loin de votre région.

On ne peut pas – tous syndicats de psychiatres (privés, publics, associatifs) confondus – protester urbi et orbi contre la pénurie de psychiatres et nier que cela n'a pas des conséquences sur la prise en charge de la population souffrant de difficultés psychiques. Dans le privé, il est de plus en plus difficile d'obtenir un rendez-vous de consultation. Dans le public, on voit se développer les « listes d'attente » ou, dans le meilleur des cas, organiser l'accueil par les infirmiers, ce qui ne satisfait pas toujours nos collègues généralistes.

Globalement, il me semble que la psychiatrie de secteur réussit plutôt bien dans la prise en charge

Olivier Boitard

*Médecin psychiatre,
membre de
l'Union syndicale
de la psychiatrie.*



des patients au long cours (grâce aux structures intermédiaires, aux hôpitaux de jour, aux centres d'accueil thérapeutique à temps partiel) – ce qui fait dire à des responsables de santé publique comme Jean de Kervasdoué que la psychiatrie française est « la meilleure du monde ». Nous sommes beaucoup moins performants dans la gestion des crises et des urgences. Des possibilités d'accueil vingt-quatre heures sur vingt-quatre au plus près de la population relèvent encore généralement de l'utopie. Pour des patients que nous n'avons jamais rencontrés, nous refusons généralement d'intervenir à domicile pour des raisons de sécurité d'une part (ce qui ne justifie pas l'envol au casse-pipe des généralistes) et par expérience d'échecs dans les tentatives de déplacements d'urgence, l'hospitalisation rapide étant in fine généralement nécessaire. Pour des patients connus, les équipes, en revanche, devraient se montrer disponibles.

Qu'on ne se fasse pas d'illusions : la solution ne

passé pas par l'installation de services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux pour lesquels la psychiatrie ne fait pas partie des priorités, où la vie institutionnelle est réduite et les hospitalisations abrégées par manque de lits. Il est souhaitable en revanche de développer la prise en charge de certaines pathologies dans des services de médecine générale, ce qui évite la ségrégation et permet une meilleure collaboration avec la médecine de ville.

Quand une attente est déçue, comme nous l'observons pour nos amis généralistes vis-à-vis de la psychiatrie, c'est soit parce que ceux à qui l'on s'adresse sont défaillants, soit que l'attente est trop longue. Il y a sans doute des deux : face à une société dont la dureté s'exerce sur la majorité de la population – y compris sur les « psy » – nos réponses techniques sont de l'ordre du soin palliatif. Reste la résistance : de plus en plus de soignants en psychiatrie y sont prêts en tant que professionnels et en tant que citoyens.



Politique de secteur Secteur de la politique

De même qu'il n'y a pas d'histoire de la psychiatrie qui ne soit liée à l'Histoire en général, il n'y a pas de politique psychiatrique qui ne soit un aspect localisé du Politique dans son ensemble. 1945 comme 1968 ne sont pas tant les dates d'événements (la Libération, mai 68) que les indices de moments « organisateurs » de notre histoire. Il nous paraît opportun, à l'aube du troisième millénaire, de revenir sur ces moments de mutation ou de réflexion des pratiques et théories psychiatriques de la deuxième moitié du XX^e siècle.

1945. Le Secteur : une psychiatrie communautaire. Nous sommes au lendemain de la deuxième guerre mondiale, et de la résistance qu'elle a fait naître. Dans ce nouveau cadre historique et politique, c'est une nouvelle conception de la psychiatrie qui va pouvoir se penser. Certes, la découverte des camps nazis rend l'image de la « concentration » asilaire plus intolérable, d'autant que des milliers de malades y ont succombé d'« extermination douce ». Mais plus profondément encore, se forge une nouvelle représentation de la maladie mentale, à la lumière des travaux sur la psychogenèse et la sociogenèse de celle-ci, relativisant la place de l'organogenèse. Henri Ey, dont Jacques Lacan qualifiera l'œuvre de civilisatrice, propose de définir le champ de la psychiatrie comme celui des « pathologies de la relation ». « On n'est pas fou tout seul », avait déjà noté la sagesse populaire, « le fou c'est celui

qui est désigné tel » précisera Lucien Bonnafé. Ce mouvement est également lié à la pénétration, dans le milieu psychiatrique, tant de la psychanalyse que du marxisme, ces « deux jambes » qui, selon l'expression de François Tosquelles, vont aussi soutenir l'autre grande avancée théorico-pratique marquant la psychiatrie de l'après-guerre : la psychothérapie institutionnelle. Si la psychanalyse permet une lecture de sens dans une psychodynamique transgénérationnelle, le marxisme invite à une réflexion sur les liens unissant aliénation mentale et aliénation sociale.

Jean-Pierre Legendre

*Médecin psychiatre,
membre de
l'Union syndicale
de la psychiatrie.*

La psychiatrie de secteur ne se veut pas seulement hors les « murs de l'asile » pour éviter les effets iatrogènes et désocialisants qu'ils peuvent induire, mais dans la communauté : lieu d'émergence du trouble psychique, à partir duquel peut se penser sa prise en charge et son traitement. La mise à la disposition d'un groupe de population (une entité géo-démographique, écriture) d'une équipe de santé mentale, tant pour des actions de soin, de prévention, que de post-cure, supposerait le dépassement de la référence à un individu isolable (et isolé) dans le moment de sa « maladie ». La référence à un « ensemble », comme le notait Bonnafé, à une communauté interactive dans un cadre de vie, s'oppose à son morcellement par âge, par mode de vie, par expression pathologique... Une première entorse à ce principe apparaîtra dans les années soixante-dix avec la notion d'intersecteur de psychiatrie



infanto-juvénile. Initialement, et le préfixe « inter » le souligne, il ne devait s'agir que de dispositifs de liaison, sur les problèmes spécifiques de l'enfance, au niveau de plusieurs secteurs de psychiatrie générale. Si l'appellation d'usage subsiste encore, les pratiques se sont rapidement clivées et, après la légalisation du secteur en 85, le décret du 14 mars 86 citera les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile tout court, et ajoutera un troisième mode de sectorisation : les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Depuis lors, l'intersectorialité serait la solution miracle, permettant tout à la fois de rendre un hommage hypocrite au sacro-saint modèle du secteur tout en le démantelant et en le vidant de son sens originel : une technique de soins psychiatriques dans le cadre d'une politique de santé. Il ne s'agit évidemment pas de nier la nécessaire diversité des formes de prise en charge adaptées à des types de situations, ni de faire des secteurs de nouvelles baronnies, mais de rappeler que le concept de « secteur psychiatrique » désignait d'abord une pratique thérapeutique et non seulement une zone de planification sanitaire allouée à un centre hospitalier, comme l'a fixé le cadre légal.

1968. L'antipsychiatrie : détruire l'asile. Il ne s'agit plus seulement de dépasser l'asile psychiatrique, mais la Psychiatrie elle-même. Ce seront les antipsychiatries (anglaise, italienne...) portées essentiellement par les praticiens de la psychiatrie. Mais, la critique de la psychiatrie peut-elle se réduire à la promotion, somme toute assez corporatiste, d'une psychiatrie critique ? Les projets les plus globaux entraînent alors les clivages les plus fractionnés et groupusculaires. La lutte anti-asilaire s'y trouve au premier plan et ne se contente plus d'un réformisme institutionnel, mais plus radicalement sera prônée une désinstitutionnalisation, non sans excès ni malentendus. La recherche d'alternatives à l'hospitalisation, comme la constitution de réseaux, donnera lieu à de nouvelles pratiques. Avec le temps, ces termes seront repris par les discours officiels, de même que l'idée de détruire les asiles. Amère victoire à la Pyrrhus, comme pour le « secteur » ce sont les mêmes mots mais ils ne désignent plus la même chose. Le chantier ne fut pas sans résultats, mais la vigilance et la rigueur s'y épuisèrent. La lutte contre l'usage du concept de secteur dans une planification bureaucratique ne saurait faire

oublier les risques d'outil de contrôle social qu'il peut aussi générer. C'est pourquoi, à plusieurs reprises, l'Union syndicale de la psychiatrie (USP) a préféré se référer à la notion de psychiatrie communautaire et désaliéniste.

Il faut également souligner que ce mouvement va s'appuyer autant sur une recherche de technique de soins que sur une démarche éthique et politique prenant en compte le sujet de droit que doit demeurer tout citoyen, fût-il réputé « fou ». La lutte contre l'exclusion et la ségrégation est en soi une démarche de soin et un préalable à d'autres approches thérapeutiques.

2000. La psychiatrie maîtrisée : ne pas penser, ne pas dépenser. Les temps ont changé là où on ne les attendait pas. Après la chute du mur de Berlin, triomphent sans partage l'économie de marché et le système capitaliste qu'elle a produit. On a annoncé la fin de l'Histoire, et il ne devrait plus être question d'idéologies. Le savoir unifié impose une culture dominante labellisée, qu'il s'agisse de la classification américaine des troubles mentaux (D.S.M. IV) ou des conférences de consensus. Le débat nécessairement contradictoire, lieu d'une confrontation de point de vue, d'une lutte des idées, devrait permettre le fondement démocratique d'une politique. Aujourd'hui, nous voyons fleurir, dans toutes les instances consultatives des décideurs, des collèges d'experts ne tranchant plus au nom d'une opinion, mais en vertu de leur « science » validée par ces mêmes décideurs. L'expert n'est plus le praticien habile qui a fait ses preuves, mais le supposé savant qui fait la preuve. Son objectivité serait garantie par son indépendance vis-à-vis de ceux qu'il est censé représenter, pour ne pas affirmer qu'il n'est dépendant que de ceux qui le nomment. Il a ainsi pu être déclaré que l'ANAES¹ représentait les professionnels puisqu'on l'a composée de professionnels. Ce mode de désignation de représentants officiels de corporations nous semble plus dans la logique de l'Etat français que de la République française.

La globalisation économique doit pouvoir s'appuyer sur une pensée unique. Les neurosciences réinscrivent les troubles mentaux dans les pathologies du système nerveux central, plus ou moins nuancées de facteurs environnementaux. Le sujet

du génome remplace celui du discours. L'idéal d'un traitement spécifique par maladie, que dément chaque jour la clinique, doit s'imposer pour stigmatiser un individu délié du collectif, et que soit évincée la subversion de sa folie. Pour recouvrir le tout, le mythe de la transparence efface le champ de la réalité.

La réalité est pourtant aujourd'hui celle d'une société en crise, non pas économique mais plutôt sociale et morale, qui exacerbe des pertes de lien et dont la traduction, entre autres, apporte une forte augmentation des demandes vers le champ de la psychiatrie, alors même que celui-ci est en train de voir limiter ses moyens.

L'économie de la santé s'inscrit sans écart dans l'économie générale, et la « maîtrise des dépenses de santé », comme un équivalent de la « baisse

tendancielle des taux de profit » annoncée par Marx, exclut l'analyse des besoins comme celle des profits. La politique gestionnaire s'installe comme une dictature techno-bureaucratique entendant encadrer, normer, un espace encore trop contradictoire, à force de PMSI² et autres démarches d'accréditation.

La question n'est plus de savoir pourquoi résister mais comment !

1. ANAES - Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

2. PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information.



Halte aux abus de la raison !

Alain Chabert

Médecin psychiatre,
membre de l'Union
syndicale de
la psychiatrie.

La pilule du bonheur. Il y a quelques années, une campagne de publicité américaine définissait une molécule anti-dépressive, dans un livre devenu célèbre, comme « *la pilule du bonheur* ». Cette histoire est tout à fait significative du délire scientifique auquel nous sommes confrontés ainsi qu'à ses effets pragmatiques. Bonheur, mot grossier, on va enfin pouvoir l'expliquer. Mieux ! On va le produire. Pas forcément tout de suite ; cette pilule-là du bonheur n'est peut-être pas encore la bonne. Mais attendez, cela va venir car : le bonheur est mo-lé-cu-lai-re !

L'étape suivante, dont on parle moins, est le financement des recherches sur l'action possible de molécules, proches de la précédente, sur certains comportements sociaux, tels l'agressivité et les comportements d'affiliation. Il s'agit d'un programme de modifications pharmacologiques de certaines formes de comportement social... Il n'est évidemment pas indifférent que ces phénomènes, touchant à la production chimique du bonheur et du conformisme social, soient directement liés aux intérêts économiques des grands groupes pharmaceutiques : derrière le délire scientifique se cache une sordide raison économique !

Le bain moussant. Nous sommes plongés dans un bain d'informations partiales constituant un véritable délire étiologique et génétique. Ce bain se présente sous formes d'abstracts, de synthèses de réunions dites internationales, de comptes rendus et résumés d'interventions et de col-

loques. C'est un bain de données souvent raccourcies, condensées, disparates, éventuellement contradictoires entre elles. Il vise à nous persuader par imprégnation que les comportements sociaux, et donc les troubles psychiques, sont causés par des altérations du génome.

La schizophrénie et les dépressions sont des cibles privilégiées. Chaque jour nous apporte les résumés de travaux apportant la preuve de leur causalité génomique. Peu importe d'ailleurs que les gènes en question, que les mécanismes d'action, que les types d'expression phénotypiques des gènes, soient variables et contradictoires d'un travail à l'autre. Peu importe que les travaux soient, de façon habituelle, basés sur de faibles nombres de cas, que les règles déontologiques de la recherche scientifique, notamment en ce qui concerne les extrapolations, soient souvent bafouées ; que les articles originaux, dont sont extraits les résumés, puissent être plus prudents dans leurs conclusions que les quelques phrases qui en sont issues : l'important est dans le bain moussant qui nous fait croire que les causes des désordres mentaux sont connues, ou connaissables prochainement.

Au plan de la recherche, la génétique du comportement humain tient la vedette. La pensée, la personnalité, l'ensemble du comportement humain seront bientôt élucidés, grâce au Projet Génome Humain. Déjà, on aurait cru identifier un « gène du bonheur », un « gène de la quête d'expériences nouvelles ». Le « gène de la timidité »

n'en aurait plus pour longtemps à se cacher. Quant au « gène de l'homosexualité », il serait d'ores et déjà observé de très près sur la mouche *Drosophila melanogaster* ou, plus précisément, sur la portion d'ADN q28 de son chromosome X, l'extrapolation à l'homme – ou à la femme – n'étant plus qu'une question de temps.

Nous sommes là dans la construction d'un Mythe, et le cœur de ce Mythe c'est : on va trouver la réponse à la question de la substance de la pensée ; ce sera une protéine, n'en doutons pas ! Insidieusement, ce Mythe vient à s'imposer comme Norme. C'est là qu'il devient délire scientifique. Et c'est sa diffusion par les laboratoires pharmaceutiques qui le constitue dans sa nuisance économique, éthique et intellectuelle. Cette méthode insidieuse réalise un abus de pouvoir mou !

Contrairement à ce que prétend un ouvrage intitulé *La schizophrénie – Recherches actuelles*, publié chez Masson mais distribué généreusement auprès des psychiatres par un laboratoire pharmaceutique, il n'y a pas de consensus sur l'hypothèse neuro-développementale. Il s'agit en fait d'un axiome, caché derrière une expression politiquement correcte.

Le prêt-à-penser. Nous dénoncerons, ici, le caractère pervers joué par l'ANAES dans son activité de production de « guides ». La mise en protocole du champ thérapeutique, par petites touches, dans un style gommant les aspérités pour mieux se placer comme machines à fabriquer du consensus, oblige le soignant à se soumettre. C'est un prêt-à-penser. La psychiatrie prêchée est une psychiatrie industrielle, pour laquelle il s'agit d'uniformiser, de standardiser, de mettre en série les individus. Le protocole permet une médecine de l'évidence et une médecine des cohortes, où il n'y aurait plus besoin de penser l'unicité d'une démarche qui s'imposerait d'elle-même et qui ne supposerait plus l'unicité de l'être souffrant, mais lui préférerait la vérité révélée des grands nombres.

Pour que des cohortes se constituent, il convient de réduire les différences ; et pour cela le diagnostic n'est plus clinique à proprement parler, ni à *fortiori* social : il ne peut être que comportemental ; et la pratique qui en résulte ne peut plus être que behavioriste. Le protocole, dans son apogée totalisante, véhicule deux autres notions particulièrement néfastes : Prévention et Prédiction. L'application du protocole permettrait d'obtenir le résultat voulu ou d'éviter le dysfonctionnement redouté ; et on voit proliférer des formes pré-

dictives de psychothérapie. La trajectoire du malade serait prédéterminée ; il serait possible de prédire, et donc d'empêcher l'apparition de problèmes psychopathologiques ; les aléas de l'existence, ce que le sujet fait de ses rencontres – notamment, mais pas seulement, de ses rencontres thérapeutiques –, sa participation unique à la fabrication de sa vie, et donc aussi de ses symptômes, tout cela ne serait plus que péripéties dans un destin écrit d'avance ! Il y a danger de « prédictivité ». Nous proposons de refuser de prédire et d'affirmer que toute prétention à dire déterminée l'évolution d'un sujet souffrant, est un mensonge et une escroquerie proférés par des charlatans.

Liberté et plaisir de penser. Psychiatres, nous sommes des artisans, nous réalisons des bricolages avec nos outils. Ces outils sont, pour l'essentiel, des pensées, des concepts. Nous revendiquons la liberté de pensée et le plaisir de penser. Cela nous est nécessaire pour pouvoir accueillir des pensées qui paraissent radicalement autres. Défendre la liberté de pensée a pour corollaire nécessaire l'idée que le délire est une pensée. C'est une production de pensée. Certes, cette production est source de souffrance, mais aussi de faits culturels et, parfois, de génie. C'est toujours une façon d'être au monde.

Nous refusons le projet de normalisation, d'adaptation et de contrôle des comportements et de la pensée elle-même. Le prêt-à-penser de la médecine de l'évidence empêche l'association de pensées, permet d'éviter le questionnement. Face à la question de la Folie, rangeons-nous du côté de ceux qui retournent à la Question et détournons-nous de ceux qui ont la Réponse !



Une psychiatrie ennuyeuse

Philippe Pignarre

Philippe Pignarre est éditeur de la collection Les Empêcheurs de penser en rond. Il a été licencié des laboratoires Sanofi-Synthelabo.

Le fait le plus marquant de l'évolution de la psychiatrie au cours de ces dernières années, c'est qu'elle devient de plus en plus ennuyeuse. Les grands congrès de la psychiatrie officielle seraient vides de tout auditeur s'il n'y avait pas les groupes de médecins amenés par l'industrie pharmaceutique avec la promesse de bons hôtels et de villes que l'on pourra visiter dans des conditions favorables. On y trouve aussi de nombreux responsables marketing de ces différents laboratoires (et de leurs filiales) venus s'épier les uns les autres, surveiller les relations de leurs médecins leaders. Cela fait déjà beaucoup de monde : les gros laboratoires (ils peuvent être cinq ou six) peuvent envoyer entre cents et deux cent salariés. Si les programmes des séances sont accablants d'ennui et de médiocrité, les symposiums satellites organisés par l'industrie ne valent pas mieux.

Je propose donc de parler désormais de psychiatrie ennuyeuse et non pas de psychiatrie biologique. C'est être ainsi beaucoup plus près de la réalité, puisque les porte-parole de la psychiatrie officielle sont les premiers à reconnaître qu'aucune découverte biologique n'est venue depuis cinquante ans bouleverser la compréhension des troubles mentaux. Sauf, évidemment, à confondre les connaissances accumulées à propos des effets des médicaments psychotropes sur le cerveau avec des découvertes sur le méca-

nisme des troubles mentaux eux-mêmes. Si l'industrie pharmaceutique est prête à faire parfois ce glissement, ce n'est pas le cas de la plupart des chercheurs.

Différence entre médecine et psychiatrie. La psychiatrie moderne n'a réussi à mettre en évidence aucun témoin fiable de la présence d'un trouble mental. Même quand elle est dite biologique, elle ignore tout. Mais elle s'est néanmoins profondément réorganisée, grâce à un nouveau concept, qui lui donne sa vitalité (triste). Ce concept, c'est celui de dépression.

La logique de la dépression. La dépression se répand à la vitesse d'une épidémie : en France, il y a un million de déprimés en plus tous les dix ans.

Pour comprendre la dépression, le mieux est encore de se situer du point de vue de l'industrie pharmaceutique : la dépression doit être conçue comme un marché. Il y a une offre et une demande et c'est l'offre qui le plus souvent crée le marché. Ici, c'est l'offre d'antidépresseurs qui justifie l'existence d'une demande grandissante. Comment ?

Aux personnes qui ne vont pas bien, on propose aujourd'hui d'accepter de penser qu'elles sont atteintes d'un trouble multiforme qui s'appelle la dépression. Il faut ensuite les convaincre

que leurs problèmes relèvent bien de la médecine. Et ainsi la dépression a pu se répandre et devenir un véritable phénomène de société.

Nous ne nions pas que les personnes peuvent être soumises à de véritables attaques sur leurs lieux de travail ou dans leur vie familiale, être saisies par la peur, comme l'ont montré Marie-France Hirigoyen ou Christophe Dejours dans leurs magnifiques ouvrages, mais mille explications sont possibles.

Reconnaissons là un succès de la presse féminine. On a appris aux patientes à bien distinguer le coup de déprime de la vraie dépression. On leur explique pourquoi ce problème ne relève pas de la volonté et pourquoi il faut consulter un médecin, pourquoi il existe maintenant des molécules efficaces, même s'il ne faut pas en abuser. Comment s'étonner, étant donné le rôle des magazines féminins, que deux à trois fois plus de femmes que d'hommes sont atteints de dépression ?

Un grand laboratoire entend d'ailleurs remédier à cette inégalité et vient de lancer une campagne au dernier Congrès mondial de psychiatrie, en faveur de la dépression masculine. On ne saurait pas la dépister car elle se présenterait sous une forme particulière, essentiellement à base d'agressivité. Cela ne fera pas plaisir à certains chercheurs qui ont pris comme hypothèse une prédisposition biologique à la dépression dans le sexe féminin. Pour paraphraser Simone de Beauvoir, ils devront alors apprendre qu'on ne naît ni femme, ni femme déprimée, mais qu'on le devient. Et il faudrait ajouter là encore que lorsqu'on l'est devenu, on l'est bien.

Que l'on m'entende donc bien : je ne nie pas la réalité de la dépression. Une fois que les personnes ont appris à mettre en forme leurs problèmes sous l'angle de ce qu'on leur propose avec la dépression, alors elles sont bel et bien déprimées.

Vers une psychiatrie intéressante. Alors que peut-on opposer à la psychiatrie ennuyeuse ? Tout simplement une psychiatrie intéressante.

Une psychiatrie intéressante est une psychiatrie qui crée de l'intérêt, de la passion entre ses acteurs. Pour cela, la psychiatrie doit renoncer à sa fausse objectivité et à la naturalité qui la désarme. Elle doit faire de l'absence de témoins fiables, non pas une situation désespérante, mais la chance d'exprimer là sa différence vis-à-vis du reste de la médecine, et mettre cette chance au service des patients et de leurs devenirs alors multiples. Une psychiatrie intéressante sait que la manière dont elle s'adresse aux patients n'est jamais indifférente à leur avenir, qu'elle les fabrique dès qu'elle les rencontre.

D'un point de vue clinique, le dispositif d'une psychiatrie intéressante devra être l'inverse de celui de la psychiatrie ennuyeuse : le patient ne sera plus celui qu'il faut éduquer, mais celui dont il faut apprendre.

C'est déjà ce qui s'est passé dans le champ de la toxicomanie et de l'ethnopsychiatrie. C'est de cela qu'il faut désormais partir.



Les non-droits de nos fous

Entretien avec Claire Gékierre : Pratiques : Qu'en est-il des internements de ceux qu'on appelle « fous » ? Où en est-on avec les différentes lois successives ?

Médecin psychiatre, membre de l'Union syndicale de la psychiatrie.

Claire Gékierre : Dans la loi de 1838, il y avait deux types d'internement : le placement d'office (pris par le préfet en raison de troubles à l'ordre public liés à des troubles mentaux) et le placement volontaire (la volonté d'un proche et non de la personne concernée). En 1990, c'est devenu respectivement l'hospitalisation d'office (HO) et l'hospitalisation sur la demande d'un tiers (HDT) et cela représente moins de 15% des hospitalisations en milieu psychiatrique, qui se font donc surtout sur le mode de l'hospitalisation « libre ». En France, le nombre d'internements et notamment des HO est très variable d'un département à l'autre (à Paris, on se retrouve beaucoup plus facilement en HO) car un internement est plus affaire de contexte que de diagnostic (les grandes villes, la présence de gros hôpitaux psychiatriques et un taux élevé d'internements, sont souvent en corrélation).

La loi de 1990 reste dans la même lignée que celle de 1838, notamment en restant spécifique aux malades mentaux. Cela dit, une loi non spécifique, qui concernerait aussi des personnes en situation de fragilité (personnes âgées, handicapés en institution, personnes dans le coma...) présenterait des risques, notamment celui de l'ex-

tension de la contrainte aux soins par sa légalisation. Et la loi de 90 n'a pas levé l'ambiguïté entre contrainte à l'hospitalisation et contrainte aux soins : à partir du moment où on est interné, on est obligé de se soigner car il est admis et incontournable qu'on interne les gens pour leur bien (et non pas celui de la société), et donc avant tout pour les soigner. Dans la pratique, les gens internés ne peuvent pas faire valoir leur point de vue, puisqu'il est certifié que « leurs troubles rendent impossible leur consentement » (HDT). Ils sont donc insensés et incapables, et tout refus de soin ne peut être que pathologique. C'est le même médecin qui atteste de l'état de la personne, de son incapacité à consentir, de la nécessité de l'interner et de la soigner *ipso facto* de force, au nom de cette incapacité. C'est l'obligation de soin dans le leurre du consentement perçu comme rempart pour la liberté individuelle, comme protection contre l'arbitraire. L'amalgame de l'hospitalisation sous contrainte avec l'obligation de soins, et donc la question du droit du refus de soin, n'a pas été abordé par la loi de 1990. Restant dans la lignée de la loi de 1838, la loi de 1990 n'a pas instauré de contre-pouvoir au paternalisme médical. Alors qu'un certain nombre de formules avaient été insérées dans les textes sur « la dignité du patient » et « le respect de ses droits fondamentaux », il n'y a, dans la pratique, aucun garant à priori, extérieur au monde hospitalier, lors d'un internement, pour défendre les

libertés individuelles. La personne internée a plusieurs types de recours, notamment judiciaires, mais elle ne peut pas faire appel à un tiers indépendant, ni au moment de l'internement, ni pendant l'hospitalisation.

En 1990, il avait été prévu que la loi soit révisée au bout de cinq ans. Dix ans après, elle ne l'est toujours pas mais une commission a travaillé pour sa « révision » en 1997 (rapport de Mme Strohl) et a proposé notamment une « garde à vue sanitaire » de soixante-douze heures, réalisable dans les services d'urgence des hôpitaux généraux où existe maintenant souvent une antenne d'urgences psychiatriques, dans le souci pragmatique d'éviter un internement à des gens dont l'état aigu s'améliore rapidement. Mais comme il n'est toujours pas proposé de défenseur – « avocat » de la personne –, ce serait encore le médecin seul (avec l'administrateur de garde) qui déciderait de garder les gens contre leur volonté, certes pour leur éviter un internement, mais avec un coût (coup ?) énorme pour les libertés individuelles, tant qu'il n'y a pas de contre-pouvoir.

Justement, ces contre-pouvoirs, comment peut-on les envisager ? La « judiciarisation » serait-elle pertinente ?

Les internements entraînent une privation de liberté individuelle et une contrainte aux soins. Or, en France, toute privation de liberté individuelle doit être décidée par un juge et dans les internements psychiatriques, le juge n'intervient que s'il y a recours. Il s'agit donc d'une loi d'exception pour la maladie mentale. Parler de judiciarisation, c'est rappeler que cette loi fait peu de cas des libertés individuelles, au nom du primat du médical. Mais la judiciarisation n'est pas la solution miracle car on connaît des formes juridiques qui excluent le débat contradictoire : il y a sûrement un grand risque actuellement à voir s'instaurer une « tutelle à la personne » et non plus seulement « aux biens » avec, par exemple, le juge des Tutelles qui gèrerait tous les aspects de la vie de « l'incapable », y compris de « l'incapable à consentir » à son internement.

Et un tiers indépendant ou, comme dans certains pays anglo-saxons, un « testament psychiatrique » ?

Le « testament psychiatrique » consiste à dicter ses volontés par avance, censées être appliquées quand la personne n'a plus ses capacités (on peut, par exemple, demander à être camisolé plutôt que de recevoir des neuroleptiques). Un tiers indépendant (de type *advocacy*) serait plus adaptable à la mentalité française. L'idée est plus large, quelqu'un d'indépendant pourrait se substituer à la personne au moment de l'internement pour défendre ses droits. Il arrive qu'une personne internée ait un avocat ou même un médecin généraliste qui défende sa cause, et dans ce cas, les internements peuvent se passer un peu différemment, car la situation peut véritablement se conflictualiser.

En matière de contre-pouvoir, en France, il n'y a rien et tout est à inventer.

Propos recueillis par
Hélène Girard-Stern et Nathalie Ferron



La violence en réponse à la souffrance

Julie C.

