

Pratiques

111

Les cahiers de la médecine utopique

Octobre 2025 • 21 €

Science sans confiance
n'est que ruine de la santé...



Pratiques

Les cahiers de la médecine utopique


Une revue à défendre

Depuis ses débuts, en 1975, *Pratiques* occupe une place particulière dans le paysage des revues. Elle s'efforce de repérer, décrypter et analyser les différentes dynamiques à l'œuvre dans les questions de soin et de santé, au carrefour du social, du politique, des sciences, de la philosophie, de l'anthropologie, de l'art...

Les lieux de soins ne peuvent remplir leur fonction qu'à la condition que la personne puisse y être entendue et prise en compte dans toute sa complexité et sa singularité. Ils doivent lui permettre de repérer l'influence de l'environnement, des conditions de vie et de travail et des dysfonctionnements de la société, sur sa santé dans toutes ses composantes.

Pratiques propose une réflexion, à partir de savoirs croisés, qui nous concerne tous. Son ambition est de contribuer à la défense d'un système de santé de qualité, solidaire et accessible à tous.

Les colonnes de *Pratiques* sont ouvertes aux acteurs de la santé et du social, aux professionnels des sciences humaines et aux usagers de la médecine, les invitant à partager leurs expériences, leurs points de vue et leurs initiatives dans le champ de la santé.

La revue *Pratiques*, les cahiers de la médecine utopique, mène une analyse critique constructive et indépendante sans publicité ni subvention. Elle est animée par des bénévoles et n'a d'autres ressources que ses lecteurs. 

Vous disposez ici de la version électronique indexée du n° 111
Page 97 : conseils techniques pour vous en faciliter l'usage
Page 98 : sommaire index des mots clés
Vous pouvez vous servir des signets pour naviguer plus commodément.

Toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, de la présente publication, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite (article L 122-4 du Code de la propriété intellectuelle) et constitue une contrefaçon.

L'autorisation de reproduire, dans une autre publication (livre ou périodique) un article paru dans la présente publication doit être obtenue après de l'éditeur (Les Éditions des cahiers de la médecine utopique, adresse ci-dessus).

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre Français d'exploitation du droit de Copie (CFC) – 20 rue des Grands Augustins – 75006 Paris – Tél. 01 44 07 47 70 – Fax 01 46 34 67 19.

Octobre 2025

Science sans conscience n'est que ruine de la santé...

Pratiques, les cahiers de la médecine utopique sont édités par Les éditions des cahiers de la médecine utopique, dont la présidente est Isabelle Canil.

La revue *Pratiques* est éditée depuis 1975.

La nouvelle formule a été dirigée par Patrice Muller jusqu'en 2008.

Directeur de la publication : **Isabelle Canil**

Directrice de la rédaction : **Anne Perraut Soliveres**

Rédaction

Alexia Bang, Éric Bogaert, Lionel Leroi-Cagniard, Anne Pagès, Bernard Roy, Catherine Thomas, Loïc Tranchant, Caroline Urbain, Jean Vignes

Responsable du site : **Éric Bogaert**

Secrétaire de rédaction, diffusion : **Marie-Odile Herter**

Couverture : **E. Ermakova**

Graphismes : **Éloi Valat**

Imprimerie : **Imprimerie Chirat**

744, rue Saint-Colombe, 42540 Saint-Just-La-Pendue
tél. : 04 77 63 25 44 – e-mail : pao@imp-chirat.fr

Revue trimestrielle

Rédaction et abonnements :

tél./fax : 01 46 57 85 85

e-mail : revuepratiques@free.fr – www.pratiques.fr

52, rue Gallieni, 92240 Malakoff – France

Dépôt légal : 4^e trimestre 2025

Commission paritaire n° 0927G83786

ISSN 1161-3726 (imprimé) – ISSN 3076-9957 (en ligne)

ISBN : 978-2-492952-09-8

Les fossoyeurs du soin

C'est officiel : nous sommes désormais une espèce menacée, en *voix d'extinction*. Nous, les soignants, ceux qui ont fait le choix de la rencontre, de la responsabilité et de l'éthique.

Car les experts l'affirment, de manière très décomplexée : nous sommes surtout incompetents, réfractaires, ignorants, indociles... Alors, ils veulent soit nous mettre en conformité, soit nous éliminer, tout simplement. Quitte à user de méthodes autoritaires : recommandations opposables, remises à niveau par des formations « utilitaires », des applications obligatoires de méthodes et prestations standardisées. Tout cela ruisselle, ça dégouline de larmes de technocrates éclairés...

Voilà, vous vous soumettez, ou vous disparaîsez. Car les rétorsions sont déjà là : reprise des dotations budgétaires, « descentes » dans les établissements, judiciarisation des pratiques, menaces de fermeture... Ceux qui résistent et qui ne s'alignent pas spontanément, le feront sous la contrainte. On va les dompter. À coups de cahier des charges, de transformation de l'offre, de réorganisation, de management innovant. Il faut participer, devenir des prestataires solvables et s'engager dans les nouveaux dispositifs : plateformes, équipes mobiles, centres experts, applications numériques, utilisation de l'IA... De la fluidité et de l'inclusion !

Libérez-vous enfin de vos vieilles rengaines ! Ayez le courage de devenir modernes, définitivement ! Prescrivez, greffes fécales, télésurveillance ! Prélevez des données, recherchez les biomarqueurs, profilez, rentabilisez ! Attirez les entreprises, les mécènes, les partenariats disruptifs avec le privé lucratif !

Las ! Laissez-vous séduire, cela va bien vous soulager. Plus besoin de se faire du souci, d'être affecté ou de suer. Dorénavant, vous appliquez, en tant que spécialiste, tranquille. Sans avoir besoin de se salir les mains. Vous avez tous les bilans, les questionnaires, l'imagerie. Des examens qui coûtent un bras, et qui en jettent. Là, c'est de la précision, de la fiabilité et des données probantes. Aux chiottes les liens et la singularité. Plus besoin de se fader les confrontations qui bousculent. On fait définitivement taire la clientèle. Et tout le monde est content. Et puis, une fois votre expertise révélée, c'est fini, vous n'aurez plus à revoir, à assumer les conséquences de vos prescriptions. L'avantage du précaire et de l'éphémère, c'est qu'on expédie. Votre voix est insondable, elle n'a pas de compte à rendre. Peu importe si c'est irréalisable, si c'est indécent, si c'est violent. Vous, vous êtes immaculés et infaillibles. Vous énoncez la pureté du Vrai. Le réel, vous pouvez vous en foutre, en toute allégresse. Hélas...

Maintenant, vous êtes un véritable professionnel, prêt à repérer, à diagnostiquer à la chaîne, à trier, à mettre en filière. Vous êtes tout en haut de la pyramide, perché au niveau 3. Vous surplombez. Vous pouvez dénigrer, vous pouvez dégoûter sur tous les prolétaires du soin, qui ne font que de la merde. De toute façon, c'est à cause d'eux que cela ne fonctionne pas. Si seulement ils vous écoutaient, car vous surnagez désormais dans les hautes sphères, dans la pureté de la Science. Et vous observez donc, non sans une certaine acrimonie, tous ceux d'en bas. Ils s'acharnent, ils s'agitent, ils se plaignent. Ils en viennent même à manifester, quand on les écrase.

Qu'ils se taisent, qu'on les dompte ! C'est à cause d'eux qu'on attache, qu'on muselle, qu'on isole. Ils n'appliquent pas, ces cons. Ils se frottent aux personnes, alors voilà. Pourtant faut pas... c'est plus recommandé.