Médecin généraliste

Je suis encore toute « griffée » par la violence de certaines paroles, dont je me souviens encore, mot pour mot, des années plus tard.

Ma sœur a été hospitalisée en psychiatrie après de nombreuses démarches, et après qu'il eut été fait appel à plusieurs psychiatres qui répondaient invariablement : « Il faut attendre que votre sœur ait une demande. »

Je porte encore la culpabilité de cette hospitalisation, même si elle m'a permis de réaliser la gravité de son état.

Pendant l'hospitalisation, les contacts avec les médecins sont rares. J'avais raconté l'histoire familiale, avec beaucoup de détails, espérant peut-être aussi qu'ils entendraient que, moi aussi, j'en avais souffert. Et ensuite, je suis restée à l'écart, je faisais confiance à l'équipe soignante.

C'est lors de la sortie que les choses se sont

gâtées. Lorsque j'ai demandé des explications, il m'a été répondu qu'il s'agissait de secret professionnel et que, probablement, je me servais de ce que j'aurais appris contre ma sœur, pour la dévaloriser ou la marginaliser. Je ne pouvais me contenter de cette réponse, et j'ai demandé à voir le chef de service, médecin psychiatre réputé, pour obtenir des précisions, pour poser les questions que toute famille se pose. J'imaginai naïvement qu'il me répondrait, vous savez entre confrères...

Le rendez-vous est pris, il accepte de me recevoir. Je m'enquiers de l'avenir de ma sœur, du pronostic, et je m'entends répondre : « Vous savez, je n'ai pas de boule de cristal ! Son état peut s'aggraver, se stabiliser ou s'améliorer ! » Merci docteur, il n'est sûrement pas besoin d'avoir fait des études aussi longues pour imaginer ces trois possibilités ! Je demande ensuite des précisions sur le diagnostic, espérant peut-être encore qu'une solution pourrait être trou-

vée, que ma sœur pourrait guérir, que le cauchemar allait s'arrêter. Le médecin me répond : « Votre sœur a une psychose, beaucoup de choses ont été écrites sur la psychose mais rien n'a été écrit sur votre sœur. » La violence de ces paroles me laisse incrédule. C'était comme si ma sœur ne les intéressait pas, pour eux, elle n'était qu'une psychose banale, une étiquette. Je tente encore une dernière question sur l'attitude que la famille doit adopter au quotidien : doit-on respecter les délires ou les interdits alimentaires que ma sœur s'est imposés ? La dernière réponse m'achève : « Beaucoup de personnes ont des interdits alimentaires et ne délirent pas. » En trois réponses, j'avais compris qu'il avait été très agacé par ma démarche, que j'étais disqualifiée, peut-être même coupable de « m'en sortir » alors que ma sœur, elle, était malade. Je n'avais droit à aucune aide. Je me suis sentie flouée, utilisée, bousculée, j'avais osé espérer qu'ils étaient assez intelligents pour soutenir la famille. Et dire que je leur avais naïvement fait confiance, raconté l'histoire de notre famille ! Cette histoire était pour eux sans intérêt, ils renvoyaient ma sœur à la maison avec un rendez-vous dans

quinze jours et nous n'avions rien à dire, rien à demander. Nous devions nous tenir à l'écart et les laisser faire leur travail, mais en même temps, être présents pour elle, au quotidien. Je suis sortie de cet entretien en larmes et pendant plus de deux semaines, je n'ai pas pu adresser la parole à ma sœur. J'étais doublement coupable : coupable de sa maladie et coupable de l'avoir confiée à ces gens là.

Certains psychiatres aujourd'hui continuent à penser que la famille est pathogène, et en partie responsable de la maladie mentale d'un des leurs. Peut-être est-ce vrai ! Mais tout de même, la psychiatrie essaie de s'ouvrir d'avantage, les patients sont hospitalisés moins longtemps, le nombre d'institutions capables de les accueillir et de leur offrir un lieu de vie satisfaisant est limité, ils retournent de plus en plus souvent dans leurs familles et c'est à elles d'en assumer la charge. Est-il si difficile d'imaginer un accompagnement ou un soutien de ces familles plutôt que de les culpabiliser et de leur faire sentir qu'elles ne doivent pas s'occuper de ce qui ne les regarde pas, sous couvert de secret professionnel ?



La pénurie dans nos campagnes

Michèle B.

Infirmière psychiatrique

Michèle est infirmière psychiatrique ; elle travaille en visites à domicile avec sa collègue sur un secteur de quatre cantons ruraux. Elles suivent des malades en post-cure, après leur hospitalisation : la sortie est souvent trop précoce, il n'y a que trois places en appartement thérapeutique (1), et c'est à la famille, s'il y en a une, d'accueillir son malade. Elles suivent aussi des personnes qui n'ont pas été hospitalisées, mais en difficulté, sont adressées soit par la famille, soit par d'autres professionnels : assistante sociale, médecin, psychiatre. Elles sont attendues avec impatience par les familles, écoutent doléances et souffrances, aident à comprendre la maladie mentale, à y mettre des mots, à prendre de la distance... Pour recevoir des appels, et aussi des patients, elles ne disposent d'un local que de 9h à 10h30 (ce qui ne permet pas de recevoir un patient seul, en

dehors de sa famille s'il le veut). Quelle misère !

Michèle et sa collègue n'ont aucun soutien de l'institution : rares réunions d'équipe, pas de supervision, pas de « synthèse ». Pourtant, la charge est énorme, avec des malades lourds, des coups durs, des suicides...

Elles investissent beaucoup dans leur travail... Mais quel gâchis, quelle déperdition d'énergie ! Et quelle est cette politique budgétaire qui, dans le domaine de la santé publique, permet des disparités aussi marquées entre secteur rural et secteur urbain (voir l'exemple de Vénissieux p. 39) ?

Propos recueillis par Anne-Marie Pabois, médecin généraliste

Allez vous faire soigner ailleurs !

Pierrette Antona

Médecin psychiatre

Il a 12 ans, il est magnifique, mais son développement psychoaffectif et intellectuel n'a pas suivi. Le comportement de Jérémie a inquiété ses parents dès les premières semaines de sa vie. Ils ont alors fait le tour des spécialistes : pédiatre, généticien, pédopsychiatre. Jérémie est pris en charge pendant plusieurs mois en psychothérapie, mais son état devient de plus en plus préoccupant. L'écart se creuse avec les enfants de son âge. On évoque une psychose déficitaire tout en laissant les parents dans un certain flou quant au pronostic à long terme. Un autre enfant voit le jour quatre ans plus tard. Tout va bien, il se développe harmonieusement et montre même une certaine précocité intellectuelle. Le père, fonctionnaire international, est alors muté à l'étranger. Le dernier séjour de la famille dans un pays francophone dure trois ans. Ils lui trouvent immédiatement une place en hôpital de jour qui lui offre une possibilité d'apprentissage, d'autonomisation et de socialisation. Parallèlement, il est suivi, à l'initiative des parents, par un psychothérapeute avec lequel ils entretiennent

tous les deux une relation de confiance, en dépit d'une mésentente grandissante dans le couple. Cette période est marquée par des acquisitions en ce qui concerne l'autonomie (propreté, alimentation), la socialisation et le langage, avec acquisition de quelques mots qu'il emploie de manière adaptée. On observe également une diminution d'intensité des troubles du comportement (moins d'agressivité) et une amélioration du sommeil, malgré un endormissement toujours très difficile. Au bout de trois ans, le père doit revenir en France pour des motifs professionnels. Ce retour coïncide avec la décision de séparation du couple, dans un climat très conflictuel. La transition est difficile pour Jérémie dont l'environnement affectif et social est profondément bouleversé. Les troubles du comportement et du sommeil s'intensifient avec apparition de conduites auto-agressives et désorganisation totale du sommeil. La perte d'autonomie est massive. Son état exige désormais une vigilance de tous les instants, qui épuise son entourage.

Dès leur arrivée en France, les parents prennent contact avec l'Intersecteur de pédopsychiatrie dont ils dépendent, afin d'obtenir son admission dans une structure de soins. Après plusieurs entretiens s'échelonnant sur six mois, on leur propose une séance de thérapie hebdomadaire pour préparer l'enfant à une éventuelle admission en hôpital de jour. La mère étant incapable d'assurer la garde de cet enfant, Jérémie est gardé à domicile dans la journée par une éducatrice spécialisée (à la charge des parents). Les sédatifs demandés dans le but de l'apaiser et de le faire dormir la nuit sont refusés.

Cette situation, devenue intenable, amène les parents à multiplier les démarches pour obtenir plus rapidement une admission de leur fils dans une structure de soins. Mais leurs relations avec l'Intersecteur deviennent très conflictuelles. On leur reproche notamment leur « activisme ». On leur propose une admission en internat, qu'ils refusent. Ils sont alors menacés par le médecin chef d'une intervention auprès du juge pour enfants, pour « manque de soins ». Leurs économies fondent comme neige au soleil, avec l'emploi d'une éducatrice à plein temps et la poursuite d'une psychothérapie chez un pédopsychiatre pratiquant un dépassement conséquent. Quant aux structures privées susceptibles d'accueillir Jérémie, elles ont des listes d'attente interminables.

Deux ans et demi après le début de leurs démarches, ils obtiennent enfin l'admission de leur fils dans un hôpital de jour public hors secteur, mais on exerce sur eux une forte pression afin de les amener à renoncer à leurs droits en tant que parents d'enfant handicapé (carte d'invalidité, allocation d'éducation spécialisée), au prétexte que cette carte d'invalidité pourrait peser très fort lorsque Jérémie se retrouverait sur le marché du travail à 18 ans ! Les parents décident alors de repartir à l'étranger. Ils ont déjà pris des contacts et trouvé une structure qui accepte d'accueillir leur enfant à la journée. Une structure où, à défaut de « soigner » Jérémie, on en prendra soin.

Le manque de places en institutions pour enfants et adolescents malades mentaux est, certes, dramatique. À Paris, par exemple, 60 % des enfants psychotiques de la tranche d'âge de Jérémie ne sont pas pris en charge, laissés à la garde des parents condamnés à se débrouiller comme ils peuvent. Mais l'attitude de certains professionnels



du service public laisse pour le moins perplexe. On a scrupule à rappeler que la loi sur l'obligation de soins ou de scolarité pour les mineurs s'applique à tous, et que nul médecin ne peut s'exonérer de cette obligation de droit commun. Mais force est de constater que les soignants, confrontés à ce véritable déni de droit, transfèrent cette insuffisance matérielle sur les familles. Bien souvent, trop souvent, ils invoquent des motifs qui déstabilisent des parents déjà en grande souffrance psychique au regard de l'avenir de leur enfant : le handicap est trop lourd pour l'équipe soignante, le contexte familial est trop difficile, l'enfant est trop âgé, la « demande » est ambiguë, les parents ne se remettent pas en question, etc.

Dans le cas de Jérémie, on a largement accentué les sentiments de culpabilité et d'impuissance de la famille. On a stigmatisé l'« activisme » des parents qui serait à l'origine de l'échec de tout projet institutionnel. On a ignoré leur souffrance quotidienne, leurs difficultés financières, leurs efforts pour continuer à vivre avec une telle charge. En mettant au premier plan les difficultés du couple comme cause primordiale des troubles psychotiques de l'enfant, on a escamoté la réalité substantielle de sa pathologie propre. En en faisant un pur produit relationnel devant faire l'objet d'une prise de conscience et d'une « demande », on a évacué la responsabilité spécifique des soignants, dont le travail est aussi et avant tout d'alléger la souffrance, y compris lorsque ses causes profondes sont encore mal connues et objet de débats.

Et le soin, dans tout ça ?

Association française pour l'aide aux autistes AFPAA
Revue La Forteresse éclatée
42, rue Bernard
75014 Paris
tél. : 01 45 41 52 93
Site internet :
<http://www.aleves.org.fr>
8080/home/meltz/PAC/html

Fédération Française
Sésame Autisme
53, rue Clisson
75013 Paris
tél. : 01 44 24 50 00

Quand leur raison, de la nôtre s'égaré...

Anne Perraut-Soliveres

Cadre infirmière.

Ils sont nombreux ceux qui ne relèvent pas à proprement parler de la psychiatrie et qui pourtant ne sont pas « raisonnables ». Qu'il s'agisse de la désorientation du vieillard hospitalisé, de l'agitation temporaire au réveil d'une tentative de suicide ou d'une anesthésie, des troubles du comportement liés à certains effets thérapeutiques indésirables et autres bricolages alcoolotoxicomaniacques, il ne manque pas d'occasions où les soignants « du corps » sont désorientés par ces manifestations auxquelles ils ne savent pas comment faire face. Il faut ajouter à cette liste non exhaustive les démences de diverses origines pour lesquelles rien ne semble prévu et qui mettent toujours un peu d'animation dans les services hospitaliers.

... A « lier »... Monsieur Minard est étiqueté dément après avoir été « sauvé » d'un arrêt cardio-respiratoire conséquent. Il a récupéré en grande partie (et contre toute attente) sur le plan fonctionnel mais dit et fait n'importe quoi, de préférence en rupture avec ce qu'il est convenu de nommer raisonnable. Monsieur Minard n'est pas « fou », il est hors d'atteinte, bien que paraissant parfois nous comprendre.

Gentil, voire rigolard, il ne cesse de cogner avec sa main gauche sur le montant de son lit. Il essaie constamment de se lever mais ne tient pas debout. Monsieur Minard est par conséquent attaché dans son lit et tire de toute sa force (il a 47 ans) sur le lien qui le maintient. On ne peut pas vraiment dire qu'il est agité mais il arrache systématiquement tout ce qui est à portée de sa main droite non attachée. C'est ainsi qu'il s'est extubé plusieurs fois, a arraché ses sondes gastrique et urinaire et a été retrouvé dans des postures fort délicates au pied de son lit. Comme il ne relève pas de la psychiatrie, est hors de portée de la psychologie et n'est pas assez agité pour mettre en danger son entourage, Monsieur Minard n'est pas « sédaté » et est abandonné aux bons soins des infirmières et aides-soignantes qui hésitent entre l'attacher et le détacher, selon le lien qu'elles entretiennent avec la sécurité telle qu'on la leur prescrit. Ce patient s'étant blessé à force de tirer sur son attache, le médecin responsable du service a considéré qu'il s'agissait d'un défaut de surveillance de l'infirmière de nuit, laquelle, seule pour vingt malades, était bien démunie pour contenir ces dérangements non qualifiés.



M'étant insurgée contre ce transfert de culpabilité, le médecin a convenu que l'agitation (bien que connue depuis plusieurs semaines) n'avait pas été gérée.

Le problème de responsabilité, bien qu'incontournable, n'est pas ce qui me questionne, mais plutôt comment répondre dans le paysage hospitalier à ces désordres comportementaux sans en passer par la contention qui aggrave systématiquement l'agitation et qui traumatise les soignants autant que les malades qui la subissent ?

... **Furieux...** Mohammed est un grand Africain, affable et insomniaque, d'une cinquantaine d'années avec qui j'ai parlé longuement lors de mon premier soir de garde. J'ai été frappée par sa clairvoyance et la finesse humoristique de ses jugements sur son entourage à l'hôpital. Le trouvant cependant particulièrement tendu, j'ai profité du passage de l'interne en médecine pour signaler cet état de vigilance. Son mysticisme (il priait beaucoup et nous a d'ailleurs incluses, l'interne et moi, dans ses incantations) me paraissait hors de proportion. Cette situation se répéta chacune des quatre nuits, où je passai le plus clair de mon temps à parler avec lui, qui se présentait sans cesse à mon bureau, sans que quiconque s'émeuve de cette insomnie totale signalée à l'issue de la première nuit.

Après ma dernière nuit de travail, alors que je prenais mon petit déjeuner avant de partir, une aide-soignante de jour, affolée, vint me chercher, m'annonçant que Mohammed était devenu subitement fou furieux et cassait tout dans le service. Eu égard à ma bonne relation avec lui, je me rendis dans le service où je le trouvai en train de casser consciencieusement avec un gourdin tout ce qui pouvait l'être. Le sol était jonché de verre, les soignants s'étaient retranchés dans la salle de soin, fort agités également. Assez

inquiète, je l'appelai doucement, lui demandant ce qui lui arrivait. Il était au bout du couloir et se retourna brusquement sans rien dire. M'avançant vers lui sans trop savoir ce que je devais faire (je craignais de prendre un coup de bâton...), il se précipita dans mes bras en pleurant et me raconta que l'aide-soignant l'avait dérangé pendant sa prière, et que lorsqu'il lui avait demandé de sortir, il l'avait envoyé promener. Je le ramenai sans encombre à sa chambre, tandis qu'il se préoccupait de me faire marcher entre les débris pour ne pas me blesser. Après enquête, il s'est avéré que l'aide-soignant avait répondu de façon très agressive, voire provocatrice, à la demande de Mohammed, ce qui avait déclenché la crise.

Il n'est pas rare que nos malades soient à l'origine de certains débordements, par ignorance ou par manque d'attention à ces signes qui préviennent d'une fragilité de l'équilibre de la raison. Le découpage des fonctions soignantes en milieu hospitalier général ne fait qu'ajouter à cette carence qui voit les « psy » (chiatres ou chologues) appelés (durant les heures ouvrables) afin de contenir des problèmes auxquels, faute d'être informés, les soignants ne savent pas répondre. Cette utilisation des « psy » comme « pompiers » décharge alors les soignants de leur rôle d'accompagnant et les prive du même coup de toute chance de découvrir ces ressources de la parole et de l'écoute afin d'essayer d'éviter le débordement qui mettra le patient hors de portée. La compétence des « psy » pourrait être autrement employée dans ce contexte où manque cruellement une formation continue de qualité. Mais pour cela, il faudrait que nous nous rappelions que le corps sans l'esprit n'est rien et que le fonctionnement du tout est soumis à la reconnaissance de cette indissociabilité.

Petit glossaire de psychiatrie générale

Olivier Boitard

Médecin psychiatre.

1. **Appuyer** : Presser jusqu'à faire mal.
Ex. : « Mission d'appui en santé mentale ».
2. **Asile** : Se délocalise progressivement de l'hôpital psychiatrique vers les CHR, les prisons, divers foyers et maisons de retraite, d'où l'expression : « Où vas-tu l'Asile, je vais à la ville, »
3. **Bricolage** : Mode de travail en psychiatrie. Avec de l'expérience, peut se transformer en artisanat.
4. **Consensus** : Concept « inventé pour que les imbéciles se sentent moins seuls » (H. Abweiler).
5. **Décoder** : Comme coder, peu intéressant en psychiatrie.
6. **Déconner** : Droit essentiel en psychiatrie.
7. **Déségrégation** : Permet de retrouver sa place.
8. **Expert** : Les non-dupes errent, les dupes exp...erts.
9. **Intersecteur** : Equipe de professionnels faisant profiter les secteurs de leur technicité. En voie de disparition (cf. pédopsychiatrie).
10. **Mensonge** : 50% des médecins des Etats-Unis se disent prêts à mentir pour que leurs patients soient correctement soignés et remboursés par les assurances.
11. **Mort** : Pour l'assurance maladie, permet une réduction des coûts (dans le cadre de la maîtrise comptable ou de la maîtrise médicalisée selon les auteurs).
12. **Pédopsychiatrie** : Sous-spécialité qui, historiquement, fut la première étape du démantèlement des secteurs de psychiatrie (cf. Intersecteur).
13. **PMSI** : Psychiatrie Mission Statistiquement Impossible (Traduction littérale). Mais impossible n'est pas ministériel !
14. **Prévention** : Pour Emile Durkheim, la meilleure prévention du suicide, c'est la guerre.
15. **Psychothérapie** : Espace de rencontre pour le sujet. Peut parfois aider ce dernier à changer de position subjective.
16. **Placement** : Imposer une place.
17. **Public** : Ensemble des sujets. Quel que soit leur mode d'exercice, les psychiatres sont au service du public.
18. **Réadaptation** : Retrouver une place (voir déségrégation).
19. **Réhabilitation** : Remise en état, rénovation, concerne surtout la façade.
20. **Réinsertion** : Retrouver la place perdue (pour autant qu'il en ait existé une !)
21. **Réseau** : (Délire en). S'oppose au délire en secteur.
22. **Résistance** : Rassemblement pour lutter contre l'ignoble. A aussi élaboré un programme de refondation politique.
23. **Secret** : Exposé sur la place publique. Ex. : Secret de l'instruction, secret médical, secret de polichinelle.
24. **Secteur** : (Délire en). S'oppose au délire en réseau.
25. **Traçabilité** : Mode de prise en charge du patient, facilitée par l'informatique. Implique la Prédictivité.



Desserrer les nœuds

C'est ainsi que récemment, je reçois du courrier d'un phoniatre avec, mentionné en gros, « copie ». J'aurais pu ne pas être mise au courant tout de suite du problème de cet enfant de cinq ans, suivi par une orthophoniste qui, un peu débordée par les troubles de langage d'Aurélien, a demandé l'avis de ce phoniatre. Il parle de dysphasie chez Aurélien, c'est-à-dire de troubles de la construction des phrases. Il conclut en conseillant que l'enfant soit pris en charge par un pédopsychiatre.

Par hasard (?), je vois la maman avec la petite sœur, le jour même où je reçois cette lettre et je lui en parle. Elle est un peu affolée de ce diagnostic au terme compliqué et me raconte la consultation chez le phoniatre, l'insistance de ce dernier pour trouver un événement perturbateur quand Aurélien avait deux ou trois ans. Ma tête ne fait qu'un tour. Je refais l'inventaire des quatre naissances dans la famille. Aurélien avait bien trois ans quand Guillaume est né. Et ce 5 août 1998, je m'en souviens particulièrement.

À 9 heures ce matin-là, j'avais été appelée pour le cousin germain du père d'Aurélien ; il s'était pendu. J'avais passé un long moment à faire les constatations « d'usage » puis à voir la famille et à 11 heures, de retour à la consultation, Thérèse m'avait appelée pour m'annoncer la naissance de Guillaume ; bien sûr, je n'avais parlé de rien. Elle avait été mise au courant par son mari, doucement, dans les heures qui avaient suivi.

Thérèse prend la violence de mes propos en pleine figure, violence non pas dans mes dires car je n'ai dit que naissance de Guillaume... 5 août... cousin... mais dans les faits. Ça lui paraissait limpide tout à coup et on a évoqué ensemble pourquoi elle n'avait pas fait le rapprochement. Elle s'était protégée de cet événement dramatique, mise en retrait pour protéger son petit, son allaitement, elle-même et elle avait bien fait, évidemment ! Mais maintenant, ça ressortait...

Quelques jours plus tard, l'orthophoniste m'a appelée, consternée de ne pas connaître cette histoire que Thérèse venait de lui raconter, en amenant Aurélien à sa séance. Et elle me dit qu'Aurélien lui avait envoyé une boutade parfaitement bien structurée pour lui dire qu'elle avait l'air déconcentrée !!

Alors, bien sûr, les problèmes ne sont pas résolus et il va sans doute falloir prendre en charge et la mère et le fils, mais j'ai l'impression d'avoir tiré sur la ficelle du nœud avant que celui-ci ne se resserre trop sur cet enfant qui parle de manière incohérente (incohérente comme cette fameuse journée du 5 août...). Le médecin de famille peut aider à tirer sur le fil de l'écheveau pour éviter que les nœuds ne se serrent de façon inextricable. Et un nœud serré sur un enfant qui grandit, ça fait des marques comme sur le tronc d'un arbre...

Hélène Girard-Stern

Médecin généraliste en milieu rural depuis plus de vingt ans, j'ai eu des familles de quatre générations ou des familles très larges en oncles et tantes, en cousins et cousines. Je les rencontre au supermarché et à la consultation. Je suis entre le normal et le pathologique ; le normal, c'est la vie courante, au fil du temps et des événements familiaux, mais le pathologique fait toujours le coin du bois et il faut rester vigilant pour repérer la limite.

Ces gens là...

Martine Devries : La « folie » dans le cabinet du médecin généraliste, c'est aussi l'écoulement du temps, la régularité, la répétition, l'ennui ; le médecin généraliste propose un cadre, un accueil bienveillant, une tolérance ; parfois, pour certains, à certaines périodes, c'est le seul contenant.

Médecin généraliste.

Il y a Rodolphe, qui pense être toxicomane et à qui je prescris tous les quinze jours son Subutex ; son psychiatre, lui, pense qu'il est schizophrène et lui prescrit chaque mois son Solian. Mais ce n'est pas incompatible, j'allais dire heureusement. Avec ça, et entre les deux, Rodolphe surnage : il a renoncé à des études universitaires après son bac, notamment parce qu'il fallait aller dans une autre ville, a fait quelques années de chômage, d'essais et d'erreurs et maintenant, il a un emploi-jeune dans son village, il s'occupe du terrain de foot et un peu des joueurs ; il est en train de passer son permis, il a des projets de formation... Il ne frappe plus sa mère, a encore de sérieux moments de cafard, qu'il surmonte sans trop prendre de produits.

Mauricette, elle vieillit, elle se néglige aussi ; elle vit seule maintenant, sa fille ne veut plus la voir, son frère est parti dans le Midi. Mauricette entend très souvent les voisins parler. D'elle. Par périodes, il y a un homme qui s'introduit dans

son appartement, en son absence. C'est terrifiant. Elle a mis très longtemps, plusieurs années, à accepter de prendre des neuroleptiques ; elle ne sait pas lire les notices, elle n'est pas « instruite », mais elle n'aimait pas ces médicaments, elle ne se sentait pas bien. Depuis qu'elle a été hospitalisée, et qu'elle a fait la connaissance du Dr. D., elle prend ses gouttes d'Haldol très bien. Je la vois toujours au moins une fois par mois à la consultation ; je ne sais pas comment lui dire sans la vexer qu'elle doit se laver les cheveux.

Belkacem, lui, est vraiment dangereux : c'est l'assistante sociale qui me l'a dit. C'est un homme de 54 ans qui ne rate pas une occasion de dire qu'il est harki ; il est extrêmement courtois et poli. Formel, même. Il tient à faire renouveler son traitement. Il a toujours une histoire à raconter : ses voisins, lui aussi ; ou bien sa nièce. Il s'est battu, ou il a téléphoné à la police, « mais vous savez bien, ils ne font rien ». Chaque fois, je l'accueille, je l'écoute un moment, il me rappelle ses médicaments, je fais l'ordonnance... Parfois, je me demande si je fais autre chose que le boulangier... (il n'a pas de concierge) Mais le psychiatre me téléphone pour prendre de ses nouvelles car Belkacem ne veut plus le voir.

Stranger in the night

Parfois, il nous arrive d'avoir peur de nous-mêmes, de notre impuissance et de ses conséquences face au désespoir de nos patients. Gérard est un jeune homme qui provoque en moi après chaque consultation un sentiment de désarroi.

La première fois que j'ai dû le soigner, il faisait une crise de délire aigu suite à une très grande déception amoureuse. Totalement désespéré et « fou de douleur », il s'était mis dans la peau de Frank Sinatra. Il refusait catégoriquement une hospitalisation, gardant un très mauvais souvenir d'un long séjour en pédopsychiatrie lors d'une précédente bouffée délirante pendant son adolescence. Après beaucoup de patience et de discussions, il a accepté, « pour me faire plaisir », un traitement par neuroleptique et une consultation chez un psychiatre. Peu à peu, son délire s'est estompé. Gérard a arrêté son traitement et n'a plus vu le psychiatre. Mais sa désespérance a persisté. Parallèlement, j'ai ressenti une impuissance à trouver les mots pour le convaincre qu'il lui fallait être aidé.

Il me répondait et me répond toujours que je ne peux rien faire pour lui, qu'il n'y a pas de solution ou plutôt qu'il n'y en a qu'une : le suicide.

Gérard est à la recherche d'un regard, d'un sourire, qui l'inviteraient à être heureux. « Stranger in the night » est son rêve, son refuge, d'autres diraient son délire. Grâce à la vénération qu'il

porte au chanteur, sa vie est supportable : s'identifier à un être que l'on admire aide à vivre. Mais quand la bulle éclate, qu'il retombe dans la réalité, il bascule dans un désespoir absolu. Sa mère m'en parle souvent, me fait part de son inquiétude et relate ces moments terribles où tout peut arriver. C'est difficile pour moi, soignante, d'être là, à regarder quelqu'un souffrir sans pouvoir le soulager. Bien sûr, je sais que je lui offre un espace d'écoute, un accueil, une compassion. Nous avons établi une relation de confiance, de respect et même de complicité, mais je me sens incapable d'éviter le drame s'il devait se produire. Il ne viendra pas pour réclamer de l'aide. Gérard ne me demande rien, je le vis mal, j'ai un sentiment de culpabilité et de désarroi (qu'il est loin le médecin, stéthoscope autour du cou, sûr de son aura !).

Le délire est un refuge, un moyen de survie, de défense quand la vie devient insupportable. Le « casser » par un traitement n'est pas toujours la meilleure solution et peut être vécu comme une agression supplémentaire. Gérard vit, travaille grâce à la superposition de son identité avec celle de Frank Sinatra.

Je souhaite pour lui que la beauté des chansons de ce grand chanteur le porte le plus longtemps possible jusqu'au jour où, étranger dans la nuit, il échangera des regards, des sourires, avec le bonheur de vivre, avec l'amour.