Nous resterons donc des personnes peu recommandables, jusqu'aux obsèques de ces croque-morts... **P**

Dr BB

Science sans confiance n'est que ruine de la santé...

- 4 IDÉES**
Bernard Roy
Données probantes et données parlantes
- 12 Laurent Carrive**
La santé entre science et politique
- 17 Olivier Boitard**
Certification : ni science, ni confiance
- 18 Frédéric Pierru**
Qui sème le mépris récolte la défiance
- 21 Serge Klopp**
Crise sanitaire et enjeux politiques
- 24 Éric Bogaert**
Le docte heur de l'incertitude
- 27 Isabelle Canil**
Sganarelle et le TND
- 32 Pierre Dardot**
Expertise, expérience, démocratie
- 34 Eva Témoïn et Benoit Marsault**
Viens dans l'ouvert, ami
- 38 George-Henri Melenotte**
Il y a bientôt 70 ans
- 42 Alain Quesney**
L'automne de la psychiatrie
- 44 Jean Doubovetsky**
Non-infériorité, mon œil
- 46 Armelle Roylin**
L'hôpital au miroir du néolibéralisme
- 48 Françoise Hildesheimer**
Anachroniques similitudes
- 54 Alain Quesney**
Prière d'insérer
- 58 René Fiori**
Le totalisme de la science en santé
- 60 Le Chardon**
Du Covid non soigné au Covid long
- 64 Frédéric Teste**
Miser sur l'inexpliqué
- 67 François Maréchal**
Ode à la relation de soin
- 70 Emmanuel Kosadinos**
Les déclinaisons d'une autre médecine
- 72 Didier Ménard**
Il faut sauver les SEC-Pa
- 74 Jamal Abdelkader**
« Claquer la porte »

La crise de confiance qui découle de la gestion de l'épisode Covid associée à la dégradation du système de santé compromet un accès serein au soin.

76 **Collectif Sainte Marguerite à Saint-Alban**
Devenir soignant en psychiatrie

MAGAZINE

82 **Sylvain Mongabure**
Traiter l'alimentation comme la santé...

86 **Caroline Urbain**
Battre en retraite

88 **Le Bus Anonyme**
Accessibilité des transports

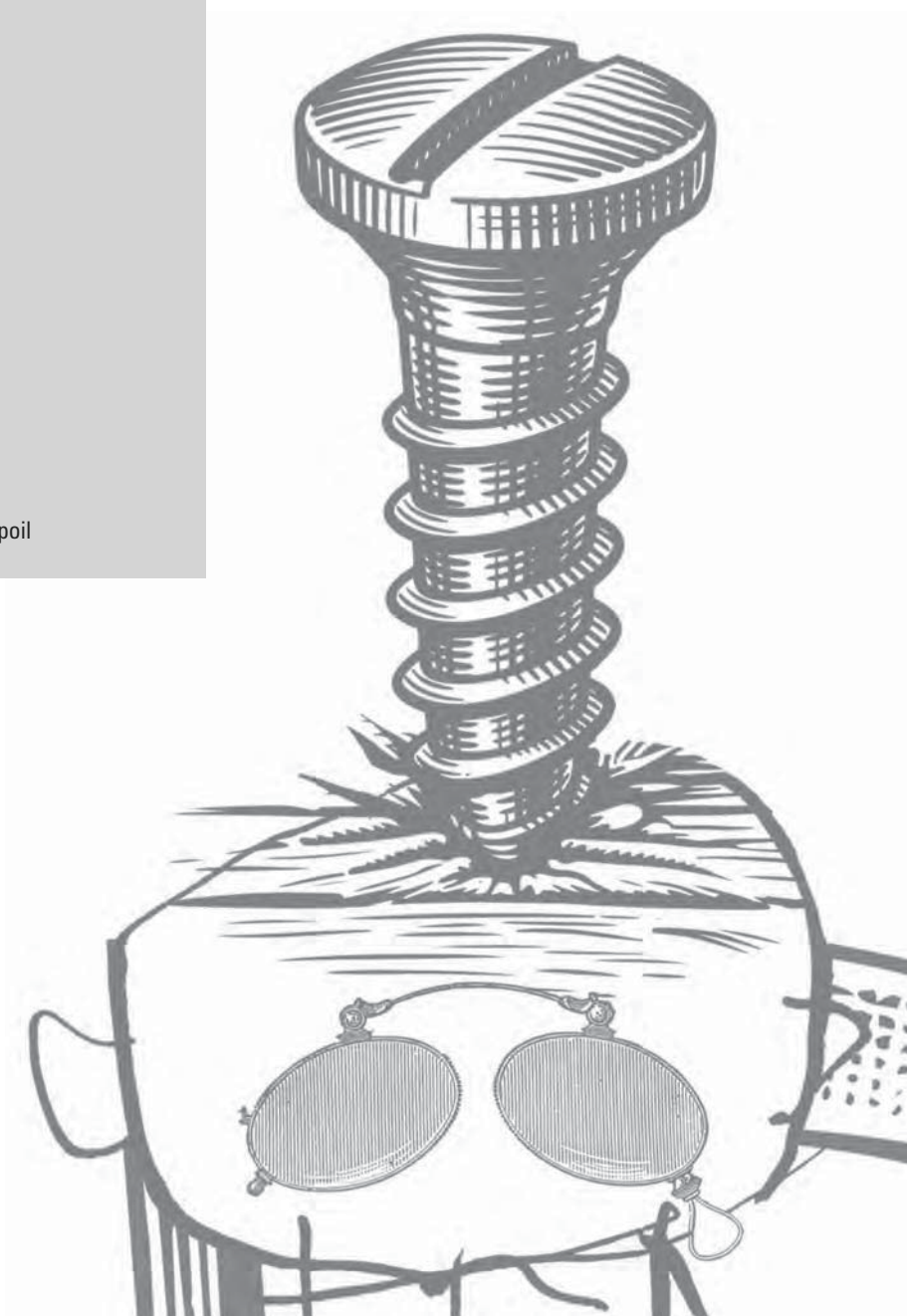
90 **Christophe Esnault**
Lettre à la mort

91 **Georges Yoram Federmann**
Dernier point d'accueil SNCF ?

NOUS AVONS LU

92 **Georges Yoram Federmann**
Jean Dubovetsky,
Covid-19, humains contre virus

94 **Alain Quesney**
Sous la direction de Mathieu Depoil
En dehors des murs



Données probantes et données parlantes

Je suis devenu infirmier à l'aube de la trentaine. Au moment d'obtenir mon droit de pratique, j'avais déjà derrière moi près de trente années de vie, d'errances et d'expériences.

Bernard Roy

Professeur titulaire, faculté des sciences infirmières, université Laval

En décembre 1985, moins d'un an avant de soufler mes trente bougies, j'obtenais enfin mon tout premier diplôme : un diplôme d'études collégiales (CÉGEP) en soins infirmiers, au terme de trois longues années de formation. Ce diplôme venait clore un parcours de formation morcelé : une première année et demie en soins infirmiers laissée en suspens, une longue parenthèse militante et artistique, puis une reprise complète de la formation dans un autre établissement.

Entrer tard dans la profession

Au Québec, les collègues d'enseignement général et professionnel (CÉGEP) occupent une place particulière : un entre-deux entre l'école secondaire et l'université ou le marché du travail. Au milieu des années 1970, j'y ai croisé quantité de jeunes qui semblaient déjà savoir où ils allaient. Moi pas. J'ignorais même, pour l'essentiel, comment orienter ma vie. J'ai donc choisi la philosophie, par intuition plus que par projet, programme, que je n'achèverai pas. Mon engagement militant prendra rapidement toute la place, reléguant les études collégiales à l'arrière-plan.

Naître et grandir en pleine Révolution tranquille

Je viens d'une famille modeste. À la maison, mon père et mon frère aîné parlaient souvent de politique, surtout de politique québécoise, un peu de la canadienne mais avec détachement... Né en 1956, j'ai grandi au cœur de ce que l'on a plus tard appelé la Révolution tranquille. Je l'ai vécue de l'intérieur : la sécularisation rapide, l'ouverture de l'école, l'arrivée d'un réseau public de santé, l'affirmation d'un État qui se voulait au service de la population. Tout cela transformait non seulement la société, mais aussi notre manière de nous penser collectivement. Un nationalisme québécois progressiste et assumé prenait forme autour d'idéaux de justice sociale, de dignité, d'émancipation, d'ouverture sur le monde.

Nationalisme, art et justice sociale

Cette effervescence passait aussi par l'art. Elle se chantait, s'écrivait, se racontait. Félix Leclerc, Gilles Vigneault, Pauline Julien, Jacques Michel – pour ne

nommer que ceux-là – donnaient une voix, souvent militante, aux aspirations d'un peuple en quête de parole et de reconnaissance. Michel Tremblay, Réjean Ducharme et tant d'autres écrivains et poètes œuvraient autrement, en travaillant la langue, l'identité et l'expérience du quotidien. Pour moi, l'art n'était pas un simple décor : il participait pleinement à la construction d'une conscience politique, d'une identité collective et d'une fierté intimement liée aux luttes sociales et à la question d'un vivre-ensemble assumé.

Réformer la santé : une promesse collective

C'est aussi dans ces années-là que le système de santé québécois est profondément réformé, notamment avec la Commission Castonguay-Nepveu. On parle alors d'un autre rapport au soin : moins centré sur l'hôpital et le médecin, davantage ancré dans les territoires, la prévention et la communauté. La création des Centres locaux de services communautaires (CLSC) incarne cette promesse : des lieux de soins de première ligne, mais aussi d'intervention sociale, d'éducation populaire et de participation citoyenne.

Je n'en mesurais pas encore toute la portée, mais ces idées ont peu à peu façonné ma manière de penser la santé, le politique et l'engagement. D'autant plus qu'autour de moi, une large part de la population francophone vivait dans des conditions difficiles : peu scolarisée, occupant souvent des emplois précaires, et confrontée à une pauvreté bien réelle, particulièrement dans les milieux ouvriers et ruraux.

Mes repères se sont construits là : dans les discussions familiales, les chansons entendues à la radio, les livres qui circulaient, mais aussi dans ce climat mêlé d'espoir, de colère et de désir de transformation. Par l'entremise de mon frère aîné, le plus revendicatif de la famille, je découvre alors Ivan Illich et *Némésis médicale*, une lecture qui s'avérera déterminante.

C'est aussi une époque traversée de fortes tensions politiques. Le Parti québécois prend sa place, tandis que des mouvements plus radicaux, comme le Front de libération du Québec, marquent les esprits. La Crise d'Octobre, au début des années 1970, fait l'effet d'un choc : enlèvements, assassinat de Pierre Laporte, armée déployée dans les rues de Montréal. Le Québec

sera, un temps, en état de siège. Un temps de l'histoire qui laissera des traces.

J'étais à peine sorti de l'adolescence, mais déjà habité par une quête de justice sociale qui prenait racine au cœur même de ma famille, où se vivait, trop souvent de manière orageuse, une fracture parentale, indissociable de la montée d'une prise de conscience féministe chez ma mère.

Quelque chose était en train de se déplacer en moi et allait peu à peu structurer mon rapport au monde, au politique et, je ne le savais pas encore, au soin.

Je mesure aujourd'hui l'écart considérable entre cette promesse collective et ce que j'allais plus tard observer sur le terrain. Les CLSC incarnaient une vision émancipatrice du soin, profondément ancrée dans les milieux de vie, mais cette vision sera progressivement grignotée par une logique de gestion, de normalisation et de spécialisation. Ce décalage, je ne pouvais évidemment pas le percevoir à l'époque. J'étais encore aux intuitions, à une sensibilité politique diffuse, nourrie par les débats familiaux et les bouleversements sociaux qui traversaient le Québec. Il faudra des années de pratique, souvent en marge des institutions centrales, pour que cette contradiction devienne pleinement lisible : celle d'un système porteur d'un discours communautaire, mais de plus en plus incapable d'en soutenir les conditions concrètes.

Errance scolaire et radicalisation militante

Mes études collégiales s'étireront ainsi sur près de dix années. Inscrit dans un programme de philosophie quasi expérimental, je fais la connaissance, dès la première année de groupes d'extrême gauche, actifs dans le milieu étudiant. L'un d'eux, particulièrement influent, se nomme « En Lutte ». Il s'agit d'un groupe marxiste-léniniste fondé au milieu des années 1970 par Charles Gagnon, figure marquante de la Révolution tranquille.

Je m'engage comme militant au sein de cette organisation. « En Lutte » prône la prolétarianisation des militants, c'est-à-dire l'abandon des trajectoires étudiantes au profit d'un enracinement dans la classe ouvrière, perçue comme le sujet central de la transformation sociale.

Pour le jeune adulte que je suis alors, cette posture offre tout à la fois un cadre idéologique structurant et un fort sentiment d'appartenance. Je reconnais toutefois que cet engagement répondait aussi à une forme d'aveuglement, moins le fruit d'une compréhension fine du monde que d'un besoin pressant de sens, à un moment de la vie où le doute l'emportait sur les certitudes.

C'est dans ce contexte que je deviens d'abord préposé à l'entretien ménager à l'hôpital de l'Enfant-Jésus, alors le plus important centre de traumatologie et de neurologie de l'est du Québec. Durant une décennie, je ferai des allers-retours constants entre le travail et les études, occupant souvent un emploi à

temps plus que partiel, surtout de soir et de nuit. J'occuperai divers postes : préposé aux bénéficiaires, brancardier, préposé à la chambre noire (développement des Rx en chromatique), puis aux archives.

Cette immersion prolongée dans l'univers hospitalier, à partir de ses fonctions les moins visibles, marquera profondément mon regard sur l'institution, le soin et les rapports de pouvoir qui les traversent. Je connaîtrai l'hôpital sous toutes ses coutures, des sous-sols surchauffés au bloc opératoire, en passant par l'urgence, les unités de soins chroniques, la chirurgie et même les soins intensifs.

Rencontres déterminantes et horizon infirmier

C'est aussi au CÉGEP que je ferai des rencontres qui marqueront durablement mon parcours. Je rencontre d'abord Patricia, étudiante en soins infirmiers. Une fois sa formation finalisée, elle ira travailler dans des communautés Eeyou (Cries) de la Baie-James, dans le Nord québécois. Elle m'écrira fréquemment pour me raconter ses aventures d'infirmière nordique. Je fréquente également d'autres jeunes étudiantes en soins infirmiers. L'une d'elles se prénomme Jeanne-Mance, jeune femme à l'esprit libre qui partira plus tard travailler comme infirmière au Nicaragua.