Dominique Tavié

Médecin généraliste.

Marabout et bouts de ficelle

Elisabeth Lapeyrade

Médecin généraliste.

Appelée en urgence dans cette famille kabyle pour une jeune fille de dix-huit ans, je diagnostique rapidement une bouffée délirante. Autour d'elle, recroquevillée sur le canapé, la peur est palpable chez toutes : la mère, les voisines, les sœurs. J'envoie chercher Hadol et Théralène. Je questionne sur le contexte d'apparition du délire, son contenu. Tout devrait pouvoir se résoudre comme dans mon cours de psychiatrie par un placement sur demande d'un tiers. Mais sa mère et ses deux frères s'y opposent, son père est en déplacement, les choses vont vite se compliquer. Ne parvenant à convaincre personne, je n'ai d'autre choix qu'une prise en charge à domicile. La délivrance d'un traitement, la promesse de revenir le lendemain calmement un peu la tension familiale. La jeune fille s'est endormie. Un confrère psychiatre me conseille la posologie du neuroleptique et de garder mes distances dans ce contexte maghrébin. Il ne se déplacera pas au domicile, mais se dit prêt à recevoir les parents. Je me sens moins seule face à ma décision.

A son retour, le père refuse aussi le placement et pendant un mois, je vais deux fois par jour délivrer le traitement, traiter l'anxiété, soutenir la famille, entendre les questions et dire que je n'ai pas toutes les réponses. Suis-je médecin de famille, infirmière psychiatrique, psychologue ? Au mur de la salle à manger, l'ordonnance côtoie la liste des noms de Dieu. Après chaque prise de médicament, la mère fait respirer à sa fille des fumées d'herbes africaines et les prières scandent les jour-

nées... Je n'ai jamais croisé le marabout dans ses visites quotidiennes. Chacun son travail... N'ayant pu garder la neutralité conseillée, je suis dans une proximité qui me rend perplexe sur « la juste distance à tenir avec le patient psychiatrique et sa famille ». La jeune fille ne délire plus et s'inquiète de son bac scientifique qui approche... Le relais avec le psychiatre ne s'est pas fait. Une première consultation au CMP restera sans suite. Le recours à l'ethnopsychiatrie serait pertinent et l'université du département accueille une célèbre équipe. Mais le coût de la prise en charge (3 500 F par intervention) est dissuasif. Toute tentative pour passer la main aux spécialistes échoue, je me sens bien seule. Je sais que je ne suis pas dans un rôle classique de généraliste, mais je me sens liée par un pacte de non-abandon. J'allège le traitement, la jeune fille se sent mieux. J'organise avec le médecin scolaire sa reprise progressive du lycée. Le départ précipité des parents à La Mecque, sans doute sur les conseils du marabout, permet de desserrer les liens de dépendance. Un psychiatre recommandé par une amie est qualifié de « bon médecin » après une première consultation. Le relais est enfin passé.

Avec le recul, je m'aperçois que, patiemment, j'ai « bricolé » des réponses aux symptômes, accepté que le recours au religieux participe à la guérison, dans la plus grande tolérance.

J'ai repris mon rôle de médecin de famille... Ai-je jamais quitté cette place ?

Des alliés en cas de dérapage

Il m'est déjà arrivé plusieurs fois de me heurter à un refus catégorique de familles migrantes de faire hospitaliser un des leurs en psychiatrie. Leur tolérance à la folie ou au délire semble plus importante, en ont-ils plus l'habitude, ou acceptent-ils mieux la différence ? En tout cas, certaines familles sont capables d'une grande patience et d'une prise en charge de qualité. Il n'y a pas de rejet, il y a de l'écoute, de la compréhension de la souffrance de l'autre. Ces familles ont parfois recours à d'autres modes de prises en charge, marabout... ou autres. Mais leur attitude vis-à-vis du délire de l'autre force le respect.

Elles deviennent de précieux alliés dans la prise en charge de patients qui dérapent.

La disponibilité des psychiatres de mon secteur m'a aussi permis une attitude moins interventionniste. Une psychiatre du secteur m'a proposé un jour de venir en visite avec moi voir un patient qui délirait. Même si la famille avait annulé le rendez-vous qui avait été pris, j'avais continué à voir mon patient, seule, deux fois par semaine, en restant en contact avec ma consœur psychiatre. Pouvoir la joindre et parler de cette histoire me rassurait, je savais aussi qu'en cas de nécessité, quelqu'un pourrait prendre le relais. La proposition de m'accompagner en visite, l'attention portée à mes questions, et leur façon d'être présents en cas de dérapage, me permet de « bricoler » l'esprit plus tranquille.

Catherine Jung

Médecin généraliste.

La folie ailleurs

Entretien avec
Geneviève Busson

Chercheur
en anthropologie.

Pratiques : Comment conçoit-on la folie ailleurs ?

Geneviève Busson : La comparaison est délicate. En effet, la majorité des sociétés non occidentales n'ont pas le même « découpage » de la réalité que nous. Beaucoup de cultures ne séparent pas radicalement troubles mentaux et troubles physiologiques dans leurs étiologies ; par ailleurs, la conception de l'individu étant très différente, on analysera des troubles touchant une personne en les reliant plutôt à une dimension sociale que comme la preuve du dysfonctionnement psychique de cet individu en particulier.

Une chose est certaine : on n'est fou que par rapport aux normes culturelles, aux comportements prescrits dans une société donnée. La frontière entre le normal et le pathologique est une définition culturelle, historique. Par exemple, le comportement d'un ascète hindou couvert de cendres, d'une maigreur extrême, ne mendiant pas, objet de la vénération des passants, transposé au coin d'une rue parisienne, n'aura pas la même signification, ni le même accueil des spectateurs... Des comportements d'extase religieuse, tels ceux de Sainte-Thérèse de Lisieux, tout à fait acceptés au siècle dernier, seraient sans doute perçus aujourd'hui comme une bouffée délirante...

La folie est une rencontre entre la structure psychique d'un individu, sa plus ou moins grande fragilité, les normes culturelles dans lesquelles il évolue et les situations qu'il est amené à vivre. Sans aller jusqu'à parler de sociétés pathogènes (bien que cela

existe), on peut penser que certains environnements culturels sont plus fragilisants que d'autres, et qu'il y a des sortes de « plages pathologiques », liées à la logique de chaque culture, où la décompensation psychique des individus va s'exprimer.

On parle souvent du fait que nos sociétés, en isolant davantage l'individu, prédisposent à l'émergence de troubles mentaux du type schizophrénie ou dépression grave. À l'inverse, si le poids des liens communautaires est réputé protéger les individus, les rendre plus solides, il peut aussi causer d'autres types de troubles mentaux, de par la coercition très forte du groupe qui s'exerce sur les choix et les comportements individuels. Ainsi, de nombreux témoignages attestent de la plus grande fréquence de fonctionnements psychiques paranoïaques dans des sociétés où la sorcellerie est le modèle majeur d'explication du malheur touchant un individu.

D'une manière générale, l'ethnopsychiatrie¹ a mis en évidence à la fois la fréquence plus ou moins élevée de certains types de troubles mentaux dans des sociétés particulières, voire des manifestations très spécifiques à certaines cultures (*culture bound syndroms*²), mais en même temps, s'accorde à trouver un socle commun aux maladies mentales et au fonctionnement du psychisme humain, quelles que soient les cultures.

Comment pose-t-on un diagnostic de folie dans le cadre d'une société « traditionnelle » ?

D'une part, les troubles mentaux sont très souvent intégrés dans une conception plus large du

« malheur », un ensemble d'atteintes affectant un individu, comprenant souvent aussi des troubles plus physiologiques et des événements déplaisants (mort du bétail, accidents divers...). D'autre part, la thérapeutique de la folie n'est pas, non plus, séparée du reste du social, mais s'inscrit dans la continuité d'une sphère - thérapeutique en général, religieuse, juridique, etc.

Le diagnostic, en règle générale, s'intéresse davantage aux causes éventuelles du trouble qu'aux symptômes à proprement parler, (même si ceux-ci sont effectivement traités au moyen de plantes ou autres), et met l'accent sur les origines exogènes du malaise (sorcellerie, intervention d'un esprit, rupture d'un tabou par un malade ou l'un de ses proches), sur l'aspect social et symbolique du trouble. La causalité surnaturelle, souvent invoquée, a le mérite de fournir un cadre compréhensible par tous, de donner une signification moins culpabilisante pour le malade, d'obtenir un réel « mieux-être », mais a l'inconvénient d'occulter complètement le conflit intrapsychique qui se trouve sans doute à l'origine de la crise. L'intervention thérapeutique vise souvent davantage la restauration des liens sociaux et du bon fonctionnement du groupe que la guérison définitive de l'individu.

Pensez-vous que la folie soit mieux tolérée ailleurs ?

Tout dépend des sociétés et du type de troubles. De nombreux ethnologues attestent que dans certaines cultures, il y a effectivement davantage de tolérance. L'enfermement physique du fou, l'institution asilaire sont des traitements très particuliers à nos sociétés. Néanmoins, les désordres comportementaux dus à des troubles mentaux provoquent, comme ailleurs, des conduites d'évitement et de mise à l'écart par le groupe. Parfois, on continuera quand même à assurer la subsistance matérielle de l'individu, parfois, dans le cas d'envoûtement, on aboutira à l'isolement total de la personne, qui se laissera mourir. Cette dernière peut être exclue de toute une partie de l'activité sociale (production, rites...), isolée par certains membres de sa famille (répudiation pour une femme).

Le fait que son comportement soit mieux toléré et considéré comme une fatalité a aussi un effet pervers : aucune tentative de traitement ou d'amélioration de son état ne sera recherchée.

L'évolution actuelle des sociétés « traditionnelles », les phénomènes migratoires viennent aussi bouleverser ce schéma général : les recours aux hôpi-

taux psychiatriques à l'occidentale se généralisent, de nouvelles sortes de troubles et de réponses thérapeutiques s'appuyant sur la tradition émergent.

Ce que le détour par d'autres sociétés peut essentiellement nous apprendre, c'est surtout à relativiser nos propres modèles, et nous permettre de réfléchir différemment. Et s'il ne peut, en aucun cas, être question de transposer des solutions qui sont étroitement dépendantes de l'environnement social où elles sont mises en pratique, la démarche comparative vient appuyer nombre des conclusions partielles auxquelles ont abouti les thérapeutes de la folie en Occident : l'importance capitale de liens sociaux et affectifs entre le patient et le thérapeute, entre le patient et son entourage, et le rôle fondamental du symbolique dans toute tentative de cure d'un trouble psychique.

Propos recueillis par Elisabeth Maurel Arrighi

1. Ainsi que toutes les disciplines avoisinantes, mêlant étude du psychisme et démarche anthropologique.

2. Un exemple rendu célèbre par la littérature (Stefan Zweig) : le coureur d'amok en Malaisie (sorte de crise de folie meurtrière survenant de manière imprévisible, atteignant exclusivement des hommes, et suivie de l'oubli total de l'épisode). Chez nous, on peut peut-être considérer l'anorexie mentale chez les jeunes adolescentes comme un syndrome de ce type.

3. Les bouffées délirantes, qui chez nous ont tendance à se chroniciser et à évoluer vers la schizophrénie, semblent être plus fréquentes dans les sociétés africaines mais se résoudre d'une manière relativement rapide et définitive par une explication et un traitement basés sur l'idée d'une intervention surnaturelle (cf. Laplantine, 1988).

BIBLIOGRAPHIE

- Broustra, Jean, « Présentation d'un guérisseur de la folie au Niger », *Actualités Psychiatriques* n°5, 1972 (pp.33-37).
- Laplantine, François, *L'ethnopsychiatrie*, PUF, Coll. Que sais-je, Paris, 1988.
- Lévi-Strauss, Claude, *Anthropologie structurale*, Mon. Paris, 1969.
- Jaccard, Roland, « La Folie ailleurs », *Psychologie* vol.78, n°105 (pp.1-13).
- De Sardan, Olivier, « Possession, affliction et folie : les ruses de la thérapisation », *L'Homme*, T31, juil-sept 94, pp. 7-27.
- Severi, Carlo, « Le chemin des métamorphoses », *Res* 3, printemps 1982 (pp. 33-67).

Mais aussi les œuvres de Georges Devereux, Roger Bastide, Tobie Nathan, et les revues *Sciences Sociales et Santé* et *Nouvelle Revue d'ethnopsychiatrie*.



La grossesse, une situation à risque

Elisabeth Hervy

Gynécologue.

Au regard de l'Humanité, la grossesse est d'une grande banalité. Pourtant, elle est dans la vie de chacune – et sans doute ce chacun – une période d'une grande intensité dans le vécu physique, psychique et émotionnel. Elle est à la croisée des chemins de l'histoire personnelle, sociale, professionnelle, de la relation à la mère et de la vie du couple.

Dans notre accompagnement, nous nous confrontons sans cesse à ce double niveau du bon développement foetal chez une mère qui s'adapte normalement à la grossesse et de ce que met en jeu un tel événement. Il se profile des éléments essentiels bien avant la conception, dans le projet lui-même, avec la capacité ou l'incapacité (ou la peur de l'incapacité) de passer du désir à la réalisation du projet d'enfant.

Toute aventure est une inquiétude : la génération actuelle, habituée à la Technique, lui demande de la rassurer et de lui assurer l'enfant parfait au moment choisi. Il n'est pas question de désécuriser ces femmes, mais une écoute attentive et des informations précises leur permettront de reprendre contact avec leur humanité. Il ne faut lever aucun verrou de sécurité, mais il ne faut pas non plus rentrer dans le jeu de la pression grandissante en multipliant des gestes inutiles et anxiogènes.

On ne peut banaliser l'inquiétude de la future mère : il y a toujours dans la Vie l'image de la mort, là plus que partout ailleurs. Et quand l'inquiétude devient une angoisse, il y a toujours un conflit de structuration, un vieux « fantôme » qui s'agite dans l'inconscient : on peut même craindre un passage en

psychose puerpérale. Et c'est là que le recours aux psychiatres-psychologues est utile, avant l'accouchement : il faut être vigilant.

Dans notre pratique, jusqu'où peut-on aller dans l'accompagnement global ? Pas très loin quand on est seule et qu'il y a de réelles difficultés psychologiques. Il est vain de stimuler des patientes dont la stérilité est parfois le seul moyen d'exprimer la douleur d'une histoire compliquée. Ce n'est qu'après avoir compris ce mécanisme avec le « psy » qu'elles pourront reprendre avec nous la démarche qui donnera forme à leur désir d'enfant. De même, lors d'antécédents obstétricaux lourds ou même de grossesses « normales », il est parfois important que la patiente ait un lieu différent où évacuer son angoisse de mort. Avec une aide extérieure, elle peut prendre peu à peu possession de sa grossesse : l'enfant devient possible.

Pas d'ambiguïté : loin de moi l'idée que nous devrions nous « débarrasser » de tout ce qui pose problème ou nous renvoie à notre propre angoisse. Mais nous ne pouvons pas toujours être à la fois le clinicien objectif efficace et « l'oreille » où se déverse la douleur, d'où l'importance des réseaux de confiance entre intervenants pour prévenir les décompensations ultérieures.

La maternité reste un moment particulier dans la maturation de l'individu. Tout a sens : des vomissements incoercibles à la dépression du post-partum. Il s'y noue et s'y dénouent bien des mystères. Restons attentifs.

Un hôpital de jour ouvert sur la ville

L'hôpital de jour pour adultes du secteur de Vénissieux-Saint-Fons propose aux patients psychotiques, ou manifestant des troubles de la personnalité, un soin psychique qui se réfère à la fois à la psychanalyse des groupes et à une idée du soin institutionnel organisé et pensé.

Les critères et modalités d'admission dans cette structure illustrent la démarche de l'équipe. Le but n'est pas d'« occuper » le patient. Le critère d'admission le plus important ? Pouvoir projeter une possibilité de changement pour un patient, possibilité qu'il serait capable d'envisager au moment de son admission ou après un travail sur sa demande. Amorcé lors des entretiens d'admission avec le patient, ce travail se poursuit pendant les premières semaines de son séjour.



On ne peut pas demander à ces patients gravement atteints d'avoir l'initiative d'un projet. Il suffit que quelqu'un en ait un pour eux et que ce projet soit soutenu, d'abord par la personne qui adresse le patient (médecin, membre d'une équipe de secteur, travailleur social), puis par le co-thérapeute. Ce dernier assure le rôle de « tiers » dans la relation que le patient aura avec l'équipe de l'hôpital de jour pendant tout son séjour.

Les modalités pratiques sont simples : le patient doit prendre rendez-vous lui-même et il doit être adressé avec un courrier. La préparation de l'entrée peut demander un peu plus de temps ; il peut être nécessaire qu'elle soit travaillée lors de plusieurs rendez-vous à l'hôpital de jour et/ou auprès de la personne qui a adressé le patient.

L'hôpital de jour s'inscrit dans une démarche de psychothérapie institutionnelle. Les patients prennent leurs repas avec les soignants, participent à des activités de soin au travers de différentes pratiques artistiques : théâtre, cinéma, peinture, danse, marionnettes, etc.

Des synthèses sont organisées pendant le soin, avec l'accord du patient. Elles ont à la fois pour but de repositionner le projet commun et de fonder des liens entre les différents intervenants sur ce qui a pu être projeté ou déposé en eux par le patient.

Alain Devaux

Psychiatre responsable de l'hôpital de jour.

A Vénissieux, dans la banlieue de Lyon, Jean-Pierre Vignat, chef d'un service psychiatrique, a su rassembler autour d'un projet toute une équipe de professionnels volontaires, psychiatres, psychologues et infirmiers, pour offrir à la population de son secteur géographique un dispositif de soins large, comprenant un service dans l'hôpital ainsi que différents lieux de soins hors hôpital (centre médico-psychologique, centre de thérapie brève, CATTP, groupe de soutien en direction des familles, groupe de géronto-psychiatrie, service d'accueil d'urgence, hôpital de jour). Ces activités sont toutes soutenues par un projet de soin commun et cotiques pour être au service des personnes, patients ou professionnels du secteur.

Une marionnette qui s'anime

Abiba Mouissat

*Psychologue
à l'hôpital de jour.*

Le groupe marionnette a fonctionné pendant cinq ans. Il se compose de sept à huit patients, d'un marionnettiste, d'un infirmier et d'un psychologue. Il est hebdomadaire. Il s'ouvre à tous en début d'année, sur deux ou trois séances de présentation : le marionnettiste parle de l'histoire des marionnettes, de leur fabrication, des matériaux utilisés. Nous, les soignants, parlons du cadre de ce groupe pour lequel un engagement sur l'année est demandé. Cet engagement permet qu'un groupe puisse se construire avec sa dynamique, que les absences soient évoquées et parfois reprises dans les jeux comme une difficulté en lien avec les séances de jeux précédentes.

Un cahier, « le groupe marionnette », est tenu par les participants. Y sont relatées les séances et leur déroulement, le temps de fabrication de la marionnette et le temps du jeu. C'est « notre trame d'histoire ».

La marionnette est fabriquée de manière artisanale et est porteuse d'éléments personnels, tout d'abord inconscients. Puis la marionnette est nommée. Lors de cette première étape, les patients mettent des mots sur leurs inquiétudes, leurs étonnements, leurs réticences à assembler pour fabriquer cet objet. Donner un nom, c'est un temps de naissance en lien avec des éléments identificatoires du patient. La

deuxième étape, le jeu, en appelle à la parole dans une mise en scène de cet autre, en mouvement, en identification avec soi-même, où chacun repère des similitudes avec lui, qu'il accepte ou pas. Des questions plus personnelles sont alors travaillées – la séparation, l'agressivité, le changement – et ceci dans l'histoire de la marionnette : son prénom, sa naissance, sa famille.

Ce médiateur est le reflet de l'image du corps – représentation inconsciente du corps où une parole du sujet s'anime. Cette médiation articule le corps à la parole du patient.

La présence des soignants participant au jeu va favoriser la mise en mots qui ouvrira la voie, l'accès, à la symbolisation – processus en souffrance chez le patient psychotique. Les protagonistes du groupe découvrent un mode différent de relation les uns avec les autres, moins dans la projection et plus dans la reconnaissance de soi et de l'autre.

Le groupe fait l'objet d'un travail de reprise sous une double forme : d'abord dans l'immédiateté (temps d'élaboration d'une demi-heure après chaque séance entre les soignants et le marionnettiste), puis, lors de séances de supervision spécifiques à cette activité, auprès d'un psychanalyste extérieur à l'institution.

La force du lien

Pratiques : La différence entre psychose et névrose est-elle un concept qui peut être utile à nous, soignants ou entourage de gens qui vont mal ?

Radmila Zygouris : C'est une différence que l'on fait classiquement, depuis Freud et qui s'est parfois avérée néfaste et réductrice – je suis psychanalyste, et non pas psychiatre – mais les choses ont évolué. La question des structures a permis d'éclaircir certaines choses, mais le structuralisme en psychanalyse a aussi porté un grand préjudice au développement de la psychanalyse en France. Car cela ne fait que décrire. Quand on a mis un patient dans une case, une fois qu'il n'est pas hystérique, ni phobique, ni obsessionnel, restent la paranoïa ou la schizophrénie. Comme il faut bien être quelque chose, on catalogue. Or, dans une thérapie, on voit surtout quel type de relation s'instaure, quel type de demande on construit et à partir de là, les choses peuvent changer.

Pour revenir à la différence entre psychose et névrose, elle existe. Ne délire pas qui veut. Il existe des gens qui ont eu des catastrophes dans leur vie, qui ont des familles pathogènes, qui ont été abandonnés à la naissance, ça ne donne pas toujours des gens « fous », ça donne des gens blessés.

La façon dont on va soigner les gens va aussi transformer les symptômes.

Certains analystes ont des références théoriques et une pratique qui ne les autorise pas à prendre en compte la régression et ne laissent pas de place aux angoisses archaïques dès lors que l'analysant ne décompense pas ouvertement. Ils s'arrêtent à l'analyse œdipienne. Parfois, des failles s'ouvrent après une analyse très classique où ont été méconnus des problèmes d'une toute autre nature, mais qui ne cadreraient pas avec la théorie autorisée. Ces patients vont alors voir d'autres analystes, moins classiques.

A l'inverse, la société actuelle « pathologise » les malheurs ordinaires et cela peut aggraver à la longue les choses. Le deuil n'est plus toléré. Or, le deuil demande du temps. Les gens se sentent coupables d'aller mal, là où ils devraient avoir le droit d'aller mal, ils sont incités à aller voir un psychiatre qui va leur prescrire des antidépresseurs. Est-ce la faute aux neurosciences ou à la société ? Cette personne qui a pris des antidépresseurs pendant un ou deux ans aura évité d'incommoder son entourage par sa tristesse et son improductivité, mais elle n'aura pas fait son deuil, elle l'aura refoulé, enkysté. Ce refoulement peut, plus tard, à l'occasion d'un événement mineur, réactiver des blessures plus anciennes et ensuite, ça ne va plus du tout.

**Entretien avec
Radmila Zygouris.**

Radmila Zygouris, psychanalyste, est membre fondateur de la Fédération des Ateliers de Psychanalyse regroupant des analystes pour qui la liberté de parole et l'engagement auprès des analysants est une question centrale. Elle anime, cette année, dans le cadre de la Fédération, un séminaire intitulé « Le plaisir dans la psychanalyse ».

Fédération des ateliers de psychanalyse
45, rue Sedaine,
75017 Paris
Tél. et fax :
01 48 06 24 99



Les limites de la névrose et de la psychose deviennent de plus en plus floues, à cause du traitement de symptômes qui pourraient être traités autrement que par une médicalisation.

Comment vous situez-vous dans l'affrontement théorique sur les causes biologiques ou psychiques des psychoses ?

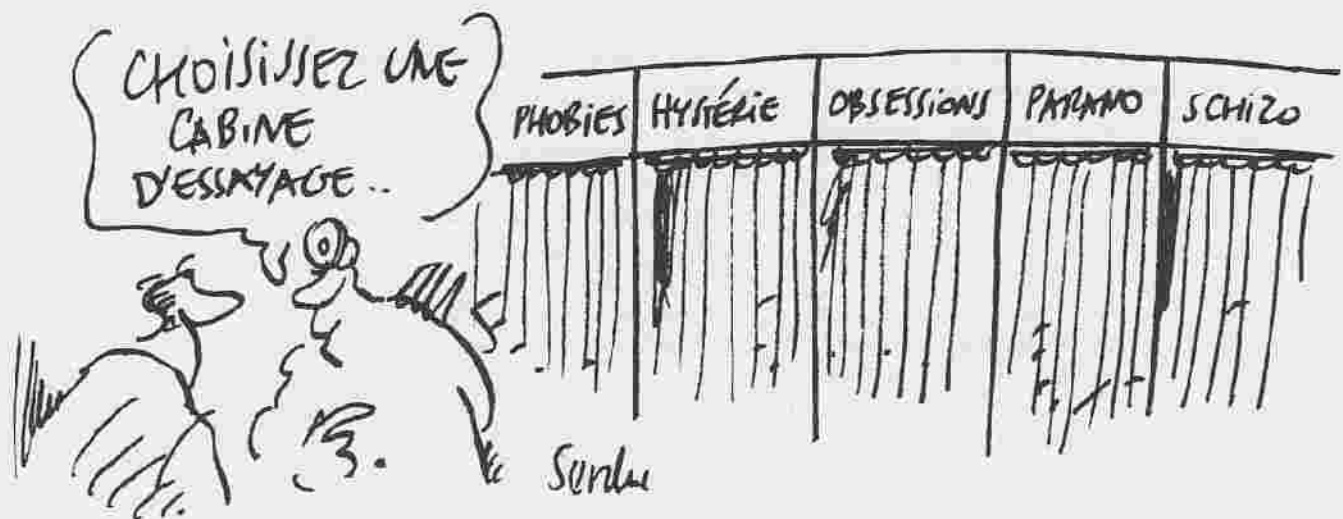
Ça ne me choque pas de penser qu'il existe différentes formes de psychoses et qu'il peut exister des troubles biologiques à la base comme, par exemple, dans l'autisme. Pour l'instant, nous ne le savons pas. Habituellement, on dit : ou bien c'est biologique, ou bien c'est psychique. Au contraire, la psychanalyse tire sa spécificité de ne pas faire cette coupure entre le soma et la psyché. C'est une interdépendance fondamentale.

Les chercheurs en neurosciences ne sont pas tous des imbéciles. Les meilleurs d'entre eux connaissent la psychanalyse, en tiennent compte, et sont parfois très demandeurs vis-à-vis des analystes, à condition que ces derniers abandonnent leur jargon et leurs certitudes. Il y a la recherche fondamentale et l'application qui en est faite. Ce que certains psychiatres en font pour leur commodité et par paresse intellectuelle peut s'avérer absolument catastrophique.

À supposer même qu'il y ait une causalité biologique dans certains cas, on peut constater la différence pour des enfants autistes, par exemple, selon qu'ils ont été traités ou non. Un enfant autiste suivi par un analyste qui prend réellement l'affaire à bras le corps pendant des années sera très différent d'un enfant qui n'aura pas été suivi. Le premier peut devenir un enfant apte à vivre, même s'il garde des difficultés, et le deuxième ne sera pas humanisé, il sera comme un petit animal. Ça fait une sacrée différence. Dire « c'est psychique, c'est physique », c'est entériner une opposition qui n'existe pas. Les émotions, par exemple, modifient le fonctionnement de l'organisme. À l'inverse, certains troubles, certaines malformations, certaines carences s'expriment aussi au plan des conduites psychiques. Cela relève des anciennes dichotomies entre le corps et l'âme qui ont leur origine dans la religion.

Pour vous, la psychose entre-t-elle dans le champ de la psychanalyse ?

Oui, mais il y a des manières très différentes d'envisager le traitement, et des techniques très différentes. Il y a des analyses très intenses qui ont été faites avec des psychotiques par de



grands psychanalystes, peu suivis en France. Je pense à Harold Searles et à Gaetano Benedetti (*) et les gens qui travaillent comme eux. Ils ont réussi à sortir d'affaire des patients qui allaient très mal, en les voyant régulièrement, très souvent, très longuement, et en s'impliquant énormément. C'est très coûteux et ce n'est pas possible avec tout le monde. Mais si un analyste a pu faire cela, ne fût-ce qu'une ou deux fois dans sa vie, il saura que c'est possible : un transfert de savoir se constitue alors qui en fait bénéficier les autres patients.

Ces analystes se sont laissés conduire par leurs patients, ils se sont laissés pousser jusqu'au bord de leur « im-pouvoir » ; en fait, ils se mettent dans les mêmes conditions où était Freud, face à ces névrosés lorsqu'il se laissait guider par eux.

Si un analyste est enfermé dans son corps de savoir, s'il a des certitudes théoriques, alors, implicitement, il va demander au patient de s'adapter à son cadre et à ses vues, ceux qui arrivent à s'adapter à ce cadre seront considérés comme analysables, ceux qui ne rentrent pas dans le cadre seront considérés comme ne relevant pas de la psychanalyse.