Je rencontrerai aussi Louise Gareau. Plusieurs années plus tard, en 2008, j'écrirai un livre consacré au parcours de vie exceptionnel de cette infirmière¹ : militante pour le droit à l'avortement, elle ira travailler auprès des sandinistes durant la révolution nicaraguayenne, plus tard au Rwanda.

À travers ces rencontres, une évidence s'impose peu à peu à moi : le militantisme pour la justice sociale et pour le mieux-être des populations marginalisées me paraît intimement lié aux soins infirmiers. Soins et justice vont de pair.

Je mesure aujourd'hui le paradoxe de ce cheminement : je finirai par compléter une formation en soins infirmiers précisément pour quitter le milieu hospitalier ou, à tout le moins, pour m'en extraire partiellement afin d'articuler autrement militantisme et soin.

Après m'être investi quelques années dans une carrière d'auteur-compositeur-interprète de chansons engagées (j'aurai même le privilège de chanter en première partie de Francesca Solleville, figure marquante de la grande tradition française de la chanson engagée), au théâtre du Petit Champlain, à Québec, au début des années 1980, un certain déplacement s'opère progressivement.

Je finis par prendre la décision de compléter l'ensemble des cours d'une technique en soins infirmiers. Il faut toutefois préciser que cette formation ne s'est pas faite d'un seul trait. J'avais en effet abandonné une première formation collégiale à la suite d'un échec au stage d'obstétrique – un épisode qui cristallisera à la fois mon malaise profond face à l'enseignement reçu et mon éloignement provisoire de cette voie.

J'éprouvais alors un fort sentiment d'infantilisation

dans le contexte des cours dispensés par des professeurs infirmières. Ce malaise atteindra un point culminant lorsque le corps professoral, d'un même élan, entreprendra de nous enseigner le modèle conceptuel des quatorze besoins fondamentaux de Virginia Henderson. Je souhaitais apprendre à penser, à me questionner, à interroger le soin. On m'apprenait plutôt à évaluer les personnes à l'aide d'une grille fermée de besoins dits « fondamentaux », dans laquelle il s'agissait de cocher des cases – oui, non – afin d'élaborer un plan de soins présenté comme rigoureux, l'infirmière étant appelée à suppléer aux déficiences ainsi mises en évidence.

Moi, j'adhérais plutôt, à l'époque, à la pyramide de Maslow. Je questionnais l'absence complète de la sexualité dans le modèle d'Henderson. Pourquoi cette dimension essentielle de l'expérience humaine était-elle évacuée ? Mes questions irritaient les enseignantes. Elles troublaient un cadre présenté comme indiscutable. Ironiquement, cette insistance autour de l'angle mort que constituait la sexualité animera, bien plus tard, certains débats au sein de la discipline infirmière.

Lors d'une session en obstétrique, je dois réaliser un stage au cours duquel les étudiantes doivent participer aux soins prodigués à des femmes en travail. Témoin de la pose maladroite de forceps par un médecin en cours de spécialisation, je suis littéralement révolté. Je m'adresse alors à un gynécologue présent dans le bureau des infirmières et lui lance, sans détour, une phrase qui me vaudra l'échec de mon stage : « C'est de la boucherie que vous pratiquez ici ! »

Entre ces deux périodes de formation en soins infirmiers, je m'investirai de manière intense dans la chanson. Malgré certaines réussites – spectacles, télévision, enregistrement d'un 33 tours –, cette voie ne me permettra pas de gagner ma vie. Je continuerai à travailler comme préposé aux bénéficiaires (aide-malade) à l'hôpital, tout en m'endettant pour produire mon album de chansons. C'est aussi cette contrainte matérielle qui mettra fin à cette parenthèse artistique. Je devais « gagner ma vie » !

Je ferai alors un choix que je qualifierai de rationnel : obtenir rapidement un diplôme en soins infirmiers afin de m'ouvrir des perspectives professionnelles et, paradoxalement, de pouvoir quitter le milieu hospitalier. Je m'engage dans l'année et demie de formation qu'il me manquait avec un objectif précis : accéder, le plus vite possible, à un emploi d'infirmier *donde no hay doctor*, là où l'absence de médecins oblige à repenser les responsabilités, les savoirs et les gestes du soin.

Ce diplôme, loin de m'enfermer dans l'hôpital arpenté de long en large et de haut en bas, allait m'ouvrir à d'autres horizons : l'Afrique, l'Amérique latine, la nordicité. Des territoires éloignés où le soin ne se réduit ni à l'application stricte de protocoles ni à l'obéissance hiérarchique, mais devient une pratique située, profondément relationnelle, indissociable des condi-

tions sociales, culturelles et politiques dans lesquelles elle s'exerce. Du moins, c'était là le fantasme que je nourrissais à l'époque.

Direction générale des services médicaux aux Indiens

Après quelques mois à exercer comme infirmier dans un grand hôpital de Montréal, je reçois une lettre de Santé Canada. On me convoque à une entrevue dans les bureaux de la Direction générale des services médicaux (DGSM). À l'issue de cette rencontre, on m'offre un poste d'infirmier en rôle élargi dans le village montagnais de La Romaine, sur la Basse-Côte-Nord du Saint-Laurent – une communauté aujourd'hui désignée par son nom innu, Unamen Shipu². Il serait trop long d'expliquer ici les raisons historiques et politiques de ce changement de toponymie, mais il est loin d'être anodin.

Avant même de me remettre officiellement les clés de ce poste, les responsables de la DGSM tiennent à m'adresser une mise en garde. On me précise, sans détour : « Une fois en poste à La Romaine, nous vous interdisons de développer des liens d'amitié avec les Indiens. »

Cette prescription marquera d'emblée mon rapport à cette fonction, à mon employeur et à la conception du soin qu'elle incarnait. Et, comme le révèlent déjà les premiers jalons de mon parcours, je n'ai jamais été très obéissant.

De la ville au territoire – devenir l'étranger

Le 23 juin 1986, je quitte, non sans appréhension, la vie urbaine que j'avais toujours connue pour entreprendre une aventure dont je ne mesurais pas encore la portée : celle d'infirmier en rôle élargi auprès d'une population que je ne connaissais pas du tout.

Mon voyage débute le 23 juin 1986, à l'aéroport de Québec. Je prends d'abord un avion à réaction qui me transporte jusqu'à Sept-Îles, à plus de 600 km au nord-est. De là, j'embarque dans un second appareil, un bimoteur de type Convair, qui me conduit, cette fois, 365 km plus au nord-est, jusqu'à Natashquan.

En 1986, le réseau routier québécois ne rejoint toujours pas ce village chanté par Gilles Vigneault ; il faudra attendre 1996 pour que Natashquan soit enfin reliée par la route. C'est depuis ce lieu mythique, pour le Québécois que je suis, que commence véritablement mon bouleversement. Certains parleraient de « choc culturel ». Un terme passe-partout, qui prétend nommer ce qui, à mes yeux, relève d'un déplacement beaucoup plus profond... Le trajet vers Unamen Shipu se poursuit ensuite à bord d'un hydravion de type Otter. Je ne pouvais même pas imaginer, à l'époque, que ce genre de coucou existait. Je deviendrai rapidement « amoureux » de ces avions de brousse – et de leurs pilotes – qui assuraient, en quelque sorte, notre lien avec le monde, notre sécurité.

Encore une centaine de kilomètres plus au nord-

est. À l'intérieur de la carlingue brinquebalante de cet hydravion, je me retrouve entouré d'une douzaine de femmes et d'hommes innus qui retournent dans leur village. Ils parlent une langue que je ne comprends absolument pas. L'Innu-aimun ! Je ne me sens plus chez moi au Québec. Je deviens l'étranger dans un « pays dans le pays ».

En 1986, Unamen Shipu n'est reliée par aucune route et ne l'est toujours pas en 2026. À mon arrivée, le village ne possède même pas de piste d'atterrissage. L'été, on ne peut s'y rendre qu'en hydravion muni de flotteurs, amerrissant dans une baie du golfe du Saint-Laurent ; l'hiver, les flotteurs cèdent la place à des skis pour se poser sur une mer figée par le froid. L'accès au territoire dépend entièrement des saisons et du climat. Par temps de brume, de grands vents ou de tempête, tout déplacement s'interrompt.

Ce trajet fragmenté, lent, marque un basculement, non seulement géographique, mais aussi existentiel et politique. En quelques heures de voyage, je suis devenu étranger dans mon propre pays. Rapidement, je vais aimer ces gens, ces Innus qui me manifesteront un respect et une reconnaissance que je n'avais jamais ressentis jusque-là. Dès le lendemain de mon arrivée, le 24 juin, jour de la fête nationale des Québécois, débute mon parcours d'infirmier en rôle élargi auprès des Innus. Un parcours qui me mènera jusqu'à ce jour où je vous raconte ces histoires. À ce moment-là, je n'avais aucune idée de l'élan que ce chemin allait m'insuffler. Je ne pouvais mesurer à quel point cette expérience transformerait durablement ma manière de penser le soin, le rapport à l'autre et, plus largement, ma trajectoire de vie.

Avec bien peu de connaissances, puisque je ne possédais qu'une formation collégiale en soins infirmiers et quelques années comme préposé aux bénéficiaires en urgence et aux soins intensifs, je devenais, dans ce village *donde no hay doctor*, la figure centrale en matière de soins de santé. Heureusement, l'équipe comptait deux autres infirmières : l'une, plus âgée, renfrognée et pas très sympathique ; l'autre, plus jeune que moi, amicale, et dotée de compétences indéniables acquises dans une formation spécialisée pour ce que l'on appelait alors, dans le monde anglophone, une *outpost nurse*.

Elle me prendra sous son aile, je l'accompagnerai dans ses interventions : observer, apprendre, m'imprégner peu à peu d'une pratique où l'autonomie, la débrouille et le sens clinique occupent une place centrale.

Je n'avais jamais fait d'examen otoscopique, jamais ausculté des poumons, percuté une cage thoracique, palpé un abdomen, examiné une gorge ou un fond d'œil. Je devais tout apprendre. Pendant des semaines, je dors à peine. Jour, soir, nuit, je suis la jeune infirmière comme un « chien de poche », pour qu'elle m'apprenne tout ce qu'elle sait. Les mots « temps libre » cessent d'exister. Le soir, après le travail, sur

une pièce de viande, j'apprends à suturer des lacérations superficielles ou profondes, à distinguer le point simple du surjet, les calibres, les types de fils et d'aiguilles. Je dois me préparer à faire face à tout : accouchements, hémorragies, soins pédiatriques, accompagnement de personnes anxieuses, vaccination... tout. Pendant les premières semaines, je passe de longues soirées dans la pharmacie à lire le compendium de médicaments. Je dois apprendre.

Mais, au-delà du biologique, du physiologique et des techniques, une autre forme d'apprentissage s'impose à moi. Une question me tenaille : qui sont ces gens-là ? Je ne les connais pas. Moi qui croyais connaître le Québec.

Je commence alors à m'intéresser aux études autochtones. Je me dis : il faut que je sache, au moins, auprès de qui je travaille. Qui sont-ils ? Quelle est leur histoire ? Et c'est là que tout bascule. Quand je dis que ça a changé ma vie, je n'exagère pas.

L'enfant aux poux

Je raconte cette histoire parce qu'elle illustre ma prise de conscience progressive de la distance inhérente à la posture du soignant enfermé dans sa clinique. Une distance à la fois dite « scientifique » et bien réelle, physique, qui m'empêchait de saisir la complexité des problèmes de santé que nous analysons et traitons à travers l'objectivité supposée des protocoles, des grilles et des consignes. Cette distance instaurait un régime de détachement : nous pensions le soin à partir de catégories abstraites, à l'abri, enfermés derrière les murs du poste de soins infirmiers – le dispensaire –, coupés des conditions concrètes de vie et des déterminants sociaux qui façonnaient pourtant les situations rencontrées.

Il y avait ce jeune garçon de neuf ou dix ans qui revenait régulièrement au dispensaire, accompagné de sa mère. Chaque fois, sa dense chevelure noire était envahie de poux. On faisait ce qu'on savait faire à la clinique : on lui donnait un shampoing insecticide et on répétait les mêmes recommandations à sa mère. Des consignes qui exigeaient la présence de Bernadette, notre dévouée interprète. Patiemment, elle traduisait du français à l'innu-aimun.

D'abord passer le peigne fin puis, laver les vêtements à l'eau très chaude, changer les draps et tout le tralala. La mère repartait avec son enfant. Puis, une semaine, deux semaines plus tard, elle revenait avec l'enfant, toujours aussi souriant, mais toujours couvert de poux. Quelque chose m'échappait. J'ai décidé de les accompagner à leur maison. Dans l'état de pauvreté extrême où vivait cette famille, mes conseils n'avaient tout simplement aucun sens. Dire « change ses vêtements » quand il n'y a pas d'autres vêtements. Dire « lave les draps » quand il n'y a pas de draps de rechange n'était pas un problème d'hygiène ; c'était, entre autres, un problème de conditions de vie, de capacités financières. Alors j'ai fait quelque chose

que je n'étais pas censé faire. Je suis allé au magasin général de la communauté. Avec le budget de Santé Canada destiné aux dépenses du dispensaire, j'ai acheté des vêtements : pantalons, chandails, sous-vêtements, casquette. J'ai aussi acheté des draps.

Mes patrons à Montréal n'ont pas du tout apprécié mon initiative. J'avais outrepassé les règles : je n'étais pas autorisé à utiliser des fonds fédéraux pour ce type de dépenses. Ce n'était pas « mon rôle ». On m'avait pourtant averti lors de mon embauche ! « Il faut que les Indiens se responsabilisent » m'avait-on dit.

Est-ce que mon action a changé quelque chose dans la vie de cet enfant, de cette famille ? Pour un court laps de temps, peut-être. Mais pour la suite de la vie... sûrement pas. Mes soins bienveillants auront contribué à créer de la confiance, du lien, mais aussi attentionné qu'il ait été, mon geste ne modifiait en rien les conditions structurelles de leur existence. Et encore moins le profond désœuvrement d'une partie des Innus qui, bien malgré eux, se sont retrouvés confinés sur une réserve, sous la tutelle de l'État canadien en vertu de la Loi sur les Indiens. En sortant de cette maison, j'avais compris quelque chose de fondamental : les poux étaient bien secondaires.

Je pourrais raconter bien des anecdotes relatives à ces premiers temps de ma vie de soignant chez les Innus. Au fil des ans, les lecteurs de *Pratiques* ont pu lire quelques-unes de ces histoires qui habitent mes souvenirs. Si je suis retourné aux études, c'est parce que le terrain m'y a conduit. Ce que j'avais vu, vécu et parfois transgressé comme infirmier en régions éloignées exigeait d'être compris autrement. Non pour être corrigé, mais pour être pensé.