En revanche, si l'analyste s'adapte aux besoins du patient, rentre dans son monde, ce qui demande une disponibilité de tous les instants, alors on peut trouver des voies nouvelles pour traiter analytiquement ces patients « rétifs ». Tout le monde n'a pas cette capacité. Le plus grand ennemi de l'analyse des patients très atteints, ce sont les institutions psychanalytiques elles-mêmes, pour qui une théorie psychanalytique ne peut pas être remise en question. Or, quand on fait l'analyse d'un psychotique, tout est remis en question. Il n'y a pas d'autre fondement que ce qui se passe dans la relation même.

Bien sûr, il reste quelques concepts de la théorie psychanalytique qui tiennent la route : le transfert, l'inconscient, les pulsions, la répétition. Mais il faudrait ajouter d'autres notions comme celles du contact et du lien, par exemple. La plupart des théories analytiques

sont fondées sur la relation d'objet, et les analystes ont peu développé la notion du lien, de l'empathie et du contact. Ce sont des choses que tout le monde peut comprendre, et qui sont en même temps complexes.

Par exemple, au niveau du transfert, il existe des névroses où, tout d'un coup, le transfert devient « psychotique ». Ce n'est pas que le patient soit psychotique, mais c'est le niveau de communication qui devient psychotique : l'analyste est amené à éprouver des choses inconnues, et l'analysant à deviner des choses personnelles de l'analyste. Cela se joue à un niveau infraverbal et verbal. Françoise Davoine (*), Harold Searles, Gaetano Benedetti décrivent cela assez bien.

Il ne suffit pas d'être gentil. Il s'agit d'une implication très particulière dont les psychotiques ont besoin. L'analyste fait l'expérience où toutes sortes de pensées lui viennent en présence d'un psychotique. Il a à les analyser. L'analyse de l'analyste est fondamentale : il s'agit de mettre au service du patient ses capacités d'élaborer, de penser, de fantasmer, de rêver. Quelque chose se passe chez l'analyste, dans son inconscient, qu'il doit pouvoir accueillir sans s'en défendre. Et ça, c'est une question de technique analytique. Si l'analyste refoule, ou chasse ces pensées comme du pur « parasitage », il ne saura pas les utiliser comme matériel d'analyse. Mais si on est à l'écoute de ce qui se passe dans sa propre fantasmagorie, alors on peut le mettre dans le pot commun ou la boîte à outils. Fondamentalement, ça ouvre une porte. A condition d'avoir accès à une théorie qui l'y autorise et des collègues avec lesquels il peut en parler en toute liberté.

Il fut un temps où lorsqu'un analyste rêvait d'un patient, ce n'était pas bien, cela voulait dire qu'il s'était laissé déborder, qu'il ne tenait pas bien la bride de son contre-transfert ! Au contraire, Benedetti dit que le rêve est un outil de travail, que l'analyste rêve parfois pour le patient, et que c'est signe qu'on est en lien avec lui. On conçoit que beaucoup d'analystes aient envie de se défendre contre une telle implication.





Que faire devant quelqu'un qui se met à délirer ?

Ca peut être important de ne pas le priver immédiatement de son délire, d'essayer de l'entendre, à condition que le délire ne devienne pas dangereux pour lui ou les autres. S'il est convenablement accompagné, le danger peut être endigué. On n'est pas dans une sorte d'angélisme où le délire serait tout bon. Il y a des moments qui font éclore le délire. Alors, surgissent des séquences comme des bouts d'énoncés disant une vérité qui doit être entendue. Assommer les patients avec des médicaments pour avoir la paix, transformer les gens en zombies, leur bloquer la pensée, ne résout rien. Quand on se situe autrement, quand le patient est contenu par des soignants compétents, les familles elles-mêmes peuvent entreprendre un travail, évoluer, et les patients se soigner, certes en restant « fragiles », mais un devenir autre devient possible.

Aujourd'hui, les équipes des hôpitaux psychiatriques sont dans une grande détresse. On garde les patients de moins en moins longtemps, ça a l'air d'être un progrès. Il n'y a pas lieu de médicaliser à outrance pour être à l'abri et protégé. Pourtant, cela se fait et après, on lâche le patient dans la nature. C'est la pire des choses.

Et les secrets dans la genèse des psychoses ?

On le sait, ce n'est forcément pas le plus « fou », le plus atteint, qui craque. C'est le chaînon faible dans une famille, qui va se mettre à délirer. Il ne va pas nécessairement dévoiler les secrets tels quels, mais il va les mettre en acte, les faire affleurer. Souvent, ce ne sont pas des secrets consciemment sus. Ce sont souvent des secrets des générations en amont.

La question des secrets existe, et on en tient de plus en plus compte, mais elle a entraîné des dérives dans les pratiques analytiques. Des analystes sont devenus des archivistes, les analysants, des informateurs. Mais sans le transfert, il n'y a pas de modifications. On aura beaucoup de données, mais le patient ira toujours aussi mal.

Et la grande Histoire ?

J'ai reçu un homme d'origine juive allemande, aujourd'hui mort de sa belle mort, qui s'était retrouvé enfant, pendant la guerre, en France, où on l'avait traité de « boche ». Ses parents avaient survécu, une partie de sa famille avait été déportée. Il était mélancolique. Il avait fait vingt-cinq ans d'analyse, mais il n'avait jamais parlé vraiment de la guerre. Il avait tout eu, des électrochocs, des psychanalyses de différentes écoles, des gens connus. Il était une véritable encyclopédie de l'histoire de la psychanalyse. Mais il allait toujours aussi mal. Un jour, quelqu'un s'est avisé de me l'adresser car je parle sa langue maternelle, l'allemand. Ce qui est apparu, c'est que quand il allait mal, il s'insultait en allemand, il utilisait les insultes que les nazis utilisaient contre les juifs. Il avait vu des analystes qui lui avaient momentanément sauvé la vie, mais il n'avait parlé de la guerre que de façon allusive, personne n'était allé au-delà de son cédipe.

Que pouvez-vous dire du transfert et du lien ?

Il est habituel d'appeler transfert tout ce qui se passe entre un analysant et un analyste. Mais il me semble utile de faire une distinction entre le transfert et le lien. Ce qui appartient au transfert, c'est ce que le patient va transférer, répéter d'une autre scène, où il mettra l'analyste à la place d'un personnage de son passé ou d'une partie de lui-même. Mais ce transfert n'est pas hors lien. Il faut aussi une confiance primordiale de base. Malgré les moments difficiles, quand la haine affleure, l'agressivité transférentielle arrive, il faut que la bienveillance, et non la neutralité, soit garantie, sans craintes de représailles. Il faut que l'analyste soit une personne fiable. Le lien est un affect conscient et inconscient qui ne s'analyse pas, quelque chose qui fait fond entre deux humains. C'est seulement si ce lien existe que l'on pourra interpréter, trouver les mots, pour faire comprendre ce qui se passe aujourd'hui d'une scène d'autrefois.

Avec certains patients, il est très difficile d'entrer en contact. Mais ce n'est pas uniquement du

côté de l'analysant. Il existe des analystes qui sont dépourvus de la capacité d'entrer en contact avec les gens. C'est une grande tare. Ils peuvent écrire des livres très savants, mais ils devraient se contenter d'écrire des livres. Ce ne sont pas des thérapeutes.

Plus ça va, moins je crois à la neutralité de l'analyste. Il faut remettre les choses dans leur contexte historique. Les découvertes de Freud étaient scandaleuses. Et pourtant, Freud s'impliquait énormément, et même au niveau de l'argent, on cite seulement « L'homme aux loups » qui s'est mal passé, mais il y a d'autres histoires, par exemple les analyses gratuites qu'il pratiquait, et cela n'est pas transmis.

Si l'on prend la mélancolie, par exemple, qui est très difficile à soigner, on s'en tient toujours à la même théorie, on ne bouge pas. Ce qu'il faut, c'est modifier le cadre, se lancer, expérimenter. C'est là où le lien est fondamental. Dans la mélancolie, la notion du contact est essentielle. En allemand, il y a un mot *stim-*

mung qui ne peut pas vraiment se traduire, c'est un peu l'atmosphère, le mot vient de *stimme*, la voix. La voix est porteuse de l'affect, du contact.

Il y a des analystes qui abandonnent leur analysant quand il décompense, quand il délire, par exemple, ils le font hospitaliser et ne le récupèrent que quand il est en état de marche analytique. Quelle confiance peut faire ce patient à cet analyste ? Je pense qu'il faut maintenir le contact, aller à l'hôpital, téléphoner, bien sûr à la condition que le patient soit d'accord, continuer à s'en occuper pour maintenir le lien.

Est-ce que la folie est du côté de la créativité ? Peut-on s'appuyer sur la capacité de changement, de créativité des uns et des autres ?

Dans la folie, les patients peuvent avoir une créativité dont ils ne peuvent malheureusement pas faire usage. Aider un patient à utiliser sa





créativité, sa capacité de changement, cela dépend aussi largement de la créativité de l'analyste, de sa capacité de jouer. Ceux qui arrivent le mieux à négocier avec le principe de réalité, ce sont les artistes : avec leur art, ils créent une autre réalité. Tout le monde n'est pas artiste, mais ce qui est donné à tout le monde, c'est la possibilité d'imaginer, de devenir un peu joueur. Alors des possibilités de changement émergent.

C'est là où l'analyste a sa carte à jouer pour ne pas laisser l'analysant jouer seul. Si l'analyste ne joue pas, il infantilise le patient. Ensemble, ils créent des ouvertures. La société actuelle n'est pas joueuse... Actuellement, on stigmatise l'engouement pour Internet; en dehors des considérations économiques, je me demande si cet engouement ne montre pas combien les gens ont envie de jouer.

De quoi a besoin l'entourage d'une personne psychiquement atteinte ?

L'entourage a besoin de ne pas se sentir exclu, qu'on lui parle, qu'on apprivoise la folie pour et avec eux, qu'on ne leur jargonne pas dessus. Qu'on évite de les rassurer uniquement en leur livrant des diagnostics : « Ah ! ma fille est schizophrène. » Même si c'est vrai, ça ne sert à personne, sinon à faire peur, à asseoir l'autorité médicale, et cela peut provoquer des abandons, des cloisonnements supplémentaires. Et surtout,

je pense qu'il ne faut plus culpabiliser les familles. Pendant des années, on a culpabilisé notamment les mères. Par ces pratiques, ce sont les analystes qui ont préparé le chemin pour l'espoir aveugle dans les seules causalités génétiques. Cela déculpabilise les familles, et comment leur en vouloir après des décennies de culpabilisation ? Nous ne connaissons pas les causes, nous n'avons les uns et les autres que des hypothèses. Il faut parler avec les gens, dire : « On ne sait pas, peut-être qu'il y a des causes biologiques, peut-être y a-t-il eu des choses dans la petite enfance. »

Entre le secret médical et le mur qu'on leur oppose, il y a manière et manière de parler avec l'entourage. Car après tout, ce sont eux qui en dernière instance vont s'occuper du patient, à penser à son avenir aussi. Comme si la famille ne pâtissait pas elle-même ! Les gens ont besoin que les mots circulent, aspirent à une affection élémentaire.

Propos recueillis par
Elisabeth Maurel-Arrighi

• H. Searles, *Mon expérience des états limites*, Gallimard, Paris, 1994.

• F. Davoine, *La folie Wittgenstein*, E.P.E.L., Paris, 1992. *Mère Folle*, Arcanes-Apertura, Paris, 1998.

• G. Benedetti, *La mort dans l'âme, psychothérapie de la schizophrénie : existence et transfert*, éditions Érès, coll. Des travaux et des jours, Paris, 1995.

Pousser la porte

Ce qu'il y a de bien en médecine générale, c'est que c'est facile de pousser la porte du cabinet, bien plus que celle d'un dispensaire psychologique, d'un psychiatre ou d'un psychanalyste.

Des insécurités et des retrouvailles. Alors, en fait, des gens que d'autres qualifieraient de « bizarres », de « fragiles », voire de « fous », nous en voyons beaucoup. Pour peu que nous-mêmes, nous soyons un tant soit peu paisibles, à l'écoute, pas trop effrayés par les comportements pas tout à fait conformes. Plus ça va, plus j'ose me dire (ou je l'entends dire par des psychiatres divers que mes patients peuvent rencontrer à différentes occasions) que certains de mes patients sont « borderline » ou même psychotiques. Mais cette étiquette dans un coin de ma tête ne change pas grand chose à l'important, à savoir que ce sont souvent des patients très sensibles, à la merci de débordements, de paralysies ou de peurs. Je les vois à l'occasion d'un épisode infectieux intercurrent, de coups de « fatigue » nécessitant un arrêt, ou de manifestations d'anxiété diverses. Parfois, ils ont la chance d'avoir un symptôme qui requiert une surveillance régulière.

Tout ça nous permet à tous deux de nous assurer que la solitude de la condition humaine est parfois contrebalancée par la certitude d'un lien

avec quelqu'un d'autre. Quelque chose de l'ordre des retrouvailles après une séparation, le sourire à l'ouverture de la porte, les nouvelles dont je m'enquiers depuis la dernière consultation. Évidemment, une fois sur deux, pour certains, ça démarre dur. Rien ne va plus. Personne ne peut rien. N'empêche qu'ils sont là, qu'ils me le disent, sachant que je partagerai leur désarroi, ne saurai pas comment les aider, mais que j'essaierai. Après, c'est une histoire de disponibilité, il vaut mieux que je sois en forme, pas trop fatiguée, pour pouvoir m'adapter à la situation, donner la réplique juste, adéquate au drame qu'ils sont en train de revivre sous mes yeux. Parfois, c'est un peu de l'orchestre symphonique dont il s'agit, beaucoup de compassion, un peu de colère, beaucoup de bon sens, de choses pratiques, parler de recettes de cuisine, etc. L'examen physique aussi, ça aide. Écouter le délire, compatir à la peur que ce délire peut engendrer, ne pas le contrer avec des arguments « raisonnables », mais trouver des contre-feux concrets, des médicaments « placebo » adaptés au symptôme, en plus du neuroleptique.

Un récit à écrire. Comme avec tous les autres patients, ceux qui sont plus en contact avec la réalité, il me semble toujours utile d'essayer de les aider à formuler des explications des symptômes, ce sont des spasmes de tel ou tel organe

Elisabeth Maurel-Arrighi
Médecin généraliste.



qui déclenchent ceci ou cela, et c'est peut-être lié au stress. Et à partir de là, les bons jours, on peut réfléchir aux vieux « stress » de l'enfance.

Cela m'aide d'essayer de comprendre pourquoi ils sont dans une telle difficulté psychique. L'histoire de la famille nous permet d'imaginer les catastrophes originelles, les séparations, les deuils, la misère, les séquelles de la guerre. Souvent, ils se sont sentis seuls, entre les tyrans de l'Histoire et les ogres et ogresses de leur histoire à eux, sans personne pour entendre leur souffrance. La « folie » surgit certes des catastrophes, mais surtout des catastrophes non-dites. Elle devient une stratégie de survie, pour ne pas trop voir, ni sentir.

Alors, parfois, essayer de formuler le récit avec moi les aide. En tout cas, les différents sous-titrages que nous élaborons ensemble nous donnent du grain à moudre, tissent le lien, m'aident et les aident à s'intéresser à eux, à y croire, à croire qu'une cicatrisation est possible. Et pour eux, la détresse qui s'abat sans crier gare, elle peut avoir un nom, ils peuvent ne pas en être trop « coupables », savoir que ce n'était pas de leur faute, et peuvent imaginer alors des tactiques, savoir rester seuls quand ça chahute trop à l'intérieur ou au contraire sortir, faire des choses concrètes, du sport, du jardinage, prendre un arrêt de travail...

La question des médicaments. La question des médicaments est toujours très difficile. Car parfois, ce sont ceux qui en auraient le plus besoin qui ne veulent pas en prendre. Des fois, je les comprends, car ils sont si sensibles, si perméables à tout que les effets secondaires des produits semblent pires que le mal. Des fois aussi, il faut du temps pour trouver les mots qui accompagnent la prescription. J'essaye d'habiller les médicaments d'humanité. Les neuroleptiques deviennent des produits apaisants, qui permettent de prendre du recul ; les « régulateurs de l'humeur » aident à être moins bousculé par ce qui arrive. Je dis qu'on les donne aussi dans la prévention des convulsions ou des

névrologies. L'explique que les antidépresseurs qui sont beaucoup donnés dans les centres antidouleurs évitent que le seuil de la douleur soit trop bas et qu'on soit « nerveusement » fatigué d'avoir mal, etc.

La nécessité vitale des recours. Si on imagine que le drame premier a été d'avoir été seul, enfermé dans l'impuissance et les non-dits, la question du lien et des recours est primordiale. Comme s'il s'agissait de reconstruire une chaîne humaine, comme dans un sauvetage en mer. D'une main, on donne la main à celui qui souffre en s'identifiant à lui et en se souvenant de ses propres moments de solitude et de détresse, et de l'autre, on donne la main à tous ceux qui nous ont aidés, autrefois et maintenant. Nos recours, ils sont d'abord dans nos têtes, notre culture politique, sociologique, psychanalytique, les récits d'écrivains qui nous ont nourris, les gens qui nous ont aimés, reconfortés.

C'est aussi le cadre professionnel dont on s'est doté, groupe Balint, travail psychique sur soi, C'est aussi d'avoir pu identifier des interlocuteurs fiables, dans le monde de la psychiatrie et de la psychothérapie. Et là, ce n'est pas le plus facile. Combien de psychiatres sont retranchés dans les murs de leurs dispensaires, incapables de venir ou de faire venir leurs équipes à domicile, sous prétexte que le patient ne formule pas une demande claire, alors que tout l'entourage a besoin d'aide ! Combien de psychiatres libéraux qui se cantonnent à soigner des patients névrosés, qui reculent quand les choses deviennent graves ou qui n'offrent que la camisole chimique, laquelle ne résout rien sur le long terme ! Combien de psychanalystes pris dans des dogmes culpabilisants et une neutralité malveillante ! Sans parler de la barrière de l'argent : trouver un analyste accessible quand on n'est pas riche est de plus en plus difficile, les psychiatres conventionnés étant souvent débordés.

Heureusement, avec le temps, j'ai pu arriver à identifier des « psy » avec qui travailler, que j'estime, en qui j'ai confiance. Cela, grâce à des

gens, amis, collègues, ou même patients en qui j'ai moi-même confiance. J'inclus aussi dans ce groupe certains kinésithérapeutes et orthophonistes dont la présence au corps de l'autre fait œuvre de reconstruction. Certains à qui j'adresse mes patients, je ne les ai jamais vus, ni même parfois parlé au téléphone, mais je sais combien leur action est précieuse, et combien nous sommes complémentaires.

Pour ces patients qui ont souvent été pris dans des secrets, des conflits de loyauté, ce climat de confiance où on partage les mêmes références théoriques et surtout le même type d'engagement est en soi thérapeutique. Ils ne sont plus pris dans des dilemmes impossibles, choisir

entre un père et une mère, une culture et une autre... Ils peuvent prendre appui sur différentes personnes sans crainte des représailles.

La place de l'entourage. Et en dehors du monde soignant, il y a d'autres recours qu'on peut solliciter, entourage amical ou famille. Quand il existe, il peut être précieux. Certaines personnes, amis, frères, sœurs, oncles, tantes sont des soignants, sans en avoir le diplôme, sachant trouver les mots et les gestes adéquats. Parfois, c'est plus compliqué, car la famille, elle aussi, a traversé les mêmes drames, dans des places différentes. Parfois, on a l'impression d'être devant des tyrans dont il faut juste se méfier, mais parfois il s'agit de personnes qui se





sont retrouvées paralysées, aveuglées devant le drame de notre patient, et qui peuvent aujourd'hui se mobiliser, reconnaître la souffrance, trouver les mots qui n'avaient pas été dits. Souvent, je propose une consultation à plusieurs pour que les choses qui m'ont été dites dans le secret puissent être parlées avec un tiers bienveillant, qui aidera à dire et à entendre. Être médecin de famille donne des ouvertures pour organiser des espaces de parole. Parfois, ça se fait, parfois juste le fait de l'évoquer suffit à ce qu'ils aient le courage de se parler. Parfois, souvent, les choses semblent irrémédiablement figées. Pourtant, il est essentiel de reconnaître la souffrance d'une mère de psychotique, à la fois triste et culpabilisée de voir les difficultés de son enfant, oscillant entre le rejet et la protection, d'aider cette mère à voir comment ses propres difficultés de l'enfance ne lui ont pas facilité son rôle de mère, lui ont transmis des peurs qu'elle a projetées sur son enfant, et ont pu aggraver une fragilité initiale. Pour qu'elle puisse aujourd'hui inventer autre chose. Comme toujours, il s'agit d'être modeste et en même temps de croire suffisamment dans l'élan vital des uns et des autres.

Les mots du courage et de la compassion. Nous qui voyons des patients dans des moments charnières, de jeunes enfants de parents *borderline*, des adolescents, des femmes enceintes ou jeunes accouchées, nous savons combien soin et prévention sont liés. Nous sommes parfois tentés de minimiser les périodes de crise, voir dans cet absentéisme scolaire une simple peur de l'avenir et ne pas voir la bouffée délirante sous-jacente, considérer le *baby-blues* de cette jeune mère comme une dépression ordinaire et ne pas lui laisser l'espace de parler de ses fantasmes de mort qui pourraient la faire basculer dans une psychose puerpérale. J'essaie de trouver les mots du courage et de la compassion, de parler les dangers de mort, physique ou psychique, qu'eux ou leurs ancêtres ont pu vivre. La difficulté est de dire, de ne pas être dans le déni et d'oser penser à prescrire les neuroleptiques néces-

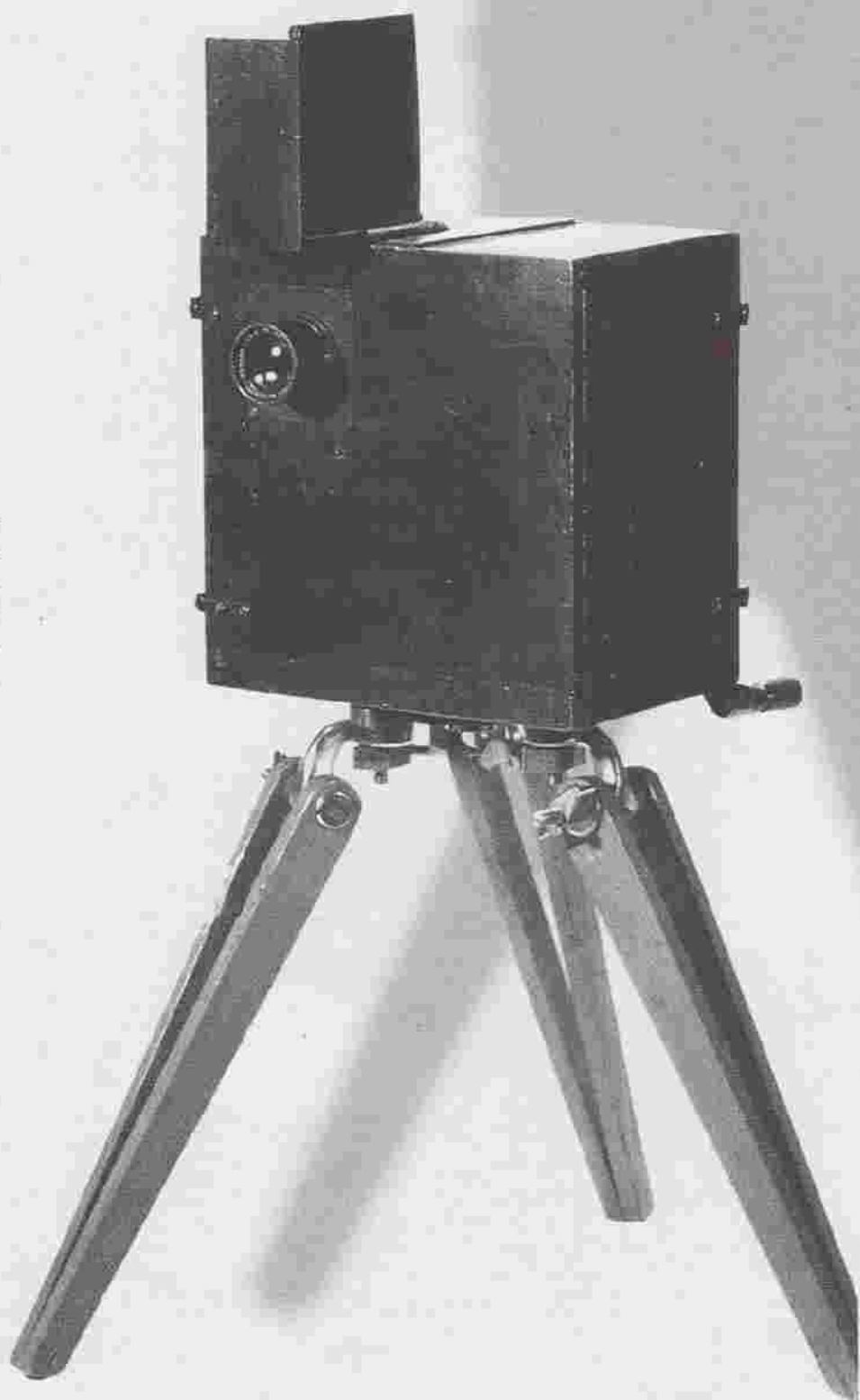
saires. Le pire, le plus difficile pour moi est de me retrouver devant de tout jeunes enfants sous l'emprise de parents très « malades », paranoïaques, etc. Je tente par mon attitude (et mes paroles) d'affirmer devant eux et devant leurs parents le droit de chaque être humain à être aimé sans conditions préalables, à être à la fois entouré et autonome. Je sais, j'espère que malgré tout, ce souvenir pourra peut-être un jour aider ces enfants quand ils seront adultes à entreprendre un travail psychothérapeutique.

Jouer son va-tout et croire au changement. Pour certains patients, que l'on qualifierait de mélancoliques, la hantise du suicide me saisit, moi qui garde en mémoire le visage de ceux à qui je n'ai pas su éviter de se tuer. Dans ces cas-là, je tâche de m'appuyer sur la qualité du lien qui s'est établi avec moi, quelque chose de l'ordre de l'affection. Et évidemment, cela affecte, ce sont des moments dont on ne sort pas indemne. Pour aider quelqu'un qui souffre tellement que seule la pensée d'en finir semble être la solution, il faut, me semble-t-il, à la fois mesurer l'intensité de leur détresse et dire combien c'est injuste de devoir penser à en finir pour avoir la paix. Probablement, on ne trouve les mots qui sauront les toucher qu'à condition d'avoir traversé des moments difficiles, de savoir pour soi-même qu'on peut changer, et que chaque être humain a des ressources créatrices. Parfois, jouer son va-tout, se mettre soi-même dans la balance est la seule solution. Je leur dis que même s'ils ont l'impression que jamais ils ne seront comme les autres, qu'ils sont condamnés à la solitude pour toujours, quand même, ils ont su me trouver et susciter en moi l'envie de les aider.

En nous mobilisant auprès de nos patients en très grandes difficultés psychiques, en soutenant leur entourage, nous sommes sollicités dans nos blessures intimes, mais aussi dans nos capacités créatrices. En « apprivoisant » la folie, nous apprenons quelque chose de notre humanité commune et pouvons ensuite la faire partager aux autres.



Cinématographe
des frères Lumière
(prototype 1895),
Coll. Musée des Arts
et Métiers, Paris.
Inventaire 16966.



Art et science... la problématique ne s'affaiblit pas et semble toujours d'actualité. Au moment où la science et la médecine se technicisent à l'excès, Léonard de Vinci s'installe plus confortablement que jamais sur le piédestal des grands ancêtres de référence.

Pourtant, rechercher dans l'art et la science les points communs augurant d'une nouvelle alliance, peut s'avérer vain. Si l'on veut comprendre les sous-bassements de nos fonctionnements sociaux contemporains, mieux vaut se pencher sur ce qui les oppose : art *ou* science, plutôt qu'art et science.

A l'heure où sont inaugurés quasi simultanément le nouveau Centre Georges Pompidou et le nouveau musée des Arts et Métiers, à l'heure où les Arts premiers s'installent au Louvre, où se prépare le musée du quai Branly, où tant de belles expositions nous font courir en tous sens, les musées, figures emblématiques de nos civilisations matérielles, permettent d'interroger la ligne de partage entre objets d'art et objets de science. Où se place-t-elle, comment se matérialise-t-elle ?

La frontière se rit des géographies : sous la verrière du Grand Palais coexistent des muséographies aussi diver-

Monique Sicard

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

Objets d'art, objets de science



Autoportrait, 1932, épreuve aux sels d'argent, 25,3 x 19,5 cm, Archives Brassai, dépôt dans les collections du Centre Pompidou, Musée national d'art moderne. © Estate Brassai

gentes que celle des expositions d'art feutrées et sophistiquées, et celles des vigoureuses et spectaculaires démonstrations de magnétisme et d'électrostatiques du palais de la Découverte.

Institutionnellement cependant, la distinction est nette. Bien qu'étant des musées d'État, les musées de science (Muséum d'histoire naturelle, musée des Arts et Métiers, Palais de la découverte...) ne font pas partie des musées nationaux et ne sont pas placés sous la Direction des musées de France. Ils dépendent du ministère de l'Éducation, non de celui de la Culture. De fait, pour les historiens d'art, les musées de science apparaissent souvent comme d'incalculables sous-musées, juste bons à présenter des gadgets sans enjeux, non porteurs de mémoire.