Le constat

Ce que le terrain m'avait appris ne trouvait que très peu d'écho dans la formation infirmière que j'avais reçue. Les gestes que je posais, les décisions que je devais prendre, souvent seul, parfois dans l'urgence, s'appuyaient sur des savoirs qui ne figuraient dans aucun manuel. J'apprenais à soigner dans l'épaisseur des situations : dans la pauvreté, l'isolement, l'incertitude, la responsabilité directe envers des personnes bien réelles.

Leur histoire, leur rapport au territoire, à la santé, à l'État, aux institutions : tout cela façonnait profondément les situations de soin auxquelles j'étais confronté. Le soin m'apparaissait de plus en plus comme un acte politique.

À l'inverse, ce que l'on m'avait enseigné était souvent déconnecté de cette réalité. Les modèles, les cadres conceptuels, les théories infirmières ne me permettaient ni de comprendre pleinement ce que je vivais, ni de nommer les tensions que je pourrais qualifier de politico-culturelles qui traversaient ma pratique. Une distance s'installait entre le soin tel que je le pratiquais et le soin tel qu'on me l'avait enseigné qui finira par devenir inconfortable. Ce décalage ne fera que se rejouer par la suite, y compris dans le monde universitaire.

La décision

C'est là que s'est imposée la décision de retourner aux études. Non pas pour m'éloigner du soin, ni pour changer de métier, encore moins pour embrasser une carrière universitaire. Je suis retourné aux études par nécessité. Pour tenter de comprendre ce que je faisais déjà, pour mettre des mots sur ce que l'expérience m'avait appris, pour ne pas rester seul avec des intuitions que je pressentais justes, mais que je n'arrivais pas à formaliser. Étudier devenait ainsi une manière de rester fidèle au soin, plutôt que de m'en détourner. Une façon de poursuivre autrement ce que j'avais commencé sur le terrain : apprendre, non pas pour accumuler des titres, pour gravir des échelons, mais pour mieux comprendre les personnes que je soignais et les contextes dans lesquels leurs problèmes de santé prenaient forme. Je voulais « comprendre pour soigner autrement ».

Les outils

Je me suis d'abord tourné vers un certificat en études autochtones qu'offrait le département d'anthropologie de l'Université Laval. Ce choix ne relevait pas d'un intérêt théorique abstrait, mais d'un besoin très concret. Après avoir travaillé auprès des Innus, puis des Atikamekw et des Inuits, je ne pouvais plus ignorer l'ampleur de ce que je ne connaissais pas. Leur histoire, leur rapport au territoire, à la santé, à l'État, aux institutions : tout cela façonnait profondément les situations de soin auxquelles j'étais confronté. Le soin m'apparaissait de plus en plus comme un acte politique.

La santé communautaire s'est ensuite imposée comme un autre lieu de réflexion essentiel. Elle offrait un cadre pour penser la santé au-delà de l'individu, en lien avec les milieux de vie, les conditions sociales, les rapports de pouvoir, les dynamiques collectives. On y parlait enfin de ce que je voyais sur le terrain : pauvreté, marginalisation, désœuvrement, mais aussi solidarités, résistances et capacités d'agir.

Plus tard, l'anthropologie me fournira les outils conceptuels et méthodologiques qui me manquaient pour articuler tout cela. Elle m'a permis de comprendre le soin comme une pratique située, traversée par la culture, le langage, les normes, l'histoire. Une pratique fondamentalement relationnelle et politique, loin de l'illusion d'un soin neutre, universel et décontextualisé.

Ce détour par les sciences humaines ne relevait pas d'un rejet de la clinique, mais d'un refus du réductionnisme. Plus j'avancais sur le terrain, plus je constatais que les pathologies que l'on me demandait de traiter excédaient largement le biologique et ne répondaient pas uniquement aux « données probantes ». Ils s'inscrivaient dans des histoires de vie, des histoires collectives, des rapports de domination, des politiques publiques et des conditions matérielles d'existence : autant de réalités que je finirai par désigner comme des « données parlantes ».

L'exemple de l'« enfant aux poux » m'avait marqué durablement, précisément parce qu'il révélait l'absurdité d'un raisonnement strictement technico-sanitaire. Tant que je restais enfermé dans la clinique, j'étais condamné à répéter des consignes inapplicables, à prescrire des solutions qui ne faisaient que masquer le problème en répondant à des normes statistiques et à des protocoles standardisés. Sortir de la clinique, entrer dans la maison, voir les conditions de vie : voilà ce qui avait déplacé mon regard.

Or, rien, dans la formation infirmière ne m'avait préparé à cette lecture élargie du soin. Les modèles théoriques, les classifications, les protocoles laissaient peu de place à la compréhension du contexte. Encore moins à la prise en compte de l'histoire coloniale, du racisme, ou des effets concrets de politiques comme la Loi sur les Indiens. Tout cela demeurait hors champ, comme si soigner pouvait se faire en dehors du monde social et du lien de confiance qu'il suppose.

Les sciences humaines m'ont alors offert un langage pour penser ce que je percevais confusément depuis longtemps. Elles m'ont permis de relier les situations individuelles à des dynamiques collectives, d'articuler le soin à des enjeux de justice sociale, de reconnaître que la neutralité clinique est souvent une fiction qui rassure davantage les institutions que les personnes soignées.

Étudier devenait ainsi une manière de prolonger le geste clinique autrement : non plus seulement réparer, soulager ou contenir, mais comprendre, nommer et parfois contester. Il ne s'agissait pas d'abandonner le soin, mais de refuser qu'il soit réduit à une série d'actes techniques déconnectés de leurs effets sur les trajectoires de vie. Ce déplacement du regard allait profondément influencer la suite de mon parcours, tant sur le terrain qu'à l'université.

La continuité

Peu à peu, j'ai compris que ces études ne constituaient pas une parenthèse dans mon parcours de soignant, mais bien une continuité. Étudier devenait une autre manière de soigner : en prenant le temps d'écou-

ter autrement, de comprendre plus largement, de relier ce que l'expérience fragmentait.

Les sciences humaines ne venaient pas remplacer le soin ; elles lui donnaient de l'épaisseur. Elles me permettaient de rester au plus près des personnes rencontrées, tout en prenant la distance nécessaire pour réfléchir, transmettre et, éventuellement, enseigner. C'est ainsi que s'est construit ce va-et-vient constant entre terrain et réflexion, pratique et analyse, qui n'a cessé de structurer la suite de mon parcours.

Cette continuité m'a naturellement conduit à écrire parce que certaines expériences, si elles ne sont ni nommées ni partagées, finissent par disparaître. Écrire devenait une extension du soin : une manière de rendre visibles des pratiques, des tensions et des savoirs issus du quotidien, trop souvent absents des discours officiels.

Avec le temps, cette exigence de transmission s'est élargie. En 2008, elle a notamment pris la forme de la création de la collection *Infirmières, communautés, sociétés* aux Presses de l'Université Laval, pensée comme un espace de parole et de mémoire pour des soignantes et des soignants dont l'expérience demeure fréquemment disqualifiée ou invisibilisée. Là encore, il ne s'agissait pas de rompre avec la clinique, mais de refuser que les savoirs issus de la pratique soient confisqués ou réduits au silence.

Écrire, éditer, transmettre : ces gestes m'ont souvent placé en marge, mais ils m'ont permis de rester fidèle à ce qui m'avait poussé à devenir infirmier : le souci de l'autre, dans toute sa complexité, et la conviction que le soin ne peut être dissocié des conditions sociales, culturelles et politiques dans lesquelles il s'exerce.

Si je regarde mon parcours aujourd'hui : du terrain à l'écriture, de la clinique à la réflexion, de l'expérience singulière à la pensée collective, le soin est demeuré le fil conducteur. Non pas un soin idéalisé, mais un soin situé, imparfait, parfois conflictuel, un soin qui oblige à penser, à douter et, souvent, à résister. Il me fallait comprendre pour soigner autrement !

Je mesure combien ces tensions, vécues bien avant les crises récentes, éclairent le rapport contemporain à la science, au soin et à la confiance.^P

1 B. Roy, *Louise Gareau : infirmière de combats*, Presses de l'Université Laval, 2008.

2 Le nom de la communauté vient de la rivière Olomane, appelée Olomanoshibou en innu-aimun. Le terme « Unamen » – parfois orthographié « Ounamen » – signifie « rouge » tandis que le terme « shipu » signifie « rivière ». Unamen fait référence au minerai de fer de couleur rouge présent au fond de la rivière.



Science sans confiance n'est que ruine de la santé...

L'objectif de ce dossier est d'interroger la crise de confiance de la population qui s'est révélée durant la période Covid, où les politiques ont instrumentalisé des médecins, des scientifiques et la plupart des médias pour masquer leurs atermoiements. Beaucoup se sont laissé discréditer par des affirmations non vérifiées, voire mensongères, des revirements non explicités, des décisions sans fondement, assortis de la privation d'un certain nombre de libertés.

Cet épisode a laissé des traces indélébiles dans les consciences et le sentiment d'être pris pour des imbéciles perdure. Au moindre doute exprimé par les citoyens, il a suffi de brandir l'accusation de complotisme pour faire taire toute contestation de la gestion calamiteuse de cette syndémie.

Ce n'est donc pas un hasard si nous avons l'impression de revivre la même situation au travers de l'épisode de la dermatose nodulaire contagieuse des bovins. Les décisions sans appel ne laissent aucune place à la controverse, ni aucune alternative à l'abattage de bêtes saines au nom d'un principe de précaution qui peine désormais à convaincre.

En médecine, la défiance qui domine les esprits se révèle source d'inquiétude face à des professionnels qui ne prennent pas le temps d'écouter. Les manipulations de l'opinion, les décisions arbitraires entraînent une rupture profonde entre ceux qui décident et ceux qui subissent.

Comment se soigner correctement dans un univers où le doute a remplacé la confiance, où la pénurie de professionnels oblige à confier ses soucis de santé à quelqu'un qu'on ne peut pas choisir ?

Il nous faut apprendre collectivement à vérifier les informations et leur provenance, à détricoter les évidences ne reposant sur rien, à ne jamais oublier de nous référer d'abord à notre humanité commune et exiger qu'elle soit prioritaire dans toute décision. **P**

La santé entre science et politique

Ce texte propose de montrer comment la transformation moderne du régime de vérité scientifique a progressivement conduit à une confusion entre savoir, expertise et décision politique, produisant aujourd'hui une crise de confiance qui ne touche plus seulement la politique, mais la science et la santé.

Laurent Carrive

Philosophe, chercheur en psychopathologie et psychanalyse

Crise de confiance

Défiance grandissante

À l'heure d'une défiance grandissante à l'égard des discours publics, politiques et institutionnels, la notion même de vérité semble vaciller sur ses fondements. La manipulation du vrai, particulièrement visible sur les réseaux sociaux, dans le domaine politique, met quotidiennement notre confiance à rude épreuve et nous oblige à réinterroger la notion de vérité jusque dans son principe même.

Pour beaucoup, la vérité se donne comme une évidence de notre expérience : elle paraît d'abord aller de soi. Pourtant, nous savons depuis longtemps que cette évidence est profondément trompeuse, que le vrai résiste aux définitions les plus simplistes. La rhétorique antique nous a très tôt montré combien un même discours peut infléchir, voire remodeler notre perception du réel.

Sur ce point, rien n'a vraiment changé. Mais la transformation radicale des savoirs, des institutions et des pratiques discursives a amplifié cette difficulté, au point que l'on puisse véritablement parler aujourd'hui d'une crise contemporaine de la vérité.

Pour comprendre cette fragilisation, on doit se tourner vers la science dite moderne, qui règne en Occident depuis au moins le XVII^e siècle et plus particulièrement revenir à la révolution scientifique inaugurée au XVI^e siècle. Car bien qu'elle ne soit qu'une forme particulière de savoir, la science s'est largement affirmée comme régime dominant du vrai, redessinant jusqu'à l'horizon même de la vérité.

Deux questions se posent ici : Comment est-on passé d'une vérité traditionnelle, difficile d'accès et dissi-

mulée derrière les apparences, à une vérité scientifique assurée par des méthodes et des procédures, un résultat quantifié formant un système de savoir autosuffisant ?

Ensuite, en quoi ce nouveau régime scientifique s'est-il trouvé, dans le même mouvement, exposé aux instrumentalisation politiques et médiatiques ?

La révolution scientifique et la philosophie

La thèse d'une révolution scientifique aux XVI^e-XVII^e siècles, et surtout de ses conséquences anthropologiques, s'est aujourd'hui largement imposée.

Qu'on y voie un processus inscrit dans la durée ou une rupture plus rapide, cette période constitue, quoi qu'il en soit, un moment charnière qui ne marque pas seulement l'apparition de nouvelles sciences, mais un basculement profond dans notre manière de concevoir la vérité.

Les philosophes n'ont cessé de revenir sur ce tournant majeur ; on pourrait même soutenir que, depuis lors, ils se définissent largement par leur manière de s'y rapporter : oubli, perte, rupture, transformation ou hybridation, autant de gestes philosophiques qui structurent leurs grandes orientations.

Certains l'ont abordée sur le mode de l'oubli : selon eux, la modernité scientifique aurait rompu un rapport plus originaire à l'être, les conduisant à se tourner vers des traditions plus anciennes – présocratiques, poétiques – pour tenter d'en réactiver l'origine perdue. Ainsi, Husserl parle d'un oubli du monde de la vie (*Lebenswelt*), Heidegger d'un oubli de la question de l'être et Merleau-Ponty d'un « oubli » de la chair du monde.

D'autres, comme Weber, Marx, Nietzsche, Freud, Koyré ou Lacan, en prennent acte. Ils la tiennent pour une rupture et une situation historique désormais sans retour, qui aurait selon l'expression de Weber, « désenchanté » le monde. Il ne s'agit plus dès lors, de restaurer une unité perdue, mais de composer avec ce nouveau régime, de démasquer les illusions de la conscience moderne, en dévoiler les contradictions, les formes d'aliénation, ou les déterminations inconscientes.

D'autres enfin, Deleuze, Foucault, Latour... refusent de dramatiser cette période moderne. Ils la

La thèse d'une révolution scientifique aux XVI^e-XVII^e siècles, et surtout de ses conséquences anthropologiques, s'est aujourd'hui largement imposée.

comprennent comme l'effet d'une transformation des régimes de discours et la resituent dans une histoire plus complexe des formes de rationalité ou des dispositifs de pouvoir. Le cas de Latour est ici emblématique : dans *Nous n'avons jamais été modernes*, il montre qu'en réalité la modernité est moins un état accompli qu'un projet intellectuel. Elle prétendait séparer radicalement nature et société, faits et valeurs, alors même que les sociétés modernes n'ont cessé de produire des hybrides mêlant science, technique et politique. La rupture moderne est, selon lui, plus un récit de la modernité sur elle-même qu'une coupure absolue dans l'histoire.