En retour, les acteurs de la culture scientifique rejettent loin d'eux le mot musée qui renvoie à une momification. Leurs *muséums*, cités, palais, se veulent, eux, bien vivants. Leurs collections – lorsqu'ils en possèdent – restent des objets de recherche : on doit pouvoir aujourd'hui ouvrir un bocal fermé par Cuvier au siècle dernier si le contenu est susceptible de servir la connaissance scientifique contemporaine. Chez eux, le logos prend le pas sur l'objet ; la recherche sur la conservation. Ainsi se manifestent deux cultures du regard ; deux manières différentes de porter au visible l'obscurité du caché.

Les musées d'art ont un devoir de mémoire. Ils installent en références collectives les valeurs sûres qui fondent nos mythes contemporains. Les professionnels de l'art (historiens, critiques ou plasticiens) se doivent d'aller au musée. Nul en revanche ne critiquerait un scientifique pour n'avoir pas régulièrement fréquenté le Palais de la découverte ou le Futuroscope. Les musées de science sont fondamentalement a-historiques. Si le musée des Arts et Métiers constitue à cet égard une exception, la création du Palais de la découverte en 1937, par le gouvernement du

Front populaire, reste emblématique. Il s'agissait alors de convier les visiteurs à la découverte d'un monde susceptible de préexister, à l'image de la pratique des scientifiques dans leurs laboratoires. Nul besoin pour cela d'éléments rétrospectif. La science en effet ne produit pas de l'immortalité, mais des propos et des lois éphémères, susceptibles à chaque instant d'être détrônés. La transmission immédiate, l'explication aux jeunes générations, la prise en compte du public, sont alors privilégiées. Si le musée d'art expose ce qui doit être montré, le musée de science porte à la lumière ce qui doit être vu.

Mais quand le musée des sciences démythifie, le musée d'art se love sur ses secrets et sacralise. Si la clarté est au fondement même du premier, le second joue habilement de la pénombre. Il convient de s'interroger sur ce que devient la visite d'un musée d'art, tels le *Rijksmuseum* d'Amsterdam, après la traversée d'un espace didactique. Ou la passion du cinéma lorsque le *Momi* de Londres en détaille les systèmes techniques sans en montrer forcément les liens avec l'écriture en images.

Les musées d'art qui consacrent des biographies, non des objets du savoir, acceptent plus facilement les rétrospectives que les expositions thématiques. Nos médias contemporains rendent compte plus volontiers de l'exposition *Rembrandt* au Louvre ou de l'exposition *Brassai* au Centre Georges-Pompidou que des expositions sur les *Photographies de la commune*, au Musée d'Orsay, ou de la belle exposition *Utopie* de la Bibliothèque Nationale. Car ces dernières, classées par les médias dans la rubrique « expositions diverses », dérogent aux règles implicites du système des Beaux arts.

L'installation des Arts premiers au Louvre perturbe elle aussi les systèmes établis : brutalement, nos valeurs contemporaines ne prennent plus simplement appui sur des références occiden-

lales. Le décentrement est aussi important que l'introduction de l'« art égyptien » en France par Vivant Denon, au début du XIX^e siècle, dans ce Louvre dont il fut le premier directeur. Ces dernières bousculades symboliques n'ont pu se produire que parce que les objets exposés respectent la règle de l'unicité de l'œuvre d'art et que leurs qualités esthétiques les libèrent des discours d'escorte. En contrepartie, leur valeur informative disparaît. Par l'exposition au Louvre, l'objet d'ethnographie change de statut. D'ustensile, il était déjà devenu objet de science. D'objet de science, il devient aujourd'hui objet d'art. Les polémiques relatives à de tels glissements animaient déjà la création d'un musée de l'Homme en 1937, alors que l'École de Paris avait transformé les masques nègres en œuvres d'art.

Réhabiliter le musée comme médium, c'est-à-dire comme intermédiaire transformant, conduit à prendre en compte la part créative du musée lui-même. Ce n'est pas l'œuvre qui entre au musée mais bien le musée qui fait l'œuvre. En corollaire, le musée de science n'est pas, lui non plus, une simple courroie de transmission. Il expose des objets qui, souvent, n'existent que par lui. Ni œuvres d'art, ni instruments scienti-

fiques, mais autre chose. De la même manière que le pendule de Foucault fait *voir* la terre tourner, la fontaine de l'îlot mathématiques de la Cité des sciences et de l'industrie offre à *voir* un système chaotique, les démonstrations de magnétisme et d'électrostatique du Palais de la découverte font *voir* les charges électriques ou le champ magnétique. Si le musée d'art crée une histoire en sélectionnant et sacrifiant des objets, le musée de science, lui, matérialise les idées. Aussi devient-il – pour qui sait en décrypter les signes – le dépositaire d'une riche histoire culturelle. Ses stratifications muséographiques juxtaposent les cabinets de curiosité du XVIII^e siècle aux multimédias du XX^e. Si le musée d'art reste le fondateur d'une histoire de l'art, le musée des sciences offre accès à une histoire culturelle qui, englobant finalement tant l'art que la science, les emporte tous les deux dans un même élan.

1. Photographies de la commune, Musée d'Orsay
 Utopie, Bibliothèque nationale.
 Agence Magnum, Bibliothèque Richelieu
 Brassai, Musée d'Orsay, Musée Picasso
 Le temps, vite, Centre Georges Pompidou, pour ne citer qu'elles...

Noëlle Lasne

Noëlle Lasne
est médecin généraliste
et responsable des
programmes, en France, de
Médecins sans frontières.

Des pieds et des mains

Le premier corps dépassait de la cabine du photomaton. On ne voyait que les pieds. Le corps était plié sur le siège, en partie caché par le rideau noir de la cabine. Les jambes en diagonale, trop longues pour l'abri de fortune.

Je vis le second corps au bout du petit pont, camouflé dans un imperméable, allongé sur un banc le long du canal, une main pendante, en crochet.

Lorsque j'aperçus le troisième corps sur le pavé devant l'église, il était secoué de spasmes et entouré par les pompiers.

C'était encore l'hiver. L'hiver des corps semés sous nos pieds, tassés pour durer, les corps de la couleur des murs, à l'odeur d'urine collée sur les escaliers de la gare, comme les vêtements sur les plaies.

Ils vinrent à la nuit tombée. Ils étaient trois. Les consultations étaient terminées depuis long-

temps. Je reconnus les chaussures du premier, la main en crochet du second et la silhouette fluette du troisième. Je les reçus un par un. Ils se déshabillèrent lentement, douloureusement, grimaçant à chaque geste. L'épaule fauchée par un poids lourd. Les tendons des doigts sectionnés par un morceau de tôle. Les deux mains brûlées dans un tas de cartons. Le pouce arraché lors d'une agression au couteau. La cheville ankylosée par une mauvaise fracture.

Ils étaient ébéniste, tourneur, ajusteur, manoeuvre. Leurs mains avaient assemblé des pièces, serré des boulons, soulevé des charges, monté des échafaudages. Et puis, un jour, une main avait lâché prise. Jetés dans la rue par le chômage, ils avaient marché pour se nourrir, marché pour se laver, marché pour se mettre à l'abri. Les mains étaient en berne, les pieds commençaient à lâcher.

Je reconnus les chaussures du premier : des sandales en cent pour cent plastique avec lesquelles il avait marché tout l'hiver. Ses pieds n'avaient pas résisté à ce traitement. Je le revois en caleçon dans le cabinet de consultation, contemplant ses pieds badigeonnés de rouge vermillon comme ceux d'un nourrisson qui vient de terminer une varicelle. Il fallait essayer d'assécher les plaies qui l'empêchaient de se tenir debout. Fort de mes recommandations, il se procura plus tard des chaussures en cuir, mais son choix se porta, au vestiaire du Secours catholique, sur des chaussures de montagne, montantes, avec plusieurs rangs de lacets. Il lui fallait pour les retirer et les remettre un certain temps, propice à des récits détaillés. Cette nuit-là, pour changer du photomaton, il avait marché jusqu'à l'hôpital et s'était ins-

tallé dans le couloir des urgences en prétendant y dormir. Il avait été réveillé brutalement par la police qui tentait de le déloger. Au cours de l'altercation, on lui avait passé les menottes et il s'était débattu. Il présentait donc des plaies des deux poignets, qu'on avait fini par lui suturer. S'être fait blesser et recoudre dans les murs mêmes de l'hôpital en présence des forces de police relevait du tour de force. Il en tirait une certaine satisfaction et était ressorti frais et dispos avec des pansements aux deux poignets comme un suicidé de la veille.

L'homme à la main en crochet voulait voir un dentiste en urgence. Faute de quoi il menaçait de s'arracher lui-même la dent, comme il l'avait déjà fait en prison. Dix ans auparavant, il avait volé trois autoradios sur un parking, ce qui lui avait valu un an de prison. Il y avait perdu son travail de manutentionnaire; il s'était mis à boire après le divorce, suffisamment pour devenir gravement épileptique. Au cours d'une crise d'épilepsie sur la voie publique, il s'était fracturé le coude et en avait gardé une séquelle rarissime, que je n'avais vue que dans les manuels: le syndrome de Volkmann, la main droite en crochet. Un an plus tard, alors qu'il dormait dans une maison abandonnée, un incendie se déclara. « Je retrouverai celui qui a fait ça », me dit-il en me montrant sa main gauche, gravement brûlée, où il ne restait plus qu'une phalange à chaque doigt. Il passa des mois dans le service des grands brûlés, couché sur des matelas d'eau, bercé par des soins délicats, rééduqué, greffé, recousu puis mis à la porte des centres de rééducation avec une ordonnance de poursuite des soins « en ville ». Je mis plus de quarante-cinq minutes à répertorier les séquelles, ankyloses étagées et cicatrices du côté gauche. Il m'en fallut autant pour le côté droit du corps. Pour une raison obscure, je ne renonçai pas.

Je me trouvais dans un lieu de parfaite dysharmonie. Cette dysharmonie était continue. La fluidité des rapports humains n'y était qu'un souvenir. A l'intérieur de cette dysharmonie, mes efforts pour avoir des réactions adaptées pouvaient paraître dérisoires, comme les mouvements d'un insecte retourné sur le dos qui ne parvient pas à

reprendre son équilibre. Retournée, je l'étais, sans repères d'espace et de temps. En menant cet interrogatoire inquisiteur et cet examen laborieux, j'eus plus d'une fois l'impression de chercher à maintenir des formes qui n'avaient aucun sens. Mais il revint en consultation, puis sur rendez-vous, à chaque fois un peu moins ivre, et c'est ainsi que j'appris son histoire.

Cet hiver-là, grâce à une seconde opération de la main gauche, décollement des adhérences, section des brides – il passa les quatre mois d'hiver à l'Assistance publique, puis deux mois de rééducation dans un établissement avec piscine chauffée.

L'année suivante, ne voyant rien venir, il se cassa la jambe. Il me téléphona de l'hôpital et me dit: « Je vous avouerai que c'est la seule solution que j'ai trouvée. » Debout sur une jambe, invalide des deux mains, il ne pouvait tenir de béquilles. On le garda quelques semaines, puis je vis à nouveau deux jambes dépasser du photomaton. Homme-puzzle ou puzzle d'homme et de membres blessés comme les charniers humains des camps de la mort, d'où n'émergeaient que des pieds et des mains.

Le troisième était petit et malingre, et avait à peine trente ans. Un accident de la circulation avait mis fin à son activité de menuisier. Dans la rue, sa petite taille lui valait d'être battu régulièrement.

Lorsque je l'aperçus en salle d'attente, il glissait de son siège en silence, le bras rétracté sur la poitrine, le corps parcouru de spasmes violents. Quand la crise convulsive fut terminée, il sombra dans une torpeur profonde. J'appelai les pompiers qui l'emmenèrent à l'hôpital. Il disparut, sans avoir articulé un seul mot.

Il revint encadré par l'homme à la main en crochet et l'homme aux sandales en plastique. Il parvint à longer le couloir, et à s'asseoir devant moi. Il me regarda, puis ouvrit la bouche mais il n'en sortit aucun son. Son visage grimaça, son corps se tordit sous l'orage, il roula à mes pieds.

La troisième fois seules, il parvint à me dire son nom.

Il avait trente-six ans, un visage pâle encadré par de longs cheveux, et ne parlait qu'avec une extrême lenteur, comme si chaque mot l'épuisait. J'appris qu'il avait été ébéniste, et qu'à trente-trois ans, fauché par un accident de la circulation, il avait cessé d'exercer son activité. Son visage était couvert de blessures, son corps n'était qu'une plaie. Il s'était quelquefois blessé au cours de ses crises d'épilepsie, mais, le plus souvent, il avait été battu à mort dans la rue, en raison de sa petite taille et de son allure. Il vivait dans une voiture sur la décharge municipale. Je ne l'ai jamais vu sans penser à sa mort prochaine. J'avais peur qu'il se fasse écraser en traversant, peur qu'il roule sous un camion ou qu'il meurt transpercé par un coup de couteau. Un agneau parmi les loups.

Il mit fin à mes inquiétudes en faisant une crise convulsive paroxystique, suivie d'un coma prolongé et d'une hémiplégié. Au bout de quatre mois d'hôpital, il partit en maison de repos.

Il m'appela d'une voix nouvelle. Celle d'un homme qui ne craint pas d'être frappé au coin de la rue. Il ne buvait plus depuis près de six mois. Il parlait de son métier avec passion et voulait retravailler. Il avait peu de séquelles de

son hémiplégié. Avec son accord, nous cherchions une place en hôtel social, pour commencer, lorsqu'il rentrerait.

Nous avançons comme les funambules, lentement, un pied l'un après l'autre.

Les choses n'allaient pas assez vite pourtant. Je demandai une quinzaine de jours de grâce au médecin de la maison de repos, pour qu'il puisse être conduit directement de la maison de repos à l'hôtel social. Je reçus un courrier courroucé m'informant de sa sortie sans préavis. Je décidai alors de lui proposer une chambre d'hôtel à nos frais jusqu'à son admission en résidence sociale. Je demandai simplement qu'il ne sorte pas un vendredi en fin de journée, afin que nous soyons là pour l'accueillir. Je pensais qu'il lui serait fatal d'être livré à la rue pendant 48 heures.

Il sortit de la maison de repos un vendredi à 18 heures. Il fut reconduit à domicile par deux ambulanciers qui le déposèrent dans la rue sur un bout de trottoir à sa convenance, aux frais de la Sécurité sociale. Je ne le revis jamais, mais trois mois plus tard, j'appris qu'il était mort, brûlé vif dans une camionnette, quatre jours après sa sortie.

Il faut rappeler d'emblée notre motivation lorsque nous avons lancé l'appel : « Mieux soigner, sortir la santé de la logique marchande, la remettre dans le champ public et politique », et notre conviction que son intitulé valait programmé pour un collectif de personnes et de groupes plus large que nous... Cet appel se devait de redescendre au niveau de la pratique, de trouver le chemin de la faisabilité.

Nous, praticiens en questionnement, brûlons de partager nos observations d'une place privilégiée de soignant, mais aussi parfois d'être malade, sans oublier les autres dimensions de l'organisation sociale, c'est-à-dire politique, dans le sens quotidien d'une prise de responsabilité et d'intervention. Nous refusons de garder pour nous le fruit de nos interrogations et avons besoin de les confronter à celles d'autres acteurs mobilisés ici et là dans des luttes qui s'apparentent à la nôtre. La nécessité pour nous de sortir de l'entre-soi, de la clandestinité de notre cercle, pour trouver des alliés préoccupés par les mêmes questions, se double du désir de connaître d'autres regards, de fréquenter d'autres lieux d'observation de la même réalité afin de faire valoir quelque chose qui, au-delà des dénonciations, doit devenir revendication, proposition... Cet *a priori* de travailler sur nos points de vue à partir de nos pratiques est un garde fou qui vise à éviter de construire une idéologie et de nous enfermer dans une utopie totalitaire face à une autre, celle du néolibéralisme. Cela nous semble le meilleur moyen pour que ce que nous appelons nos bricolages et qui sont en quelque sorte des règles de métier à faire valoir, puissent se projeter dans une utopie à portée de main. Notre seule idéologie consiste à refuser l'idéologie néo-libérale, la pensée unique.

Nous voulons dénoncer les restrictions budgétaires et démonter les mécanismes pervers de l'illusion médico-scientiste et de l'idéologie soignante qui la porte tout en exerçant notre vigilance sur les abus caractérisés de la consommation médicale, tant du côté des prescripteurs abusifs et/ou abusés que d'une population qui ne demande qu'à croire aux miracles. Nous devons pour cela trouver les voies de la responsabilisation collective, après l'individuelle, en sensibilisant nos concitoyens sur le sens du recours à la médecine et en explorant les divers autres types de réponses possibles au

Anne Perraut-Soliveres
Cadre infirmière
et

Philippe Lorrain
*Médecin généraliste,
membre du Syndicat de la
médecine générale (SMG).*

Collectif : premières pierres pour un manifeste

*Anne Perraut-Soliveres et
Philippe Lorrain sont tous
deux membres de la
redaction de Pratiques.*

mal-être. La santé n'est pas, et de loin, réductible à la médecine. Il ne s'agit pas de savoir de quel miracle/mirage est capable la médecine, mais de savoir ce qu'on est en droit d'attendre d'elle et surtout ce qu'on est en devoir de chercher en dehors de son champ. Voir et montrer comment la surconsommation médicale (médicaments et technologie) vient combler un vide d'attention dans une société qui fonde son idéologie du progrès sur la technicité et néglige l'effet humain.

Ainsi l'ère du virtuel et de la navigation Internet vient-elle caricaturer l'individualisme et le

Le Collectif Alerte Santé (CAS) Notre santé n'est pas une marchandise

Les nombreux signataires de notre appel, et les participants de nos rencontres d'octobre à Saint-Denis et de mars à Paris, ont décidé de prolonger le mouvement par la création du Collectif Alerte Santé (CAS), notre santé n'est pas une marchandise.

Proposé et promu par le SMG et la Revue Pratiques, le texte fondateur et l'initiative du collectif ne sont plus sa propriété, mais ils en gardent la responsabilité : le SMG continue à assurer le secrétariat du collectif, provisoirement. La revue Pratiques, Les cahiers de la médecine utopique, reste l'outil primordial pour la diffusion de ses idées.

Le collectif doit se structurer de façon pragmatique, en réagissant au présent sur les problématiques qui interpellent quotidiennement la société dans le domaine de la santé et de la protection sociale. Témoins et sentinelles, les acteurs du collectif se donnent comme tâche prioritaire et immédiate cette fonction de réseau d'alerte dans les domaines définis de la santé et de la protection sociale. Le mode de fonctionnement du collectif ne peut qu'être consensuel en l'état actuel embryonnaire de son développement, consensus entre les différents groupes y adhérant par signature de l'Appel. Cette référence aux groupes constitutifs ne doit cependant pas être un frein aux adhésions et aux initiatives individuelles. Ce point revêt toute son importance lorsqu'il se réfère à la démarche de Pratiques : ce sont bien les pratiques et les comportements individuels qui permettront de concrétiser la nécessaire transformation du monde du soin.

L'assemblée générale constitutive du CAS a eu lieu le 27 Mai.

manque relationnel, tout en exaltant le « lien », international et illimité. Pendant ce temps-là, nous nous débattons avec ceux qui crèvent de solitude et qui n'ont souvent personne d'autre que nous (soignants) à qui parler. L'évolution des soins fait plus que négliger cet aspect, privilégiant l'idée de réparation au moindre coût (la chirurgie ambulatoire, les hôpitaux de jour, etc.), officialisant subrepticement la réification du corps comme machine réparable... jusqu'à un certain point.

La responsabilité économique et juridique qu'on nous oppose nous oblige à faire valoir notre morale afin de dénoncer l'imposture où l'on nous place lorsque nous n'avons plus la possibilité de soigner et nous conduit à renvoyer au débat public et à la responsabilité les politiques et les gestionnaires plutôt que d'accepter une position de collaboration culpabilisante. La confrontation de plus en plus prégnante aux normes de savoir, normes économiques, normes réglementaires et juridiques, nous conduit à mesurer l'écart grandissant entre ce qu'on nous demande d'objectiver et de produire et le caractère irrémédiablement subjectif du soin. D'aucuns font leur beurre (sans compter l'argent du beurre) sur la maladie quand nous ne mettons pas grand-chose dans l'escarcelle santé. Nous pensons qu'il serait opportun de transvaser quelques moyens dans l'attention au souffrant avant que ce dernier ne « tombe » malade pour pouvoir être aidé. Nous pensons que cela coûterait moins cher et quand bien même cela coûterait aussi, voire plus cher, cela serait d'un meilleur rapport qualité prix avec, en prime, une satisfaction dont chacun sait qu'elle n'a, justement, pas de prix. Nous pensons qu'il serait nettement plus productif d'aider nos concitoyens à prendre conscience de leur responsabilité dans l'évolution délétère du système. Cela demande des efforts d'éducation, d'éducation collective, cela demande également de lâcher quelques prérogatives de pouvoir. Cela demande surtout de s'y atteler et de prendre le temps...

Pourquoi ne pas proposer la création d'une école de santé ? Un espace où l'on pourrait débattre de nos problèmes soignants/soignés, où l'on pour-

rait bâtir quelque utopie vers laquelle tendre ? Un espace expérimental de soin et d'apprentissage de nos métiers de soignants ?

Ainsi, c'est forts de notre pratique, de nos inventions au quotidien pour tenter de rester à l'écoute de l'autre – quel que soit le mode d'expression de son mal-être – et de nos efforts pour conceptualiser cette posture de soin, que nous désirons nous inscrire dans un collectif plus large afin de confronter nos savoirs... et plus si affinités. Ce n'est ainsi pas le consensus que nous visons, mais plutôt l'apprentissage de la communication et de l'action à partir de « dissensus », producteurs d'intelligibilité. La première difficulté étant de mener de front la bagarre au quotidien pour une pratique efficace tout en nous défendant des attaques sournoises du libéralisme avec l'objectif de produire un savoir à partager et transmettre. En bref, nous devons apprendre à faire valoir nos savoir faire et nos savoir-être, les défendre avec autant d'énergie que nous mettons à les acquérir. Nous devons non seulement faire confiance à notre intuition, mais encore la propulser courageusement pour la transformer en revendication, pour apprendre à la défendre face à la normalisation, face à la conception utilitariste de nos décideurs.

A noter sur vos agendas

Les vendredi 10, samedi 11 et dimanche 12 novembre, à Strasbourg, se dérouleront le prochain congrès du SMG et les journées des Amis de la revue Pratiques.

Une bouffée d'air frais à ne manquer sous aucun prétexte, pour des réflexions dans le champ de la médecine et de la protection sociale, dans une atmosphère toujours conviviale.

Sylvie Cognard

Médecin généraliste.

Lettre à Patrick Rospabé

*Patrick Rospabé, membre du
SMG, s'est donné la mort. Il avait
vingt ans de pratique médicale
de médecin généraliste.
Cette mort nous interpelle tous.*

*Voici le texte
lu par Sylvie, son associée,
lors de son enterrement.*

Patrick, tu nous as quittés, notre chagrin est immense, immense comme l'océan où la Bretagne, que tu aimais tant, pousse son nez. Sans doute n'avons-nous pas mesuré ta souffrance, sans doute ce monde n'était-il pas fait pour toi, trop dur, trop mercantile, trop informatisé. Patrick, toi qui écrivais si bien, tu aurais écrit cela mieux que moi.

Je me souviens en 1979, lorsque tu m'avis proposé le projet d'installation à Verneau, c'était ton projet et je m'y suis ralliée avec enthousiasme. Nous étions jeunes, plein d'idéaux. Nous voulions nous rapprocher des plus

démunis, de ceux qui souffrent le plus dans ce quartier défavorisé d'Angers. Nous nous sommes fait traiter de fous, certains nous ont même raillés. Tu t'es installé en janvier 1980, je t'ai rejoint en juillet de la même année car j'avais mis plus de temps que je ne pensais à passer ma thèse. A l'époque, nous avons établi un

contrat d'association quelque peu révolutionnaire, prenant modèle sur nos aînés installés aux Plaines, à Trélazé. Le Conseil de l'Ordre des médecins avait d'ailleurs bien eu du mal à l'accepter. Dans ce contrat, nous nous engageons à faire une médecine proche des gens, qui prenait en compte leur totalité physique, psychique et sociale, nous nous engageons à exercer une médecine lente, assurant la permanence des soins et un accompagnement de la naissance à la mort. Nous ne voulions pas d'une médecine mercantile, nous dénoncions le paiement à l'acte, nous voulions faire de la prévention.

Au début, les habitants se méfiaient un peu de ces médecins pas comme les autres qui ne portaient pas de costume cravate, ni de tailleur Chanel, qui les écoutaient, qui doutaient avec eux et qui n'osaient pas les faire payer, parce que la santé, ça n'a pas de prix. Nous sommes restés smicards deux ans. Puis la confiance s'est installée, de plus en plus, nous faisons partie des meubles du quartier, pour ainsi dire. Pas de maison médicale somptueuse, mais un appartement HLM comme celui de nos patients, pas de mobilier Louis XV mais des meubles de récupération, voilà comment nous avons débuté. Nous avons appris ensemble à connaître, à tolérer, à aimer la multiplicité des cultures des habitants du quartier, les gens du voyage, ceux qui venaient du Maghreb, ceux qui venaient d'Afrique noire, tous ceux qui venaient d'ailleurs et qui font, avec les Verneauliens de souche, l'extraordinaire richesse de ce quartier. Nous avons côtoyé la misère chaque jour. Peu à peu nous avons grandi, mûri, nos honoraires sont devenus plus confortables, mais nous ne comptions pas nos heures et jamais nous n'avons trahi nos promesses de départ. Nous ne nous sommes jamais dis-

putés, nous avons eu chacun dans notre vie des passages difficiles, nous nous sommes entraînés, nous avons eu des enfants presque en même temps et avons partagé cette joie d'être parents.

En l'an 2000 si proche, nous aurions dû fêter nos vingt ans d'association, un vieux couple en quelque sorte. Ta première patiente, c'était une petite fille, Christelle, que tu as recueillie, elle vient toujours au cabinet médical et maintenant, nous soignons ses enfants. Patrick, si je devais te décrire, je dirais que tu étais généreux, bon comme du bon pain à la limite de la naïveté parfois, désarmant, mais si fragile aussi, si vulnérable. Tu étais épris de justice, les injustices te mettaient en colère. Tu ne savais pas te défendre contre la violence, mais tu savais pardonner. Tu avais tant l'habitude de soigner les autres que tu en as oublié de te soigner toi-même. Je suis en colère, pas contre toi Patrick, mais contre moi, contre mes confrères. En colère parce que la souffrance qui t'a tué, ça se soigne, il y a des médicaments pour cela.

Tu m'avais dit un jour que plutôt qu'être médecin généraliste, tu aurais préféré étudier les dinosaures dans un musée poussiéreux, c'est vrai que tu étais timide, secret aussi.

Tu es resté intègre et pur, tu n'as pas renié le serment d'Hippocrate que tu avais prononcé le jour où tu es devenu médecin, que les hommes et tes confrères t'accordent leur estime car tu es resté fidèle à tes promesses.

Elisabeth qui nous a rejoints en 1996, Monique qui assure le secrétariat depuis plus de quinze ans, Nacia qui l'aide depuis un an, Ramouna qui assure le ménage et moi-même, nous avons perdu l'épaule masculine qui nous rassurait, quelque part.

Avec tous les patients du cabinet médical, avec tous ceux qui ont travaillé au cabinet médical, nous partageons la douleur et la peine de Catherine, Mathieu et Marie.

Repose-toi, Patrick, tu restes dans nos cœurs.

30^e CONGRES NATIONAL BALINT

Faculté de Médecine de Limoges - 14 et 15 octobre 2000

Croyance, croyances...

La relation de soins entre savoirs, croyances et malentendus

Je crois que...

Je crois à ...

Je crois en ..

Je vous crois...

disent, tour à tour ou ensemble, le patient, le soignant et l'Homme.

Formés à raisonner avec un savoir théorique, quelles places laissons-nous aux croyances ?

Quelles croyances ?

celles du patient confiant (in)crédule

celles du médecin qui pense savoir ou pouvoir ?

Comment aborder les représentations différentes de la maladie, du traitement, de la guérison, pour le patient et pour le thérapeute ?

Quelles connaissances en avons-nous et comment les entendre et les respecter sans établir de hiérarchie ?

Qui croit comment ?

Allez savoir ...

Présidence : Dr. Clément, psychiatre, praticien hospitalier Esquirol, Limoges

Thème : Croyances des médecins, croyances des malades

Intervenants : Boubana Serge, généraliste homéopathe

Durand Xavier, prêtre

Gay, réanimateur, professeur d'histoire de la médecine

Gomez José, généraliste

Gorbun Gunter, philosophe

Lupu François, anthropologue

Nabel Jean-Luc, ethnopsychiatre

Praud Françoise, assistante sociale

Vaugoyeau Marie-Jeanne, infirmière enseignante

Renseignements : Dr. Anne Demaux-Lagrange, 104, rue de la Barrière, 19000 Tulle, tél. : 05.55.26.98.34.

Dr. Jean Maclouf, 3, av. Thomas, 87100 Limoges, tél. : 05.55.79.61.00

Fax : 05.55.77.48.07

E-mail : jmaclouf@club-internet.fr

Jean-Pierre Lellouche

Médecin pédiatre.

Asthme, mensonge et vidéo

L'article « *Asthma in life context* » de Michael Rich et coll *Pediatrics*, mars 2000 (pp. 469-477) est à la fois passionnant et très irritant. Cet article est le premier dans la littérature pédiatrique à comporter, en plus de sa version papier, un enregistrement vidéo qui peut être consulté sur www.pediatrics.org. Les auteurs ont demandé à vingt enfants et adolescents de 8 à 25 ans souffrant d'un asthme modéré ou sévère de filmer leur environnement quotidien et de se faire filmer, notamment lors de leur prise de traitement ; les enfants et leur famille recevant une caméra à utiliser pendant quatre à huit semaines.

On découvre sur ces enregistrements que les gens ne disent pas toujours la vérité. Ainsi, une fille avait-elle dit qu'il y avait chez elle des chats mais que ceux-ci n'entraient jamais dans sa chambre : l'enregistrement montre un petit chat dormant sur son lit. Autre exemple : tous les enfants et leurs parents affirment qu'il n'y a jamais d'exposition au tabac. On voit pourtant des personnes qui fument dans 66% des enregistrements, avec même, dans un cas, une cigarette en tout premier plan car l'adulte qui filme fume en même temps ! Les

auteurs remarquent que 33% des sujets dépassent les doses prescrites, 28% arrêtent sans avis médical et 72% utilisent de façon imparfaite le traitement inhalé ; cela se voit aussi sur la vidéo. Dans certaines habitations, on constate une forte humidité, des plantes, de la poussière.

Conclusion : Les gens ne disent pas toujours la vérité, leur environnement reste souvent très agressif pour leurs bronches, et ils ne respectent pas toujours les indications et les informations données par les infirmières et les médecins.

Ce travail peut être utile dans le cadre de la formation des étudiants en médecine. On peut aussi imaginer qu'un médecin visionne cette vidéo avec l'enfant, et éventuellement avec ses parents, pour insister sur le fait que certains malades ne disent pas tout et ne font pas ce qui leur est recommandé. Ce serait comme une preuve de confiance et aussi le signe que le médecin veut établir avec son nouveau patient une vraie collaboration.

Mais cet article m'inquiète : on n'a pas besoin d'une vidéo de plusieurs semaines pour remarquer que quelqu'un n'utilise pas correctement une chambre d'inhalation. Par ailleurs, les médecins qui font des visites à domicile peuvent avoir une idée de l'existence ou non d'animaux domestiques, d'humidité, de moisissures ou de poussières. Le fait que les gens ne disent pas tout et ne fassent pas exactement ce qui leur est proposé impose de chercher à établir avec eux une relation de confiance, un échange approfondi et respectueux, autant que faire se peut, de leur culture, de leur vision de la maladie et de leurs projets. Les maladies chroniques, et l'asthme en particulier, posent de difficiles problèmes de compliance et, plus généralement, de relation entre le malade et le médecin. La vidéo risque d'être utilisée comme un moyen (illusoire) de tout voir, de tout savoir et de tout contrôler. Les gens ont davantage besoin de professionnels compétents capables d'écouter et de communiquer vraiment que d'un oeil électronique braqué sur eux pour réprimer rapidement tout comportement déviant.

Ils ont signé et puis après...

Denis Labayle

Médecin gastro-entérologue.

L'appel du collectif de décembre 99 contre « la dictature du néolibéralisme en médecine » a reçu un franc succès, plus de mille signatures. Inespéré ? Pas vraiment. Il reflète un certain ras-le-bol face à une politique de santé mercantile. Mais il y témoigne aussi du plaisir qu'il y a à gueuler : « A bas les assurances privées, vive la Sécu... ! » Ça fait du bien. Ça rappelle de bons souvenirs. Certains auraient volontiers ajouté : « A bas le paiement à l'acte ! A bas l'enseignement des firmes pharmaceutiques ! A bas le secteur privé hospitalier ! » Mais aujourd'hui les « A bas » ne suffisent plus pour être crédibles. Les vieux slogans sur les merveilles du « public » faisaient les honnêtes militants quelque peu dubitatifs. S'il n'est pas question de remettre en cause des valeurs essentielles de justice en matière de santé, les voies pour y parvenir demandent plus d'imagination que nous l'avons cru trop longtemps. Si je

reste foncièrement attaché aux valeurs de solidarité que véhicule la Sécurité sociale, je conteste sérieusement son mode de fonctionnement, son incapacité à innover, ses manques incroyables dans le remboursement de soins essentiels, sa lourdeur administrative... Bref, il m'arrive de me demander si un nouveau type de gestion plus proche du citoyen, plus décentralisée, plus mutualiste (dans l'esprit de la naissance du mouvement mutualiste) ne serait pas une voie à explorer pour éviter qu'un jour les politiques prennent prétexte de ces tares pour faire avaler la grande réforme des assurances privées.

De même, si je reste foncièrement attaché au principe de l'hôpital public, je n'estime pas que nous ayons atteint l'idéal. Quand je compare l'efficacité de certaines structures associatives ou d'hôpitaux mutualistes par rapport aux structures gérées par l'État, je m'interroge. Quand il faut l'autorisation des hauts représentants de l'État pour créer un poste médical destiné à un centre anti-douleur, je trouve que le système manque quelque peu de souplesse. Bref, la santé est une chose trop importante pour la laisser entre les mains des bureaucrates. Les pays où l'État a voulu tout gérer n'ont pas laissé un souvenir impérissable en matière de qualité de soins et d'innovation sanitaire. Et pourtant, ils avaient supprimé le paiement à l'acte, l'influence des firmes pharmaceutiques et le ticket modérateur.

De plus, la santé n'est pas qu'un problème de gros sous. Les grands bouleversements sociaux que nous avons connus, comme la contraception et le droit à l'avortement, n'étaient pas uniquement liés à des questions financières. L'une des dernières révolutions culturelles dans le domaine sanitaire vient des associations de lutte contre le Sida qui, pour la première fois, ont donné aux patients une place qu'ils n'avaient jamais connue auparavant. L'une des voies les plus novatrices dans l'exercice quotidien de la médecine –

Poil à gratter

les réseaux (j'entends les vrais) – n'est pas une émanation de la Sécurité sociale mais de médecins qui expérimentent sur le terrain cette nouvelle organisation des soins. Demandez à Didier Ménard* et à ceux qui fonctionnent en réseaux si l'Etat leur a donné un coup de main. Bref, le service public ne peut rester l'affaire exclusive des administrateurs de l'Etat, il doit revenir vers ceux qui y travaillent et ceux pour lequel il est destiné.

Alors, contre le néolibéralisme ? Oui. Mais je n'entends pas me satisfaire d'une bureaucratie sclérosante même « publique ». La santé du citoyen mérite mieux. Lutter contre l'envahissement du merrantilisme ? Oui, mais nous ne pouvons nous cacher derrière la seule finance. Certains choix de société en matière de santé nous interpellent. A nous de réfléchir et de nous positionner, non seulement sur des sujets consensuels, comme le dépistage des maladies à l'école ou le contrôle

des conditions de travail, mais aussi sur le scandale des conditions sanitaires dans les prisons, l'absurdité de la retraite brutale, l'insupportable situation des personnes âgées, l'épineuse question du droit de mourir dans la dignité, la complexité des questions éthiques posées par la génétique, l'inadmissible abandon sanitaire de l'Afrique, etc.

Bref, si dans le domaine des soins, les problèmes financiers restent un problème majeur, ils ne doivent pas faire oublier que la santé n'est pas que finance. Au risque d'accepter sans s'en rendre compte la pensée unique mercantile.

*Didier Ménard est médecin généraliste et président de la Coordination nationale des réseaux. Ces réseaux sont des associations pluridisciplinaires de professionnels engagés dans les secteurs de la santé et du social.

Abdou Chami

Le docteur Abdou Chami est praticien adjoint contractuel et délégué régional du SNPAC, Alsace.

« J'écis pour dire la différence. » Tahar Ben Jelloun

Loin des prestigieux centres hospitalo universitaires, certains petits hôpitaux de province ont du mal à recruter, en particulier dans les spécialités les plus dures et les moins lucratives en milieu hospitalier. D'où l'idée de faire appel à une main d'œuvre compétente, bon marché et désireuse de travailler : les

médecins à diplômes étrangers. A nous les tâches ingrates, les postes d'assistants ou d'attachés et les gardes. Mais, à l'hôpital, la sacro-sainte formule :

« A travail égal, salaire égal » est occultée. Nous représentons pourtant près du quart des effectifs hospitaliers français.

Le Pac... dans la mare

SNPAC : Syndicat national des praticiens adjoints contractuels
8, rue César Franck
94000 Créteil
<http://www.snpac.fr>

Pour sortir de la galère, nous avons passé le concours de praticien adjoint contractuel (PAC), instauré par madame Veil, en 1995. Près de 3800 médecins l'ont réussi, 900 PAC restent sans poste. Nous travaillons sous contrat à durée déterminée (trois ans), uniquement à l'hôpital et non en ville, pour un

salaires inférieurs de 55% par rapport à nos confrères praticiens hospitaliers¹. Nonobstant les propos racistes et xénophobes de certains de nos confrères qui laissent transparaître une haine vis-à-vis des médecins hors Union européenne (alors que beaucoup ont la nationalité française), nous recevons nos patients, nous les soignons, nous les opérons et les réconfortons et personne ne nous demande la couleur de nos diplômes, ni notre capacité à manier la langue française. Les charters de médecins, comme ils le proposent, laisseront de nombreux services et de nombreuses gardes sans personne pour assurer le travail quotidien.

Se battre pour améliorer notre sort. Aujourd'hui, les « PAC » refusent d'être des remplaçants par vocation, toujours décalés dans le système médical.

Pourquoi faudrait-il que nous demeurions des praticiens au rabais alors que tout le monde se félicite de nos compétences ?

Pourquoi, alors que nous sommes au cœur de la santé, les autorités nous maintiennent-elles dans la marge de la vie sociale ?

Pourquoi le non-droit serait-il l'unique cadre où nous puissions évoluer ?

Pourquoi nous refuse-t-on la pérennité dont nous avons besoin pour mener à bien la mission que nous avons choisie dans l'intérêt général ?

Comment tolérer que la formation continue cesse d'être un droit alors qu'elle se doit d'être un devoir ?

Pourquoi une réglementation qui ne règle rien, qui, au contraire, discrimine et entretient une confusion lourde de conséquences pour l'avenir de la santé publique, n'est-elle pas remise en question ?

En juillet 1999, un article de la loi sur la Couverture maladie universelle (CMU) a élargi

les conditions d'accès au concours de contractuels et amélioré notre statut : inscription au conseil de l'Ordre des médecins, autorisation d'exercice de la médecine en France pour les praticiens qui ont six années d'activité hospitalière (condition indispensable pour se présenter au concours de praticiens hospitaliers).

Mais la loi ne résout pas tous les problèmes pour autant. Nous continuons à nous battre sur deux gros chantiers : les salaires et la qualification. Car on ne peut pas continuer à vouloir faire des économies sur le dos des « PAC » qui concourent à la qualité des soins. Il faut en finir avec la précarité qui génère tant d'injustices.

Je terminerai par cette citation : « Nous supportons l'humiliation et les paroles blessantes, dans l'espoir d'avoir droit à la vie. Mais notre patience n'a fait qu'accroître notre déshonneur. » *Allal el Fassi*².

1. Le salaire d'un PAC au premier échelon est de 7 967 francs net alors que celui d'un praticien hospitalier au même échelon s'élève à 17 283 francs.

La rémunération d'un PAC est également inférieure à celle d'un Interne en médecine générale au dernier semestre (aux alentours de 11 000 francs).

Les inégalités portent également sur l'avancement de carrière : alors qu'un praticien hospitalier change d'échelon tous les ans, le PAC voit son statut évoluer tous les 3 ans. Il lui faudra 32 ans !!! pour atteindre le statut, et percevoir le salaire, du praticien hospitalier au premier échelon.

2. Extrait de *Chants anciens des femmes de Fes*, éd. Seghers, 1967.

NDLR : Au moment où nous mettons sous presse, nous venons d'apprendre que le SNPAC vient juste de recevoir une lettre de Mme Aubry, cosignée par Mme Gillot confirmant la mise en œuvre, à partir du 1^{er} juillet 2000, d'une nouvelle grille de rémunération des PAC.

Laurent Dianoux

Biologiste, président de
l'association Génétique
et Liberté*

Ethique du futur et développement des sciences de la vie

« Aucune période de l'histoire n'a été plus envahie par les sciences naturelles ni plus dépendante d'elles que le XX^e siècle. Mais aucune, depuis la rétractation de Galilée, n'a été moins à l'aise avec elles. Tel est le paradoxe auquel doit s'attaquer l'historien du siècle. »¹

Dans les sciences de la vie, la connaissance des mécanismes de la morphogénèse, de l'ontogénèse, du fonctionnement de notre espace conscient, permettra leur maîtrise progressive, au point que l'homme pourra alors être le créateur de formes nouvelles. Jusqu'où ira-t-on ? Que fera-t-on de cette

maîtrise ? Ce qu'on peut décrire de l'avenir tient à notre capacité à discriminer entre le possible et l'impossible. Or le grand bouleversement que ces sciences apportent est d'avoir rendu possible ce qui était jadis conçu comme impossible. Les limites techno-scientifiques sont repoussées de sorte que

certaines utopies semblent à portée de main. On est au tout début des processus de manipulation du vivant que les avancées techniques vont permettre ; ils pourront remettre en question certains éléments et certaines données, mais on ne peut en dire plus. Car ce nouveau savoir laisse démunir quant à la possibilité de prédiction ; il n'en donne ni les moyens ni les outils. Qui peut dire et à quelle échéance, si nous pourrions connaître les fondements de l'individualité, éradiquer les maladies, maîtriser les fléaux, choisir notre descendance, si nous serons munis d'organes comportementaux, de systèmes de perception sensorielle, si nous pourrions externaliser nos organes, si l'homme biologique pourra s'explorer, se réparer, se manipuler lui-même ? Cette nouvelle capacité de l'homme à modifier le vivant est à l'origine de l'interrogation portée sur les sciences du vivant. L'incertitude et l'inquiétude ressenties par la population et les décideurs se traduisent par une baisse de la confiance envers les instances et institutions concernées qui sont bien obligées de réagir. Ainsi la Commission Européenne vient-elle de créer un groupe sur les biosciences, chargé d'examiner les défis et les opportunités de leur développement pour la société afin d'offrir « une perspective d'un point de vue scientifique et émettre un avis pour une meilleure participation des scientifiques dans ce dialogue nécessaire avec les populations ».

* GÉNÉTIQUE ET LIBERTÉ

45, rue d'Ulm

75015 Paris

Tél. 01 53 72 40 96

Fax 01 53 72 40 90

E-mail : genelib@claranet.fr

<http://home.claranet.fr/genelib>

« Le monde est devenu un laboratoire »², les pays sont maintenant convaincus que la recherche est une ressource et un instrument essentiels du développement culturel, économique et social, la moitié de la politique se trouve dans les laboratoires, dont certains pensent qu'ils fourniront les outils d'une refondation de l'ordre social. La place des séparations habituelles entre nature/société, technique/culture, matière/esprit, physique/psychique, ou faits/valeurs est du coup remise en cause. C'est globalement le rapport de l'homme à la technique qui est en question, mais aussi à l'éthique et, plus largement, c'est bien la question du cadre philosophique dans laquelle l'humanité entend se développer.

Rapport à la technique. Le rapport de l'homme à la technique est renouvelé par ces nouvelles possibilités de la technoscience sur le corps et ses éléments, son objectivation. Le cyborg, corps reconstitué par un homme démiurge, renouvelle les frontières entre nature et culture.

Jean-François Lyotard critiquait cette objectivation en ces termes : « La technoscience accomplit le projet moderne : l'homme se rend maître et possesseur de la nature. Mais en même temps elle le déstabilise profondément : car sous le nom de « la nature », il faut compter aussi tous les constituants du sujet humain : son système nerveux, son code génétique, son computer cortical, ses capteurs visuels, auditifs, ses systèmes de communication, notamment linguistiques, et ses organisations de vie en groupe, etc. Finalement, sa science, sa technoscience, fait, elle aussi, partie de la nature. »

L'adhésion au rationalisme moderne de la majorité des penseurs de la technique empêche de penser la possibilité de ce qu'appelle G. Hottos « d'une multiplication postmoderne d'humanités techno-symboliques, développant diversement les technosciences en association avec une créativité symbolique également diverse ».

Cette possibilité est abordée par T.H. Engelhardt³ : « Nous ne nous percevons plus

nous-mêmes comme au centre des choses, mais comme vivant sur une obscure planète, en orbite autour d'une étoile insignifiante, membre d'une des innombrables galaxies. [...] Notre nature se révèle un produit du hasard. [...] Depuis que la médecine et les sciences biomédicales deviennent toujours davantage des moyens pour remodeler et refaçonner la nature humaine, nous sommes concernés non seulement par ce que les hommes et les femmes doivent faire, mais par ce qu'ils doivent devenir, par les manières dont nous pourrions nous remodeler nous-mêmes. Semblables choix comprennent des valeurs morales, esthétiques et autres [...] ainsi que des vues sur ce qui est naturel ou non naturel. [...] Il y a de la distance entre nous en tant que personnes et nous en tant qu'humains. Cette distance est le fossé entre un être qui réfléchit et manipule et l'objet de sa réflexion et de sa manipulation. A partir de notre perspective en tant que personnes ayant des interprétations, des visions et des espoirs particuliers, nous pouvons décider si notre place est la meilleure dans le cosmos. Si nous la trouvons insatisfaisante, nous pouvons faire des plans pour en changer. [...] En tant que personnes, nous pouvons faire de nos corps des objets de notre jugement et de notre manipulation. [...] A l'avenir, notre capacité de contraindre et de manipuler la nature humaine conformément à des buts posés par des personnes croîtra. [...] Si l'on songe au long terme, des aménagements majeurs sont inévitables dès lors que nous demeurerons une espèce libre et progressant technologiquement. [...] A long terme, il n'y a pas de raison de penser qu'une seule espèce sortira de la nôtre. Il pourrait y avoir autant d'espèces qu'il y aura d'opportunités invitant à remodeler substantiellement la nature humaine dans des environnements nouveaux ou des raisons de refuser de s'y engager. »

Rapport à l'éthique et au social. Le rapport science/société prend des formes très différentes suivant les disciplines et les pratiques nationales.

La réflexion sur ce rapport a consisté pendant longtemps à essayer de comprendre les contraintes qui pèsent sur l'activité des scientifiques en termes de facteurs ou contextes sociaux. Le débat sur ce rapport est renouvelé depuis quelques années par un champ de réflexion s'intéressant aux sciences dans le social. Ce qui caractérise la période actuelle est l'utilisation des sciences de la nature pour penser le social et pour le modifier. La génétique en est l'exemple le plus avancé : elle est instituée comme nouvelle morale capable de refonder l'ordre social. Ces facteurs sont à l'origine des deux tendances lourdes qui traversent le siècle : les changements d'échelle de la technoscience et la façon dont ils ont déplacé la politique, le culturel, le juridique ; l'émergence de mouvements sociaux prenant pour cible de leurs actions des questions scientifiques et techniques. Ces tendances peuvent être illustrées par quatre thèmes : la montée en puissance de l'en-

vironnement, la gestion du risque, l'appropriation du vivant, la biologisation du social.

On appellera « inscription sociale de la science » les attentes sociales envers la science, les façons dont les chercheurs les appréhendent et l'effet de retour du travail des chercheurs sur le fonctionnement social. Les quatre ordres sociaux dans lesquels on peut s'interroger sur cette inscription sociale sont le politique (rôle des autorités publiques, rôle des Etats, politiques de recherche, diversification des lieux de décision), le socio-politique (les acteurs de la recherche, les lieux et espaces publics de débats et de décisions), l'économique (les logiques d'investissement, la réponse des acteurs à la demande sociale, dynamique de la recherche industrielle, la capacité d'anticipation) et l'éthique (le contrôle démocratique sur les choix fondamentaux et les implications technologiques ; la mise en forme des argumentations).



La société doute cependant de la science qui, pour continuer à pouvoir être financée par le citoyen contribuable, doit faire connaître (ses projets, ses résultats), se faire connaître (être comprise du public, être sensible aux interrogations, expliquer son fonctionnement, exposer ses règles éthiques et déontologiques) et se faire appliquer (valoriser ses découvertes sur les plans économique, social et culturel). L'enrichissement de la connaissance et la responsabilité citoyenne vont de pair pour ne pas faire n'importe quoi des applications. Les règles éthiques s'imposent à ce niveau. Le CCNE (Comité consultatif national d'éthique des sciences de la vie et de la santé) a été créé en 1983 à la suite de la première fécondation *in vitro*. Il était chargé de donner son avis et d'organiser une journée annuelle publique. La loi du 29/07/1994 lui ajoute une mission, celle de « publier des recommandations ». Cette initiative est venue contredire la notion de réflexion éthique en donnant le sens de l'association de la population à celle-ci et le processus social qui permet de parvenir à des compromis acceptables entre les citoyens.

Les comités d'éthiques doivent aider à comprendre les enjeux sans forcément conclure. Le débat éthique sert à échanger et à écouter, et non pas à convaincre ni à converger. Il ne doit pas contraindre les avancées du savoir ni être accaparé par les spécialistes, mais doit faire partager les enjeux et les questions qu'elles génèrent.

Philosophie et propositions. L'activité scientifique est plus que tout autre amenée à se redéfinir dans le cycle de production du monde commun, celui qui articule au mieux les propositions provisoirement retenues. On pourrait penser que la philosophie serait là d'une aide précieuse. Or, comme le souligne J. Bouveresse : « La plupart des philosophes protestent avec indignation lorsqu'on leur apprend que, dans certains États américains, le système d'enseignement en est venu à accorder des prérogatives égales, pour l'explication de l'origine de l'homme, au récit de

la Genèse et à la théorie darwinienne. Mais c'est seulement dans les circonstances de cette sorte qu'ils semblent retrouver tout à coup un certain intérêt pour le point de vue de la science. Et ils devraient probablement s'interroger sur la façon dont ils ont pu contribuer eux-mêmes à rendre plausible et acceptable le genre d'équivalence qui suscite leur indignation. En cultivant de façon systématique la méfiance à l'égard de la raison et de la science, on peut avoir l'impression de servir la cause de la philosophie, en tout cas de la « vraie » philosophie, mais on peut servir aussi malheureusement, directement ou indirectement, bien d'autres causes, dont certaines sont on ne peut plus douteuses. » Cette méfiance des philosophes est parallèle au déracinement philosophique de la science ce qui lui est très dommageable. Car notre monde est fait d'un enchevêtrement toujours plus vaste et complexe d'associations entre entités humaines et non humaines. L'affaire de la vache folle en est une illustration d'actualité, avec son nouvel agent infectieux, les biologistes concernés, les industriels des farines animales, les éleveurs, les bouchers et leurs étiquettes, les consommateurs et leurs exigences en matière de sécurité alimentaire, les hommes politiques, les règlements européens, la liberté du commerce. Toute la société tente de régler le problème en brassant nombre de propositions où s'expriment les intérêts des uns mais pas de tous les autres, et essaie de l'intégrer par des ajustements techniques et de nouveaux partages de responsabilité. Comment alors construire un monde commun qui permette une bonne articulation des propositions. B. Latour² propose d'abord d'introduire une séparation nette et opérationnelle entre les deux nouveaux pouvoirs que seraient ceux de la « prise en compte » et de « l'ordonnement des propositions ». Les scientifiques, les politiques, les économistes, les moralistes constitués en collectif pourraient contribuer au fonctionnement et à la coexistence de ces deux pouvoirs en menant à bien un travail de composition. Ce collectif se caractériserait par sa « trajectoire d'apprentissa-

ge » dont la qualité dépendrait du « pouvoir de suivi » assuré par les institutions.

Les enjeux. Le questionnement de la société a fait émerger la conscience d'une nouvelle responsabilité de la science en la faisant porter sur ces quatre questions : la responsabilité des scientifiques, les retombées de la science, la question des choix et des coûts de la recherche, l'universalisation des pratiques. En même temps, le citoyen n'a plus les moyens de comprendre cette progression des connaissances. L'ambition de donner à chacun une culture scientifique est sûrement réalisable mais avec beaucoup d'efforts et à un prix certain. La divulgation des connaissances, la faculté de s'informer et de se renseigner posent un formidable problème. Les citoyens, dans leur ensemble, s'accoutument à

subir la technoscience, ce qui les prive de leur droit de choisir.

Mais fait-il comprendre la science ? Elle fait partie des instances, au même titre que la finance et les médias, qui pèsent sur notre société sans paraître soumise à aucun contrôle. Elle n'est pas soumise au droit, est étrangère à la culture et a commencé à vivre une mutation en profondeur vers une technoscience moins heuristique et plus technique qui a fini par absorber l'éthique. Si le droit à la recherche doit être limité et des barrières doivent être posées, alors la liberté de la recherche n'est qu'un un leurre. Pour ne pas subir toutes les applications possibles de ces avancées, nous devons nous forger des représentations de « collectivement être ». Dans ce sens, nous devons inventer de nouvelles formes de démocratie permettant d'intégrer les contraintes du développement scientifico-technique et proposer de nouvelles formes de gestion à l'échelle de notre monde. Les seuls outils dont nous disposons sont la culture et le droit pour permettre de contrôler les conséquences de ce développement et intégrer ses effets dans une vision collective. L'éthique du futur, qui mêle faculté d'anticipation, veille intellectuelle, discrimination entre les futurs possibles et contrôle des applications, présuppose que notre avenir individuel et collectif ne soit pas biologiquement déterminé.



1. Eric J. Hobsbawm, *L'âge des extrêmes*, Histoire du court XX^e siècle, chapitre 18 « Sorciers et apprentis : les sciences naturelles », p.674, éd. Complexe, 1999.

2. David Le Breton in *L'adieu au corps*, éd. Métailié, 1999.

3. *Foundations of Bioethics* Oxford University Press, 2^e édition, 1996.

4. *Politiques de la nature : comment faire entrer les sciences en démocratie*, éd. La Découverte, 1999.

Hier, un copain généraliste m'envoyait un texte posté brièvement, l'an dernier, sur un « newsgroup ». Un texte désespéré, où se mêlaient la rancœur, la fatigue, la colère.

On y lisait des choses terribles. On y lisait que face à l'incapacité de beaucoup des ses patients à se prendre en charge, et à le considérer autrement que comme un prestataire de service, ce médecin avait le sentiment d'être devenu le « vide-ordures » de la société.

Son désespoir, sa rancœur, sa lassitude, je me demande depuis longtemps si elles ne font pas intrinsèquement partie du métier de soignant. Quand j'étais étudiant, j'ai lu dans la *Revue de Médecine* un éditorial assez singulier. Il rapportait qu'une étude américaine avait montré que suicide, toxicomanie, alcoolisme, divorce, mort violente, infarctus, et autres joyusetés, étaient plus fréquents parmi les médecins que dans la population générale.

Ce qui vient tout de suite à l'esprit, bien sûr, est alors : « Est-ce le métier de médecin qui est responsable, ou bien la personnalité des médecins est-elle en cause ? »

Probablement les deux, mon capitaine. La sélection des étudiants en médecine, l'esprit de compétition dans lequel on les forme, la scandaleuse survalorisation de l'exercice spécialisé, le choix trop fréquent de la médecine générale par l'échec, le mépris des hospitalo-universitaires pour tout ce qui exerce hors de leur zone d'influence, l'isolement forcené de la plupart des praticiens et, bien entendu, la difficulté de soigner quand on n'a pas été préparé correctement à faire face à autant de souffrances variées et ignorées, tout cela est pour beaucoup dans le désespoir des soignants.

Ajoutez à cela la mentalité française en matière d'éducation qui, lorsqu'on l'interroge sur les trois suicides annuels de son établissement, fait dire à tel proviseur de lycée parisien très coté : « Ça prouve que chez nous, ils en chient. »

De la frustration comme méthode éducative. Tous les médecins connaissent ça. L'enseignement médical est frustrant ; l'exercice médical est, en outre, une profession « à problèmes ». Tout n'est pas prévisible, tout n'est pas maîtrisable, tout est compliqué et, quoi qu'on dise, chaque journée peut être très différente, et parfois encore plus compliquée que la précédente.

Mais il n'y a pas que la médecine. Il y a les médecins eux-mêmes – des hommes et, de plus en plus, des femmes – qui peuvent, tout comme ceux

Marc Zaffran / Martin Winckler

*Médecin généraliste
et écrivain.*

Médecine à problèmes, soignant à problèmes

et celles qu'ils soignent, se mettre un jour à péter les plombs ou pire, toute leur vie durant, travailler comme des malpropres.

Je viens de recevoir un livre dont je conseille la lecture à tous les soignants, et dont nous devrions recommander chaudement la traduction. *Problem doctors – a conspiracy of silence* (IOS Press, 1997), dirigé par Peter Lens et Gerrit Van der Wal, deux médecins hollandais. Recueil de contributions venues de la plupart des grands pays industrialisés, ce livre brosse un tableau assez sombre de ce que sont les « mauvais médecins » (occasionnels ou chroniques), de l'incapacité qu'ont eue la plupart des sociétés à les identifier et à les contrôler, et examine les raisons de ce silence, non sans suggérer quelques solutions.

Dans la préface du livre, Richard Smith, membre de la rédaction du *British Medical Journal*, écrit : « Nous ne devrions pas être surpris par l'existence de médecins « à problèmes ». Pourquoi n'existeraient-ils pas ? Ne serions-nous pas surpris si, dans une communauté de 130 000 personnes (c'est le nombre de médecins en Grande-Bretagne), personne ne commettait de crimes horribles, ne devenait fou, ne bâclait son travail, ne cédait à la corruption, ne perdait confiance ou ne profitait de sa position ? Une telle communauté est inimaginable. Et pourtant, la communauté médicale se comporte toujours comme si les médecins à problèmes n'existaient pas. »

Outre les différentes contributions (britanniques, allemandes, canadiennes, scandinaves, américaines¹) de ce livre, ce qui m'a le plus intéressé, c'est l'une des hypothèses expliquant le silence des soignants. Spontanément, j'aurais juré que ce silence était imputable à un « effet de caste », motivé par le mépris souverain des médecins pour tout ce qui n'est pas eux – et donc, pour toute critique émise à leur égard par le monde extérieur. Pour certains auteurs, ce silence serait en réalité motivé par l'extraordinaire sentiment de culpabilité des médecins « fonctionnels » face aux médecins qui déçoivent. Ce sentiment naîtrait de la peur (du désir) de se voir un jour, déconner à son tour. « Ce qui lui arrive, ça aurait pu/ça pourrait m'arriver. Qui suis-je pour lui jeter la pierre ? Mieux vaut me taire... »

Si prompts à imposer leurs vues et leurs opinions à des non-médecins, voire à les contraindre à subir des gestes traumatisants, les médecins hésitent – on pourrait dire qu'ils tremblent – à l'idée d'imposer leur idéal de la médecine à ceux qui ne s'y plient pas. Ils auraient trop peur que ça ne s'applique à eux. Ils redoutent toujours les « règlements de compte ». Mais ce qu'on redoute est souvent ce qu'on est prompt à vouloir faire...

De toute manière, la compréhension des phénomènes ayant conduit un médecin à se conduire mal (ou de manière inappropriée) ne peut pas justifier le silence. La compréhension ne tient pas lieu d'absolution, et le silence n'est pas une attitude efficace, ni même (puisque le mot est si à la mode) éthique.

D'autant plus que ce silence, qu'il soit complicité ou ménagement, est toujours source de catastrophe.

Il n'y a pas très longtemps, un anesthésiste m'a raconté que l'un des chirurgiens de l'hôpital était notoirement alcoolique. Tout le monde s'arrangeait pour ne lui donner aucune intervention à faire. Mais on n'est pas allé au-delà. Pire : on l'a muté ailleurs. Dans un hôpital de catégorie inférieure. Où on n'aura peut-être pas les moyens de le payer à ne rien faire.

Les médecins alcooliques sont plus nombreux qu'il n'y paraît. Loin de moi l'idée de les stigmatiser mais, sauf erreur de ma part, on retire son permis à un chauffeur routier alcoolique, quand il est pris sur le fait. Et on ne le lui redonne qu'avec moult précautions, après qu'il a cessé de boire. En procédant ainsi, on rend service à la communauté, mais aussi à lui. On l'empêche de tuer, ou de se tuer. Et on lui tend la main pour l'aider à se sortir de là. Qu'il le demande ou non.

Notre chirurgien alcoolique, qui de ceux qui connaissent son état s'est mis devant lui pour lui interdire l'accès aux blocs ? A tous les blocs ? Qui, surtout, lui a tendu la main ?

1. Oui, il y a une contribution française. Elle est extraordinairement courte et creuse, et n'envisage en tout et pour tout que le problème exceptionnel du médecin souffrant de troubles psychiatriques. Détail : elle a été rédigée par deux membres de l'Ordre...

Pratiques : Dans quelles circonstances le rapport que vous avez rédigé vous a-t-il été commandé ?

Israël Nisand : J'ai entrepris ce travail à la demande de Martine Aubry, qui souhaitait faire le point sur les difficultés que peuvent rencontrer les femmes confrontées à une grossesse non désirée, dans notre pays, vingt-cinq ans après la loi Veil.

L'IVG est un problème redoutable car il s'agit de la gestion sociale d'un conflit d'intérêt entre une femme et l'enfant potentiel qu'elle porte. Cette loi a permis de tourner dans notre pays une page de mort et de handicap. Avant 1975, il y avait chaque année près de trois cents femmes qui décédaient des suites des avortements non

médicalisés, sans compter toutes celles qui se retrouvaient stériles ou qui cumulaient les interventions chirurgicales du fait des complications.

Quelles conclusions tirez-vous de cette enquête ?

On peut faire un certain nombre de constats. Tout d'abord, l'IVG a diminué dans notre pays. On est passé de 250 000 avortements, en 1975, à 220 000 vingt ans plus tard, alors qu'il y avait beaucoup plus de femmes en âge de procréer. Nous sommes donc sûrs d'une chose : le nombre d'IVG en France baisse. Certes, la différence n'est pas majeure et cela reste un vrai problème. On peut se poser la question de savoir si tout a été fait pour l'accessibilité des patientes à la contraception, pour la gratuité et l'accès aux soins et c'est vrai qu'il y a sûrement des choses à améliorer. Mais là où il faut véritablement se dépêcher, car notre société a carrément un carton jaune, c'est vis-à-vis des adolescentes.

L'urgence : informer les jeunes filles. 6 000 IVG et 4 000 naissances chez les moins de 18 ans (dont 600 avant l'âge de 16 ans) : ces chiffres ne sont pas satisfaisants. On peut avoir des états d'âme concernant l'IVG d'une femme

*Entretien avec
Israël Nisand*

*Médecin gynécologue
obstétricien.*

IVG : où en est-on 25 ans après ?

Cet entretien reprend l'essentiel d'une conférence donnée à Strasbourg, le 19 octobre 1999, par le professeur Israël Nisand, sous l'égide du Cercle Menachem Taffel.*

* Cette association animée par Georges Federmann, psychiatre à Strasbourg, est née en 1997, au moment où le Front national tenait son congrès à Strasbourg. Elle s'est donnée pour but de réfléchir à la question de la responsabilité civile et morale du médecin. Elle porte le nom de la seule personne ayant pu être identifiée parmi les 86 victimes exécutées durant la période nazie pour servir les recherches du professeur Hirt, qui avait fondé, à Strasbourg, son « Institut de biologie de la race ». Pour tout renseignement : Docteur Georges Federmann, 5, rue du Haut-Bar, 67000 Strasbourg (tél. : 03 88 25 12 30)

adulte car cet acte n'est pas sans poser une problématique polymorphe, éthique, psychologique et économique. Mais la plupart des femmes adultes en France ont en fait un très large accès à l'information et aux soins. En revanche, la jeune fille de 15 ans qui en est à sa première aventure affective et sexuelle et qui se retrouve dans une salle d'opération pour un geste lourd au plan psychologique, peut en conserver une séquelle définitive. Séquelle qui sera souvent tue car inavouable et qui porte sur la sexualité, sur la manière de vivre sa relation avec un homme, et sur l'estime de soi et de son corps.

De plus, quand on a eu sa première IVG avant 20 ans, on a six fois plus de risques d'en avoir une autre dans sa vie. L'IVG à 20 ans est donc non seulement dommageable pour le corps mais aussi pour le psychisme. Tout ce qui nuit à notre jeunesse, tout ce qui est susceptible de l'altérer et de lui faire perdre sa confiance en elle, est de nature à me mobiliser en tant que citoyen.

Comment expliquez-vous ces chiffres ? Certains de nos voisins européens ne connaissent pas une telle situation.

Oui, contrairement aux Hollandais, aux Scandinaves, j'estime que nous n'avons pas fait ce qu'il fallait pour aider nos jeunes à faire ce premier pas dans la vie. Et nous ne le faisons toujours pas. Les Danois, qui ont trois fois moins de grossesses chez les adolescentes que nous, viennent encore de diviser ce chiffre par deux l'année dernière avec une mesure extrêmement simple : ils ont institué de manière obligatoire une visite des centres de planification avec le professeur de biologie en classe de quatrième. Pendant l'heure de classe, on emmène les élèves voir l'endroit où ils pourront accéder, sans examen gynécologique et gratuitement, à une

contraception et à des préservatifs. C'est une mesure efficace qui ne coûte rien et qui montre une préoccupation de santé publique fondamentale chez nos voisins du Nord.

Signalons une difficulté majeure : l'information des adolescentes très marginalisées, qui le deviennent encore davantage par leur grossesse, à travers la rupture avec le milieu scolaire et parfois familial. Nous voyons non seulement augmenter les grossesses à l'âge de 14 ans, mais aussi le nombre de fois où la jeune fille nous dit : « Je veux garder l'enfant. Je veux le garder parce que j'alterne entre le suicide et la grossesse, parce que je ne sais pas qui aimer, je veux le garder pour devenir une femme et une adulte et pouvoir aimer quelqu'un; je veux le garder parce que je rejoue le film de la vie de ma mère qui m'a eue dans les mêmes conditions et comment voulez-vous que j'avorte alors que je suis ce petit-là que je porte ? » Tout cela, c'est le cycle de la pauvreté qui se pérennise.

Or, comment voulez-vous qu'une jeune femme de 14 ans soit une mère avec tout ce que ce mot sous-entend comme maturité ? Il s'agit en fait d'une « interruption volontaire d'adolescence ». Au lieu de jouer, de lire et d'aller en boum, elle va prendre en charge les besoins d'un nourrisson la nuit. Cette histoire-là, au-delà de l'histoire individuelle, pose un véritable problème de société devant lequel nous ne pouvons pas rester neutres.

Selon vous, qui devrait informer les jeunes ? Est-ce le rôle des parents ?

C'est très difficile d'informer les jeunes et les parents sont souvent ceux qui ont le plus de difficultés à aborder ces sujets au moment des premiers pas. Ces derniers sont là pour parler de la morale, pour transmettre leurs valeurs, mais pas

pour parler de sexualité avec leurs enfants qui d'ailleurs, le plus souvent, le refusent. Ils peuvent être un relais quand les questions de l'adolescent arrivent, c'est-à-dire des mois ou des années plus tard. Il n'y a pas plus secret que la sexualité et on peut admettre qu'un enfant puisse ne pas avoir envie de parler de ça avec ses parents. Les enfants ont droit à la même confidentialité que les adultes en ce qui concerne leur sexualité. D'ailleurs, le législateur autorise la contraception par-devers les parents, mais pas l'IVG.

Est-ce que les enseignants pourraient jouer ce rôle ? Sûrement pas car ils ont la même position que les parents par rapport à l'enfant. Ils sont désignés par les parents symboliquement pour éduquer l'enfant et pour lui apprendre les mathématiques, là où les parents ne savent pas le faire.

On ne peut parler de sexualité avec un enfant que dans un rapport horizontal de complicité (sans jugement moral a priori), et donc, il faut qu'il y ait des tiers : infirmière et médecin scolaires, parent d'élève volontaire, sage-femme, médecin spécialiste ou non. Comme il existe dans certaines villes des mères de famille qui règlent la circulation aux abords des écoles dans une démarche citoyenne, on pourrait imaginer qu'il y ait une initiative de ce type de la part de l'ensemble des médecins. Si chacun consacrait deux heures de son temps par mois à aller dans les classes à la rencontre des jeunes, nous aurions probablement un tiers, voire la moitié d'IVG en moins chez les adolescentes.

Vous faites des propositions pour « diminuer les difficultés que rencontrent les femmes ». Quelles sont-elles ?

Elles se situent à différents niveaux, mais il y en a un qui saute aux yeux, c'est l'entretien obliga-

toire. Mené par des travailleurs sociaux, des conseillères conjugales, des sages-femmes, des assistantes sociales, il est souvent très bien fait, mais son caractère obligatoire est inacceptable. Cet entretien devrait être systématiquement proposé, jamais imposé.

Les autres propositions concernent l'accueil dans les hôpitaux, les délais de rendez-vous, la possibilité d'un vrai choix de la méthode d'IVG et un accès plus facile et moins cher à la contraception.

Aujourd'hui encore, il n'existe pas de droit à l'avortement, plus précisément du choix d'avorter, seule son interdiction est levée dans certains cas. Quelles sont donc les limites de la loi Veil de 1975 ?

L'avortement reste un délit dans notre pays s'il n'est pas fait selon certains critères. Je pense, par exemple, au non-respect du délai de réflexion d'une semaine. Un certain nombre de collègues ont été jugés et condamnés pour avoir hâté l'IVG de femmes qui le demandaient parce qu'il s'agissait d'une grossesse extra-conjugale et que c'était compliqué pour elles de se déplacer plus d'un week-end.

Quelles sont les clauses ? Il faut que la femme habite en France depuis plus de trois mois, qu'elle ait plus de 18 ans, qu'elle soit à moins de 12 semaines d'aménorrhée, qu'elle ait vu deux médecins et un travailleur social, et qu'il y ait une déclaration anonyme de l'IVG. Si cette déclaration n'est pas faite, le médecin a commis un avortement illégal.

Parmi ces six clauses prévues par la loi, il y a des choses à revoir : le problème de la nationalité pour les étrangères, à qui on refuse encore trop souvent l'IVG, par exemple.

Quand la loi a été faite, c'était normal car il n'y avait aucune loi européenne sur l'IVG, nous étions les premiers. Maintenant, tous nos voisins ont une loi sur l'IVG (sauf l'Irlande). On ne risque donc plus d'être « une terre d'accueil » pour les avortements. À ce titre, il faut que nous acceptions toutes les étudiantes qui viennent par exemple de pays distants auxquelles on dit de retourner dans leur pays pour faire l'IVG parce qu'elles ne résident pas depuis trois mois sur le territoire national.

Vous proposez de fixer la « majorité sanitaire » à 16 ans. Dites-nous en quelques mots.

L'expression de « majorité sanitaire » n'est pas adéquate car elle est susceptible d'entraîner une cassure dans le tissu social français et dans les familles. Quand on parle de majorité sanitaire, cela veut dire qu'une adolescente de 15 ans qui trouve que ses seins ne sont pas assez jolis peut aller se les faire opérer sans l'autorisation de ses parents. Je ne pense pas que l'on puisse donner une telle autonomie à une mineure. Ce n'est pas mon souhait. Je n'ai donc pas proposé l'instauration d'une majorité sanitaire en France.

Par contre, je me suis fait conseiller par Josiane Bigot, vice-présidente du tribunal pour enfants de Strasbourg. Mon idée était de voir si on ne pouvait pas créer un système clair et organisé avec les juges pour enfants afin de pouvoir se passer de l'autorisation parentale, notamment chez les

jeunes maghrébines. Pour Josiane Bigot, ce serait une catastrophe de passer par les juges pour enfants du fait de la très grande variabilité de réactions que cela entraînerait. Ici, il sera très complaisant et signera, mais là il sera parfaitement rétif et posera la question suivante : « La mineure est-elle en danger ? Non, la grossesse ne met pas sa vie en danger, donc je ne signe pas. » On pourrait proposer la chose suivante avec Josiane Bigot : on a accordé la liberté fondamentale aux femmes de décider si on fait un enfant ou si on ne le fait pas ; c'est une liberté élémentaire, qui ne doit pas être conditionnée par l'âge. C'est sous cette formulation qu'une analyse juridique pourrait prendre place, dans le cadre par exemple de l'évolution des droits de l'enfant.

Cette question est considérée par les professionnels confrontés au problème comme une urgence, d'autant que le corps social n'est pas encore mûr pour faire évoluer la pratique en ce domaine.

En fait, pour les 10% de jeunes filles qui ne peuvent absolument pas avoir l'aide de leurs parents dans une telle circonstance, il faudrait pouvoir éviter la fausse signature et l'argent en liquide pour payer l'IVG sans la Sécurité sociale des parents. La solution d'un tuteur adulte, soit membre de la famille, soit même extérieur à la famille pourrait permettre de protéger les plus faibles, ce qui est bien le rôle de la loi...

Les hypothèses de la santé publique. Quelques chiffres suffisent malheureusement à caractériser les situations sanitaires des quelques pays d'Afrique sahélienne où se situe notre étude. Ainsi, au Sénégal, au Mali ou au Niger, les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile oscillent respectivement aux alentours de 150 et 230 décès pour 1000 naissances vivantes, la malnutrition modérée est proche de 30% chez les enfants de moins de cinq ans. Au moment de l'accouchement, 50% des parturientes seraient anémiées et la mortalité maternelle est sensiblement de 600 décès pour 100 000 naissances vivantes, soit pour une mère, un risque de décès 100 fois plus élevé en Afrique qu'en Europe du Nord. Le taux de séro-prévalence est de l'ordre de 4%, représentant par exemple au Mali, 248 000 personnes infectées par le VIH et 47 000 décédées par cause de SIDA. Enfin, bien que l'offre de santé soit globalement insuffisante, - en moyenne un médecin pour 20 000 habitants - il existe de très fortes inégalités entre les milieux urbains et ruraux : au Mali, la mortalité infanto-juvénile est par exemple de 149 /¹⁰⁰⁰ à Bamako et de 272 /¹⁰⁰⁰ en milieu rural.

A ce « privilège urbain »¹ correspond une offre de santé biomédicale d'une extrême complexité, réunissant diverses structures appartenant au service public mais dépendant souvent de ministères différents, des services privés ou non-gouvernementaux, laïques ou confessionnels, voire encore des structures privées « à but non lucratif » appelées, au Mali, des Centres de santé communautaires (CSCOM).

Outre cette similarité de problèmes, une communauté de choix sanitaires réunit ces trois Etats. Ils ont en commun d'avoir adopté depuis 1987 ce qu'il est convenu d'appeler « l'Initiative de Bamako », caractérisée par la volonté d'améliorer l'offre de santé en « étendant la couverture géographique en services de santé de base avec la participation des bénéficiaires, en adoptant une politique pharmaceutique basée sur les médicaments essentiels en Dénomination commune internationale (DCI), et en instituant un recouvre-

Yannick Jaffré

Anthropologue

SHADYC (EHESS-CNRS)
Centre de la Vieille Charité
13002 Marseille
E-mail: jaffre@ehess.cnrs-mrs.fr

Afrique : Les services de santé « pour de vrai »

Yannick Jaffré aborde ici la question de l'influence des pratiques sanitaires sur les interactions quotidiennes dans quelques centres de santé qu'il connaît bien, à Bamako, Dakar et Niamey. Nous publions dans ce numéro la première partie de son article.

ment des coûts des prestations et des médicaments pour améliorer le fonctionnement des services de santé ».

Présentée comme « un tout » dont les diverses options seraient interdépendantes, cette politique n'engage pas moins des actions et des secteurs socio-sanitaires forts différents, tant d'un point de vue technique qu'au regard du profane. Point de surprise alors, que cette apparente cohérence du projet soit soumise à des « principes de sélection et de détournement », et désarticulée par les choix pragmatiques effectués par ses destinataires. Disons-le simplement : si la majorité se félicite de payer moins cher un traitement, comme le permet l'achat de produits en DCI, il n'en va pas de même lorsque l'on doit

systématiquement déboursier pour une consultation, ainsi que l'impose le recouvrement des coûts. Quant à œuvrer pour une communauté (idéologiquement définie par des développeurs, bon sens oblige, on peut raisonnablement supposer qu'il s'agit plus de politique locale que de dévouement compassionnel²...

Mais il s'agit ici de comprendre, non de se gausser. Sans nul doute, certaines de ces actions ont permis d'améliorer, dans un contexte socio-économique difficile – pression démographique, dévaluation, instabilité politique, etc. – la santé d'une partie de la population. Divers indicateurs épidémiologiques l'attestent. Reste qu'il est indispensable de mieux comprendre, en dehors de ces vastes données quantifiées et des évalua-



tions aux accents idéologiques, les pratiques effectives qui régissent les interactions entre les populations et ces services de santé.

Trois enquêtes menées à Bamako, Dakar et Niamey, ont permis d'observer des services de santé de manière intensive, et d'en analyser, par de multiples points de vue, souvent contradictoires, le fonctionnement quotidien. Si les propos énoncés par divers « groupes stratégiques » (soignants, personnels administratifs, malades et « accompagnants », politiques), et les sujets abordés (accès aux soins, corruption, traitements, etc.) sont divers, ils se rejoignent cependant en quelques domaines, bien évidemment tous situés en lisière de la santé publique.

Unité de thèmes donc, bien qu'entre ces trois sites, les contextes démographiques et économiques soient différents. En effet, dans ces villes de plus ou moins grande importance, des histoires politiques particulières et des politiques de développement diverses conduisent à des situations sanitaires distinctes. Disons-le trivialement, et bien évidemment, un peu fausement. Dans la capitale du Niger, les projets mènent la danse, répartissant les trois secteurs de la ville entre l'Etat et les coopérations belge et française. Quelques dispensaires constituent, dans une ville peu urbanisée, les fragiles îlots d'une modernité sanitaire. Bamako, entre nouvelle « décentralisation » et anciennes campagnes de soins de santé primaire, ressemble à un laboratoire un peu brouillon où se mèneraient toutes sortes d'expériences socio-sanitaires. Dakar, enfin, ancienne et véritable ville, sédimente ce qui revient à la politique, à des organismes confessionnels, à des ONG, des coopérations, etc.

Il ne faudrait pas durcir le trait de ces portraits contrastés. Ils soulignent simplement que les

observations et les stratégies d'acteurs, que nous allons maintenant décrire uniformément, se déploient dans des contextes différents. De ce fait, si les procédures sont semblables, leur mise en œuvre et leur envergure diffèrent souvent : parler de réseau, c'est par exemple, à Niamey ou Bamako, évoquer avant tout la parenté et le quartier, à Dakar, s'ouvrir sur de plus vastes appartenances politiques. Mais une fois évoquée cette importance du contexte, et pour reprendre les termes des exigences enfantines, il faut bien essayer de comprendre, non « pour de faux » mais « pour de vrai » et, méthodiquement, ce qu'il en est du quotidien de la santé publique.

Les tâches et les fonctions. Pour la Santé publique, à justes raisons sanitaire et organisationnelle, à chaque profession doit correspondre un ensemble de connaissances et de compétences, une liste des tâches à accomplir et une position hiérarchique que matérialise une place précise dans un organigramme. Et c'est ainsi, afin d'aider à une meilleure planification, que de nombreux manuels croisent les divers « savoirs », « savoir-faire » et « savoir-être » avec des statuts professionnels spécifiques indiquant, de plus, à quel stade de la maladie il est requis de « référer » le patient à un niveau supérieur de compétence. « Optimisme de la volonté sanitaire », ce travail est indispensable. « Pessimisme de l'intelligence anthropologique », aucune entreprise, même sanitaire, ne peut ainsi correspondre à une telle forme d'organisation où toutes les règles seraient impersonnelles et écrites, les postes rigoureusement définis, coïncidant, de plus, avec des compétences que les professionnels rempliraient strictement³.

Plusieurs raisons s'y opposent. Et tout d'abord la confusion des statuts, tels qu'ils sont perçus par les clients des services de santé provoque « un bougé » des hiérarchies : aux fonctions adminis-

trativement établies, répondent les compréhensions et les catégories professionnelles profanes.

En effet, pour le malade, hormis la couleur des blouses – et de nombreuses sont blanches ! –, comment distinguer le médecin de l'infirmier ou de l'aide-soignant ? Tous sont docteurs, même si les uns sont plus « grands » (*dògòtòròba* en bambara ; *lakoto beero* en zarma), ou de moindre importance (*lakoto zankey*, lit. en zarma, docteur enfant). Fort de ces titres, en partie fondés sur la demande, chacun peut alors indûment valoriser un statut subalterne.

De fait, toutes les hiérarchies sont « décalées vers le haut ». De nombreux travaux domestiques étant assignés aux « accompagnantes » – nettoyer le sang des couches, balayer les salles d'hospitalisation ou les cours des dispensaires – restent aux soignants les tâches nobles : les nombreuses « bénévoles » que l'on rencontre dans les centres de santé de ces pays sahéliers reçoivent toutes une rémunération, notamment pour les injections qu'elles effectuent, les infirmiers diagnostiquent et prescrivent, les filles de salles posent des perfusions et font les accouchements, les sages-femmes et les médecins vont dans les « séminaires » ...

Bref, les tâches effectuées ne correspondent pas aux fonctions assignées, et loin des organigrammes, « pour de vrai », au quotidien des services sanitaires, les mots et les titres servent souvent à masquer de multiples empiètements, et le déploiement de stratégies pécuniaires et de gratifications symboliques.

Mais la réalité déborde encore d'une autre manière ces modèles organisationnels, où à un poste, est supposée correspondre une spécialisation des fonctions et des compétences de l'indi-

vidu qui les remplit. En effet, dans la plupart des structures sanitaires, toutes les fonctions subalternes sont « polysémiques » : le gardien est aussi marabout ou jardinier, les manoeuvres sont brancardiers, un aide-soignant est spécialiste des sorts et « laveur de cadavres », et chacun peu ou prou « guide-orienteur » de malade et entre-metteur avec les soignants dans le dédale des services et des consultations. Loin de se limiter à leur stricte charge, les stratégies des acteurs utilisent donc toutes les ouvertures qu'offre leur environnement professionnel, selon ce que nous pourrions nommer une « débrouillardise holiste populaire pragmatique », mêlant les savoirs techniques et sociaux, comme lorsqu'il s'agit, par exemple, de porter physiquement, mais aussi religieusement, les morts.

L'acquisition des fonctions et des compétences. Certains statuts comme ceux de médecin ou de sage-femme sont liés à l'acquisition d'un diplôme. La légitimation d'autres fonctions, comme celle d'aide-soignant, est plus incertaine ; enfin d'autres activités n'exigent pas de réelles compétences techniques (manoeuvre, gardien). Le plus habituellement, ces postes s'acquièrent grâce à divers réseaux de connaissance. Mais une fois dans la place, il faut y rester ; phrase que ces acteurs déclinent sur le mode de « la crème renversée » : c'est aussi en restant que l'on obtient la place.

En effet, la principale stratégie pour entrer dans le métier consiste à « s'incruster » et le statut de bénévole n'a sans doute pas d'autre raison que de permettre de s'installer dans un service pour pouvoir y tisser des liens. Viendra ensuite un salaire, soit officiel, soit obtenu par prévarication. Il faut ensuite « progresser », et pour cela, le modèle d'acquisition de nouvelles compétences est plus celui de l'apprentissage – comme dans un garage ou une menuiserie – que celui

de l'école. En effet, certains actes, comme les injections ou la pose d'une perfusion, voire un accouchement, peuvent être considérés comme de simples techniques, au même titre que changer une roue. Dans bien des cas, « l'apprenti » infirmier ou « apprenti » médecin ne considère que l'aspect visible et technique de l'acte, aux dépens de ses raisons cliniques et thérapeutiques. Il n'est d'ailleurs, en cela, pas très éloigné de sages-femmes qui définissent fréquemment leur travail comme consistant uniquement à réaliser des accouchements, oubliant ainsi tout ce qui concerne les divers suivis « pré » ou « post » natus. Et c'est ainsi, en reproduisant des gestes, que l'on acquiert l'apparence du savoir et le statut qu'il confère. Les fonctions ne sont donc pas « étanches » et séparées mais poreuses et franchissables, pour peu que l'on assimile les techniques qui en sont l'apanage.

Les hiérarchies. Bien que, selon les textes, l'individu ne soit pas propriétaire de sa fonction et ne puisse la transmettre, nombre de situations, apparemment modestes, se présentent comme de véritables commendes laïques : « gardien de père en fils », avec ce qui échoit à cette charge comme logement, traitement et rentes diverses. Les soignants les plus diplômés, comme les « médecins-chets », passent en général assez rapidement au gré des promotions et des affectations. Les plus humbles des personnels techniques restent.

En ce domaine, la force des faibles consiste à « avoir duré », et à « être là », devenant ainsi une des mémoires du lieu, sortes de potentiels témoins à charge pour les actions passées (« magouilles » à l'origine de l'ascension d'un actuel responsable de comité de gestion, erreur professionnelle étouffée, etc.), ou pour les discrets manquements du présent (avortements

réalisés la nuit, utilisation personnelle des ambulances, rendez-vous galants dans le service, etc.). Au visible des titres s'oppose la hiérarchie occulte des secrets partagés.

Mais « durer » c'est aussi vieillir et acquérir ainsi le statut d'ainé et les privilèges que l'âge confère. Il en résulte une sorte de logique des neutralisations réciproques liant les classes d'âge et les hiérarchies professionnelles. Illustrons ce petit mécanisme. Lorsque de jeunes sages-femmes, fraîches émoulues de l'école, entrent avec enthousiasme dans la vie professionnelle et veulent en changer quelques pratiques néfastes, elles ne le peuvent pas parce qu'elles sont à la fois trop jeunes en âge et trop pauvres en expérience et qu'il importe, en plus, « de ne pas trop en faire » pour que l'on ne pense pas qu'il y ait quelque chose derrière : volonté de trop rapide ascension sociale, espoir de séduction des responsables... « Au fil des ans, émoussées par la routine, socialisées dans leur groupe professionnel et admettant ses normes de conduite, elles adopteront les pratiques qu'elles critiquaient. »

Il est fort difficile, dans ce système de contraintes, de s'opposer à ses pairs et seule l'acquisition d'une forte légitimité liée à un titre peut permettre d'agir contre la « korocratie » (de *korô* signifiant aîné en bambara). Cela ne va pas sans difficultés et de nombreux conflits naissent à la jointure de ces deux systèmes de hiérarchies – administrative ou sociale – lorsqu'ils deviennent contradictoires, comme, par exemple, quand le « major » est le plus jeune des infirmiers.

Mais une autre forme de neutralisation, empêchant notamment les sanctions, correspond à l'extérieur de la structure de santé. Dans des villes de taille moyenne et dans des corps professionnels restreints, « chacun tient l'autre par

la barbichette » de l'inter-connaissance et d'une appartenance à un quelconque réseau. De ce fait, les conduites des personnels de santé ne peuvent se comprendre qu'en fonction d'un contexte social large, plus vaste que la seule enceinte d'un service sanitaire. Qu'il suffise ici de citer les statuts liés à l'alliance et à la filiation (les femmes de plusieurs chefs d'Etat sont elles-mêmes des sages-femmes), les interdépendances économiques (conjointes s'occupant des bourses), les obligations de réciprocité dans les groupes de baptême, etc.

Bref, les normes de conduite et les relations entre les professionnels de la santé se constituent en grande partie à l'extérieur de la struc-

ture sanitaire, et là où les organigrammes de la santé publique imaginent des postes et des fonctions précises, les acteurs négocient dans une logique d'hétéronomie des pouvoirs et d'enchâssement des normes et des obligations.

Le fonctionnement : relations pécuniaires, violences et réseaux. Dans la plupart des cas, les salaires des personnels de santé sont bas. Ils correspondent globalement au prix d'achat des céréales de base², et ne peuvent donc assurer la vie d'une famille, encore moins d'une large maisonnée. Ces émoluments ne permettent pas non plus d'assumer les indispensables dons et contre-dons sur lesquels se fonde l'entraide entre



familles ou « promotionnaires ». Dans bien des cas, pratiquer une honnêteté scrupuleuse signifierait donc prendre un risque social réel, puisqu'en n'observant pas le code admis de l'honneur ou de la générosité, l'individu se coupe de la communauté et devient un paria ; ensuite parce que toutes les obligations sociales sont à long terme réciproques, et qu'en les observant, l'individu sert également au mieux ses intérêts « donnant, donnant ». Une fois de plus, la clôture des centres n'est qu'illusoire. Le micro-système économique des Institutions sanitaires est une simple fonction d'une organisation sociale où s'enchevêtrent des obligations et des réciprociétés, et pour le dire fort simplement, parfois, être un bon père ou chef de famille implique d'être un soignant cupide. Loin des discours « humanistes » invoquant le dévouement envers le malade, fort pragmatiquement, les agents de santé doivent pallier leurs difficultés pécuniaires, et ils s'y emploient de diverses manières.

Une première économie d'appoint, celle des *per diem*, séminaires ou missions, est officielle et se surajoute aux salaires avec la régularité des primes. En général captés par le haut de la hiérarchie, ces gains s'ajoutent aux soldes des plus nantis. Cette économie visible et admise, bien que conduisant à la désorganisation chronique des services, est le plus fréquemment organisée par les ONG et les « projets de coopération » pour s'attacher les services des personnels de l'Etat, voire parfois pour en détourner les meilleurs afin qu'ils « montent des programmes » ... pour aider des Etats qui, justement, ne disposent pas de cadres compétents, etc.

Un autre secteur plus « informel » associe au vu et su de tous des « perruques » et des « débrouillardises locales » : utilisation de la chaîne de froid et des réfrigérateurs affectés au

dépôt des vaccinations pour rafraîchir et vendre des boissons, prix à payer pour enterrer les placentas, revente des produits distribués gracieusement par les délégués médicaux, etc.

D'autres tractations, connues mais non officielles, s'appuient sur un fonctionnement lié à la profession, comme l'achat réitéré des mêmes gants pour les accouchements. D'autres encore utilisent des sociabilités locales et demandent, par exemple, « le prix du savon » après les accouchements, ainsi que cela se faisait dans le monde rural, pour remercier les vieilles accoucheuses.

Enfin, d'autres tactiques, moins licites et souvent préjudiciables à la santé des patients, peuvent aussi être mises en œuvre : division du produit des perfusions afin de vendre plusieurs fois un unique traitement, détournement et revente des médicaments à plusieurs malades, paiement préalable à toute injection, utilisation abusive et lucrative des ocytociques pour déclencher rapidement les accouchements⁴, etc. Certes, ces diverses pratiques sont légitimées de multiples manières. Dans les faits, cependant, l'économie réelle des centres de santé s'étend des tactiques officielles à la violence des négligences thérapeutiques et au vol de produits chez les malades.

Au regard des patients, agissant souvent de la même manière dans leur propre sphère d'activité (corruptions policières, des services de l'énergie, de l'école, etc.), les services de santé se présentent donc comme étant potentiellement dangereux, et il importe alors de ne s'en approcher qu'avec circonspection. La principale forme de cette vigilance ou de cet apprivoisement du risque consiste à utiliser différents « médiateurs » qui ont pour fonction de personnaliser les relations avec les personnels soignants, de remettre de la « proximité sociale » dans ce qui semble

étranger et éloigné dans son fonctionnement. Tout concourt à cette fin. C'est ainsi, par exemple, que les agents de santé supposés « sensibiliser » les populations à quelques préceptes sanitaires ou permettre une prise en charge à domicile de certaines pathologies se retrouvent, tels des « agents retournés », utilisés non comme des « personnes relais » vers l'extérieur mais comme des relais vers l'intérieur chargés d'introduire les patients dans les structures de santé et de les confier personnellement à un soignant qui, dès lors, deviendra leur « protecteur ».

Cette personnalisation des relations avec les personnels de santé est constante mais l'organisation de la rencontre entre soignants et clients varie. Certains de ces réseaux d'inter-connaissance se présentent comme « accidentels ». Ils correspondent simplement à des rencontres. Par hasard, « on a une connaissance dans un service de santé ». Viennent ensuite des réseaux par détournement des fonctions officielles. Ils sont construits sciemment en fonction d'un but précis : individualiser la relation avec le personnel sanitaire. Cette pratique est constante au Mali, où, par exemple, les consultations prénatales permettent aux femmes d'identifier parmi l'ensemble du personnel « leur » sage-femme (en bambara urbain : « *ne ka sage-femme* »). Dès lors, dûment rémunérée (aux alentours de 15 000 CFA), celle-ci s'occupera du suivi de sa parturiente et se chargera fréquemment d'assurer l'accouchement, y compris – voire surtout – lorsqu'il se déroule dans un service public.

Enfin, on peut tenter de « construire » des réseaux de manière plus informelle, en utilisant les parentés à plaisanterie avec les personnels de santé ou en portant un boubou brodé pour laisser supposer quelque fortune et la possibilité de largesses à venir... Pour les plus démunis, reste

enfin à utiliser une certaine présence et une certaine contiguïté, comme ces mendiants de Dakar qui, à force de s'asseoir en face du dispensaire, finissent par bénéficier des mêmes exemptions de paiement des soins que les employés.

Bref, ces techniques relationnelles sont nombreuses, mais elles correspondent à deux constantes. Premièrement, l'objectif des malades est d'échapper à l'anonymat. Conséquemment, la stratégie où se rejoignent soignants et soignés consiste en une utilisation privative des services publics ou pseudo communautaires, et pour cela, qu'importe le type de réseau pourvu qu'on ait l'accès à un service personnalisé.

Suite et fin de cet article dans notre prochain numéro.

1. Au Mali, par exemple, 57% des médecins, 41% des infirmiers et 64% des sages-femmes travaillent à Bamako.

2. Les divers rapports techniques concernant la mise en œuvre de cette politique confirment ces remarques. Ils soulignent notamment une amélioration de la prescription et une baisse du prix des ordonnances dans les secteurs public et communautaire, mais par contre de nombreuses difficultés dans la gestion de ces structures de santé.

3. D'une certaine manière, le médecin de santé publique rêve d'une administration bureaucratique telle que la définit Weber (1971). Un mode de légitimité « rationnel-légal » s'y impose « en vertu de la légalité, en vertu de la croyance en la validité d'un statut légal et d'une compétence positive fondés sur des règles établies rationnellement ».

4. Les anthropologues aussi parfois...

5. Les salaires s'échelonnent de 15 000 à 100 000 Cfa. À titre de comparaison, au Mali, 50 kg de riz coûtent aux alentours de 15 000 CFA.

6. Huguet & alii (1997) notent : « Dans les accouchements non dystociques, l'utilisation des oxytociques par les sages-femmes à de forts taux (68,7% en maternité publique et 65,5% en centre hospitalier) peut être considérée comme injustifiée, voire, pour certains auteurs, potentiellement dangereuse pour le nouveau-né. »

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Banque Mondiale, *Investir dans la Santé*, Banque Mondiale, Washington, 1993.
- Benoist, J., « Prendre soins », *Soigner au pluriel*, Karthala, Paris, 1996, pp. 492-505.
- Barché, T., *Anthropologie et santé publique en pays dogon*, APAD-Karthala, Paris, 1998.
- DNSI, *Enquête démographique et de santé 1995-1996*, ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées, Bamako, 1996.
- Etard, J.-E., *Étude de la mortalité maternelle dans le quartier de Bankoni à Bamako*, INRSP, Bamako, 1995.
- Geremek, B., *Les marginaux parisiens aux XIV^e et XV^e siècles*, Flammarion, Paris, 1976.
- Huguet, D., Duponchel, J.-L., Decam C., *Utilisation des oxytociques au cours du travail*, document multicoché, Division de la Santé Familiale et Communautaire, Bamako, 1997.
- Jaffré, Y., « Les traits discrets de la santé et de la prise en charge du malade dans un village du Mali », *revue Prévenir*, 1996, N° 30, pp. 115-121.
- Jaffré, Y., « Pharmacie citadine, pharmacie "per terra" », *Bolcgne, Africa e mediterraneo*, 1999, N° 199, pp. 31-36.
- Jaffré, Y. & Sardan, O. de, (eds), *La construction sociale de la maladie*, PUF, Paris, 1999.
- Le Goff, J., *Un autre Moyen Âge*, Gallimard, Paris, 1999.
- Sardan, O. de, « L'économie morale de la corruption », *Politique africaine*, 1996, n° 63, pp.97-116.
- *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, APAD-Karthala, Paris, 1997.
- Pineault, R. & Daveluy, C., *La planification de la santé*, Montréal, ed. Agence D'Arc-Inc, 1986.
- Polanyi, K., (Pour la traduction française), *La grande transformation. Aux origines politiques et économiques de notre temps*, Gallimard NRF, Paris, 1983.
- Raynaud, C., « Privilège urbain : conditions de vie et santé au Niger », *Politique africaine*, 1987, n° 28, Karthala, Paris, pp. 42-52.
- Rougemont A. & Brunet-Jailly J., *La santé en pays tropicaux*, Doyn, Paris, 1989.
- UNICEF, *La situation des enfants dans le monde*, UNICEF, Genève, 1997.
- *Initiative de Bamako, plus de 10 ans après : 1987-1999*, ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées, Bamako, 1999.
- Vangeenderhuysen, C. & Mounkaila, N., *Enquête multicentrique MOMA sur la mortalité et la morbidité grave au cours de la grossesse*, ministère de la Santé Publique, Niamey, 1996.
- Weber, M., (Pour la traduction française) *Économie et Société*, Plon, Paris 1971.

Nous avons lu pour vous

Martin Winckler, *En écrivant, en soignant*, Indigène éditions, mars 2000.

Si je vous parle de ce livre, c'est suite à la venue de l'auteur dans mon village vendéen pour y rencontrer ses lecteurs et de l'émotion ressentie lors de cette soirée. Et puis aussi parce que ce livre, qui n'est pas un roman, passe en revue vingt ans de nos vies de médecins, et que, si nous écrivions aussi bien que Martin W., nous aurions écrit des textes proches.

Ces vingt ans sont faits de textes déjà publiés et pas n'importe où, puisqu'il s'agit de *Pratiques*, y compris des premiers numéros, et surtout de *Prescrire*, seule revue française de formation professionnelle, indépendante de l'industrie pharmaceutique. On y retrouve, le papa médecin, les révoltes de l'étudiant face au mandarinat, des témoignages de rencontres avec des patients.

C'est là, dans le concis des textes, que nous retrouvons l'empathie, le respect pour la personne, la reconnaissance d'erreurs ; bref, des scènes du quotidien de la vie d'un médecin généraliste. Martin W. nous parle de la mort, du traitement de la douleur, de l'IVG. Il nous dit aussi l'accompagnement de ses parents avant leur mort. Le Balint n'est pas absent du livre, ainsi que la souffrance des soignants.

Et il termine, bien sûr, en nous disant pourquoi il écrit.

Marc Zaffran définit lui-même ce livre comme un recueil de textes militants, je lui laisse la paternité de ces mots.

Christian Bonnaud

**Françoise Davoine, *Mère Folle*
Edition Arcanes - Apertura, 1998.**

C'est dans un étrange récit que nous emmène Françoise Davoine. Sociologue de formation, elle a choisi de travailler comme analyste à l'hôpital psychiatrique. Cheminer avec des psychotiques est difficile et douloureux. Alors elle appelle à la rescousse, sous forme de dialogues imaginaires, divers personnages, « sots » ou bouffons du moyen âge, penseurs comme Erasme, La Boétie, Artaud, Wittgenstein, scientifiques comme René Thom ou Schrödinger.

Elle nous fait rencontrer certains de ses patients et nous fait partager les interrogations qu'ils lui posent. Le livre est un aller-retour permanent entre leurs paroles, leurs questions existentielles et ses tentatives de compréhension à l'aide de tous ces interlocuteurs. Ce qu'elle entend, c'est que « la folie détecte les aires sociales catastrophiques » où se mêlent la grande et la petite histoire. Mais que faire, comment sortir de la paralysie ?

Et là, elle va avec nous trouver Gaetano Benedetti, analyste à Bâle. « Ne pas nier la dimension réelle des catastrophes que les patients ont traversées. » « Tenter d'avoir une idée suffisante de leur malheur. » « Développer l'intelligence de l'analyste, ses capacités d'empathie comme acte de solidarité cognitive. » « Se méfier des interprétations. » « Parler de son fonds propre. » C'est un livre précieux qui parle de la condition humaine et de la tyrannie, du désir de communiquer et de soif de liberté. Il invite le lecteur à aller et venir dans les pages et à accéder à l'univers de la folie.

Elisabeth Maurel-Arrighi

Bernard Joly

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

La découverte de la circulation du sang par William Harvey

(1578-1657)

Les grandes découvertes scientifiques sont rarement le fruit du hasard. Si les théories de Newton ou de Lavoisier nous apparaissent comme de véritables révolutions scientifiques, le travail attentif de l'historien des sciences met en lumière les étapes qui ont conduit à l'émergence de la nouveauté. Bien plus, on s'aperçoit bientôt que les novateurs travaillaient et pensaient à l'intérieur de schémas hérités d'une tradition qu'ils ont certes dépassée, mais sans laquelle les théories nouvelles qu'ils ont élaborées n'auraient jamais pu voir le jour.

La découverte de la circulation du sang et du véritable fonctionnement du cœur par William Harvey illustre à merveille cette situation étrange, dérangeante même pour qui voudrait que la science moderne n'ait pas de compte à rendre aux errements du passé. Certes, la publication de *l'Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus* (*Essai anatomique sur le mouvement du cœur et du sang chez*

les animaux) à Francfort, en 1628, marque une date essentielle dans l'histoire de la médecine. Pourtant, cette grande découverte, qui n'aurait pas été possible sans les patients travaux d'anatomie développés au XVI^e siècle dans les facultés de médecine italiennes, s'inscrit dans de constantes références aux travaux de Galien et à la pensée d'Aristote.

Né à Folkestone en 1578, William Harvey fit d'abord ses études à l'université de Canterbury, avant de partir pour l'Italie suivre les enseignements de la prestigieuse école de médecine de Padoue, dont il reçut le titre de docteur en médecine, en 1602. Fondée au XIII^e siècle, l'université de Padoue devient un lieu privilégié des études médicales en Europe dès le XIV^e siècle. Mais c'est le XVI^e siècle qui est l'époque des grandes innovations. A partir de 1543, Giovanni Battista da Monte invente la clinique en imposant à ses élèves le cours au chevet du malade. C'est à la même époque qu'est fondé le premier jardin des plantes médicinales. En 1594, Fabrice d'Acquapendente dont l'harvey sera l'étudiant, fait construire le premier amphithéâtre d'anatomie per-

manent, mais on n'a pas attendu cette date pour renouveler les études anatomiques, puisque c'est en décembre 1537 que Vésale donne sa première leçon, prémisse de travaux qui déboucheront en 1543 sur la publication de la *Fabrique du corps humain* avec ses célèbres planches où les squelettes et les écorchés prennent des poses avantageuses. Mais les découvertes de Vésale ne sont rendues possibles que par le regain d'intérêt pour l'œuvre anatomique de Galien, dont on vient alors de publier les ouvrages, et qu'il s'agit de corriger et de compléter, plutôt que de l'abandonner.

À côté de ce renouveau de l'anatomie se développe également à Padoue une introduction de la mesure dans la médecine, à travers les recherches de Santorini, qui invente des appareils pour mesurer le pouls et la température du corps, mais qui surtout, par un usage systématique de la balance, met en évidence ce qu'il appelle « la transpiration insensible ». Cet inventeur de la biométrie est un proche de Galilée, qui est alors professeur de mathématiques à l'université de Padoue.

On ne sait pas si Harvey a rencontré Galilée, mais il est clair que le recours aux méthodes quantitatives a joué dans ses découvertes un rôle aussi important que la mise en œuvre des pratiques anatomiques apprises auprès d'Acquapendente. C'est par la mesure des flux sanguins, tout autant que par la dissection, qu'il a pu mettre en évidence les erreurs anatomiques du passé. Galien avait certes réfuté les convictions antiques selon lesquelles le sang était transporté par les veines, tandis que les artères ne véhiculaient que de l'air. Il estime que dans les artères circule un mélange d'air et de sang qui s'est effectué dans le cœur, ce qu'il explique que le sang jaillisse quand on sectionne une artère. Mais cela le conduit à ignorer la petite circulation, puisque l'artère pulmonaire ne sert qu'à l'irrigation des poumons, tandis que la veine pulmonaire ne transporte que de l'air. Cependant Galien, qui a observé que certaines blessures vident complètement un ani-

mal de son sang, admet l'existence d'anastomoses entre les veines et les artères. Bien plus, il suppose que la cloison qui sépare les ventricules est perforée de trous minuscules qui échappent à l'observation, ce qui permet au sang nourricier de se transformer en sang aérien. Mais il n'en déduit pas l'idée d'une grande circulation et ne comprend donc pas le rôle du cœur parce qu'il reste convaincu que le sang des veines, qui est produit par l'estomac et le foie, à partir duquel il circule vers les membres, n'est pas le même que le sang aéré des artères qui est produit par le cœur. Le mouvement du sang dans les artères n'est qu'un va-et-vient comparable à celui des marées.

C'est dès son retour à Cambridge en 1602 que Harvey entreprit les longues et minutieuses expériences dont il rapporte les conclusions dans le *De motu cordis*. Harvey profite des travaux d'anatomie de ses prédécesseurs : Michel Servet, Vésale, Colombo ont observé dès le milieu du 16^e siècle que la cloison du cœur est imperméable et ont reconnu l'existence de la circulation pulmonaire. André Césalpin, qui semble être le premier à employer le terme « circulation » en 1559, insiste sur le rôle des mouvements du cœur. Mais il s'agit là d'hypothèses fragmentaires qui manquent de confirmation expérimentale. Toute la théorie de Harvey se fonde alors sur deux observations principales :

- 1) Si l'on admet qu'à chaque contraction du cœur, il passe dans l'aorte une once de sang, on pourra calculer qu'en une heure, il passe par le cœur plus de sang que l'organisme n'en contient.
- 2) Comme Fabrice d'Acquapendente l'a montré, les artères et les veines possèdent des valvules qui interdisent au sang de rebrousser chemin.

C'est au chapitre huit de son ouvrage que Harvey expose sa thèse centrale. Il s'exprime alors en ces termes : « En réfléchissant à l'admirable mécanisme des valvules, des fibres et de toute la structu-

re du cœur, à l'abondance du sang mis en mouvement, à la rapidité de ce mouvement, je me demandais si le sur des aliments ingérés pouvait suffire à renouveler incessamment le sang incessamment épuisé. Je compris que les veines seraient vidées et épuisées; et que, d'autre part, les artères se rompraient par cet afflux continu de sang, si le sang ne retournait par quelque voie des artères dans les veines et ne revenait dans le ventricule droit du cœur. »

Pour en arriver à l'expression de cette doctrine, Harvey s'est d'abord livré, dans les premiers chapitres du *De motu cordis*, à une analyse anatomique de la structure du cœur et de son fonctionnement. Il met ainsi en évidence le rôle de chacune des veines et des artères, c'est-à-dire les rapports entre le cœur et les poumons, ce qui constituait précisément l'un des points obscurs des doctrines précédentes. Mais il montre aussi de manière particulièrement précise que le cœur

fonctionne comme une pompe, et que l'expulsion du sang ne correspond pas, comme le croira Descartes à la même époque, à la diastole, mais bien à la systole. Bref, c'est une contraction musculaire qui est la cause du mouvement du cœur, et non pas une dilatation provoquée par l'échauffement du sang.

Dans la suite de son ouvrage, Harvey démontre le bien fondé de la doctrine qu'il a ainsi clairement exposée. Il a recours à une série d'expériences principalement fondées sur des ligatures du bras, lâches ou serrées qui, en mettant en évidence le gonflement des veines ou des artères, permettent de reconstituer le cheminement du flux sanguin. La simplicité de ces expériences semble rapprocher Harvey des méthodes de la science moderne. Mais d'autres arguments qu'il utilise nous rappellent qu'il est bien fils de son temps. Ainsi, dans le chapitre huit, après avoir établi le principe de la circulation, il pour-



suit : « On peut donc appeler ce mouvement du sang, mouvement circulaire, comme Aristote avait appelé circulaire le mouvement de l'atmosphère et des pluies. En effet, la terre humide est desséchée par la chaleur du Soleil ; les vapeurs, à mesure qu'elles s'élèvent, se condensent : alors elles tombent sous la forme de pluies et arrosent la terre, et de cette manière prennent naissance les saisons et les différents météores, grâce au mouvement circulaire du Soleil qui tantôt s'éloigne et tantôt se rapproche. »

S'étant refroidi en circulant dans les différentes parties du corps, le sang « retourne alors à son principe, c'est-à-dire au cœur, comme au dieu créateur et protecteur du corps, pour y reprendre toute sa perfection. Là il trouve une chaleur naturelle, puissante, qui est le trésor de la vie, qui est riche en esprits vitaux (...). Ainsi le cœur est le principe de la vie et le Soleil du microcosme, comme on pourrait en revanche appeler cœur du monde le Soleil. C'est par lui que le sang se meut, se vivifie, résiste à la putréfaction et à la coagulation. »

Harvey reprend cet argument au chapitre quinze, en se référant alors explicitement à un traité où Aristote affirmait que « la mort est une corruption qui vient du défaut de chaleur (...). Il faut donc, poursuit Harvey, qu'il y ait un point qui soit l'origine de cette chaleur, qui soit comme le foyer tutélaire où la chaleur naturelle et les éléments du feu sont contenus et conservés, que de ce foyer la chaleur et la vie se répandent dans toutes les parties du corps. »

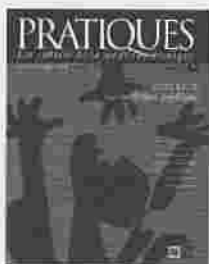
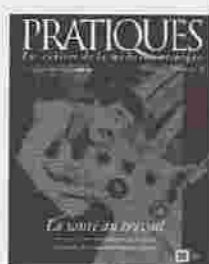
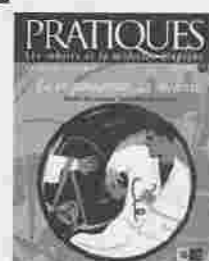
On le voit, loin de se poser en adversaire de la tradition aristotélicienne, comme le font nombre de ses contemporains, Harvey s'emploie au contraire à marquer la conformité de sa doctrine avec l'un des principes fondamentaux de la physiologie antique : la vie est due à une chaleur vitale qui réside dans le cœur. Il adopte d'ailleurs la même attitude à l'égard de Galien : certes, il le corrige et le critique sur des points essentiels

où ses observations furent erronées ou mal interprétées, mais il ne manque pas une occasion d'insister sur l'importance des observations exactes qu'a pu faire le médecin de Pergame. Et lorsque, en 1649, il répond aux attaques du médecin parisien Jean Riolan, qui le critiquait au nom de la tradition, il affirme que « la circulation du sang ne détruit pas la vieille médecine, mais la soutient au contraire, en établissant la physiologie médicale sur l'observation des phénomènes naturels ».

On pourrait y voir la prudence d'un homme exaspéré par les attaques des médecins galénistes, qui défendent leurs maîtres en utilisant des arguments misérables. À côté d'un Jean Riolan dont les critiques restaient courtoises, Guy Patin, lui aussi professeur à la faculté de médecine de Paris, n'hésite pas à nommer Harvey et ses partisans des « circulatores », jouant ainsi sur le double sens du terme, qui désignait aussi les médecins ambulants, charlatans se déplaçant dans les foires pour y vendre des remèdes de leur invention.

Mais on remarquera aussi que la circulation naturelle générale, dont la circulation du sang n'était, aux yeux de Harvey, qu'un cas particulier, constitue en ce début du XVII^e siècle une doctrine qui peut évoquer bien d'autres philosophies que celle d'Aristote. L'insistance mise sur le rôle central du Soleil, la correspondance entre le microcosme qu'est le corps humain et le macrocosme que constitue l'univers, le modèle même d'une circulation dont le modèle est la distillation dans l'alambic, tout cela renvoie à une philosophie néoplatonicienne qui avait produit ses effets dans le géocentrisme de Copernic et la géométrisation de la nature par Galilée, mais aussi dans les travaux des alchimistes paracelsiens. Certes, Harvey se garde bien d'adhérer aux thèses de la médecine chimique dont il ne dit mot. Mais la tradition qu'il prétend respecter est interprétée à la lumière des idées de son temps. C'est d'abord en ce sens que l'on peut dire qu'il fut moderne.

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



Pratiques ou les cahiers de la médecine utopique

prochain numéro :

- n°11 : Choisir sa vie, choisir sa mort

numéros disponibles :

- n°1 : La société du gène
- n°2 : La souffrance psychique
- n°3 : Penser la violence
- n°4 : Santé et environnement
- n°5 : La santé au travail
- n°6 : Sexe et médecine
- n°7 : La responsabilité du médecin
- n°8 : La santé n'est pas à vendre
- n°9 : L'hôpital en crise
- n°10 : Folle psychiatrie

ABONNEZ-VOUS A PRATIQUES

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

Pratiques a besoin de vous !

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

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

Merci et à bientôt,

La rédaction

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

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

BULLETIN D'ABONNEMENT

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

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 : Nathalie Ferron
Secrétariat, relations presse : Jocelyne Deville, Marie-Odile Herter

Responsable de diffusion : Dominique Tavé
Comité de rédaction : Ghislaine Audran ;
Geneviève Barbier ; Christian Bonnaud ;
Jean-Luc Boussard ; Daniel Coutant ;
Martine Devries ; Monique Fontaine ;
Hélène Girard-Stern ; Catherine Jung ;
Elisabeth Maurel-Arrighi ; Anne-Marie Pabois ;
Elisabeth Pénide ; Anne Perraut-Soliveres ;
Bernard Senet.

Correspondants : Olivier Boitard ; Geneviève Busson ;
Marie-Hélène Favarger ; Bernard Joly ; Elisabeth
Lapeyrade ; Noëlle Lasne ; Jean-Pierre Lellouche ;
Ginette Marchive ; Daniel Piquet ; Philippe Regard
Monique Sicard.

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

Les titres, sous-titres et chapeaux sont de la responsabilité de la rédaction.

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 : editlions.indigene@wanadoo.fr

Diffusion : Harmonia Mundi
Imprimerie : Contraste, S.L.
Sant Quirze del Vallès - Espagne
Photogravure : Miko, S.L. Barcelona - Espagne

Dépôt légal deuxième trimestre 2000
commission paritaire n° 67150A5
ISSN 1161-3726
ISBN 2-911939-27-1

Publié avec le concours du
Centre National du Livre

BULLETIN D'ABONNEMENT

PRATIQUES

Les cahiers de la médecine utopique