Vérité moderne, politique médecine

La vérité scientifique entre preuve et confiance

Un nouveau savoir va ainsi émerger, objectivé, expérimental et quantifié, qui sera peu à peu organisé, d'une part en disciplines (d'abord les sciences physico-mathématiques, puis les sciences naturalistes, biologie, médecine), d'autre part en paradigmes (mathématique, mécaniste, physico-chimique...). Ce savoir va rapidement gagner en complexité, jusqu'à rompre avec l'expérience commune et l'évidence sensible. Ce nouveau régime de vérité va donc devoir reposer sur un nouveau mécanisme de crédibilité, une condition essentielle, mais très fragile : la confiance collective accordée aux méthodes et aux institutions qui produisent et valident les savoirs.

La méthode expérimentale des sciences modernes imposera ensuite cette autre idée qu'aucune vérité scientifique n'est définitivement acquise, que toute connaissance peut être révisée.

Cette vision était profondément contre-intuitive en ce qu'elle rompait avec l'ancien ordre religieux, où la vérité était garantie par la permanence d'une autorité transcendante. Autrement dit, pour reprendre Latour, les faits scientifiques deviennent alors des « controverses stabilisées ».

Mais ces controverses vont à chaque fois faire trembler le sol de nos certitudes et mettre inévitablement nos habitudes et notre confiance à l'épreuve.

[...] lorsque la science est mobilisée dans le débat politique, remodelée par les médias, elle peut alors se transformer en un argument d'autorité redoutablement efficace, rendant certaines décisions presque impossibles à contester.

Ces deux caractéristiques constitueront à la fois la force et la fragilité du savoir scientifique, lui permettant d'un côté de corriger ses erreurs, et de parvenir à des connaissances fiables, mais d'un autre, le rendant dépendant de l'adhésion du public.

Apparition des experts

La modernité scientifique a donc rompu avec l'autorité des traditions religieuses pour lui substituer celle, nouvelle, des institutions scientifiques, mais aussi plus tard celle des experts et de l'expertise.

Le vrai passe désormais par toute une série d'épreuves : vérification des faits, reproduction des résultats, discussion critique au sein d'une communauté de pairs. Mais cette nouvelle économie du savoir a son revers.

À mesure que les méthodes se raffinent et que les instruments se perfectionnent, le savoir devenu trop technique aboutit à une division du travail intellectuel toujours plus poussée, analogue à celle que Durkheim décrit dans la division du travail social.

La connaissance va donc se fragmenter, se ramifier, entraînant l'apparition, dans chaque domaine, de spécialistes. C'est dans ce contexte que s'impose la figure moderne de l'expert. L'expert n'est pas simplement un savant : c'est un spécialiste dont les compétences sont sollicitées pour éclairer la décision publique.

Le savant en quelque sorte quitte ici le laboratoire pour entrer dans l'arène publique. Et dans cette arène, la vérité scientifique devient rapidement un enjeu de pouvoir.

Donc, c'est par le biais des experts que la science va être appelée à intervenir dans la décision politique. Dès lors, elle n'est plus seulement un mode de connaissance, elle devient également une ressource pour l'action publique.

Par exemple la mise au point de vaccins à ARNm contre la Covid-19 reposait sur un savoir extrêmement technique (immunologie, biologie moléculaire, essais cliniques, statistiques), si bien que les gouvernements n'ont eu d'autres choix que de s'en remettre, parfois aveuglément, à des comités d'experts pour décider des campagnes vaccinales et des obligations sanitaires.

Confusion entre expertise et débat politique – Capture du débat scientifique

Dès ce moment, la frontière entre débat scientifique et conflit politique devient poreuse et instable. La confusion entre les deux va progressivement gagner l'espace public (médias, débats publics, réseaux sociaux) pour atteindre d'une certaine manière nos conceptions de la santé. Comme le souligne le sociologue Gil Eyal : « Le problème aujourd'hui n'est pas le manque d'expertise mais le fait que l'expertise soit devenue inextricablement liée à la politique. »

En effet, le passage du savoir scientifique à l'espace médiatique et politique comporte des risques. Car la

science n'y apparaît plus à travers ses méthodes et ses débats, mais à travers la voix d'experts qui parlent en son nom, la réduisant à une parole d'autorité alors même qu'elle relève d'un processus complexe et collectif.

Pire encore, lorsque la science est mobilisée dans le débat politique, remodelée par les médias, elle peut alors se transformer en un argument d'autorité redoutablement efficace, rendant certaines décisions presque impossibles à contester.

Par exemple dans les crises sanitaires, la sélection d'experts compatibles avec une décision politique donnée, a conduit à des consensus scientifiques où toute critique fut disqualifiée et toute contestation jugée malvenue. Celles-ci furent assimilées à de l'ignorance, de l'irrationalité, ou à défaut d'arguments, à du complotisme, ce qui permettait naturellement aux pouvoirs en place de contourner tout débat démocratique.

Il ne nous est alors plus resté, dans l'espace médiatique, qu'un simulacre de débat, mimant les formes du véritable débat scientifique désormais évincé et se soldant par une confrontation caricaturale d'expertises prétendument concurrentes, qui cautionnaient des orientations politiques partisans.

Par ailleurs, ce type de manipulation porte atteinte à l'intégrité et au principe même de la démarche scientifique, en transformant des désaccords normalement nuancés en oppositions rigides et caricaturales.

Le cas de l'hydroxychloroquine pendant la pandémie de Covid-19 est exemplaire : l'incertitude sur l'efficacité d'un traitement s'est rapidement transformée en affrontement politique entre experts et camps idéologiques, la position médicale de Didier Raoult ayant été interprétée non plus comme une hypothèse scientifique à discuter, mais comme une prise de position politique.

Ces procédés, en plus de priver le public d'un espace de délibération collective, nourrissent sa défiance à l'égard de la parole scientifique.

Par ailleurs, dans le domaine médical, cette imbrication entre savoir scientifique et décision politique peut, à terme, déformer en profondeur notre compréhension de la santé.

Par exemple, l'abaissement des seuils de cholestérol ou d'hypertension, ou encore l'usage des taux d'incidence ou de positivité des tests PCR durant la pandémie de Covid-19, ont été érigés, par leur reprise politique et leur relais médiatique, en critères normatifs redéfinissant la santé elle-même.

Sciences et médias : deux logiques opposées

La science moderne progresse par longs processus, faits de débats et de corrections. Elle se construit dans la durée. La sphère médiatique fonctionne, elle, selon une logique opposée : celle de la rapidité, de la simplification, de la recherche de certitudes immédiates.

La tentation est donc grande pour les sciences de

recourir à la médiatisation, qui leur offre un moyen rapide et efficace de diffusion, ainsi qu'une reconnaissance publique de leurs résultats. Mais cette hyper-visibilité a malheureusement son prix, car les résultats scientifiques exposés au public avant d'avoir été suffisamment établis, sont souvent simplifiés, déformés ou figés, alors qu'ils ne sont que des connaissances en cours d'élaboration. Ce genre de simplifications est source d'ambiguïtés dans le débat public, exposant le discours scientifique aux instrumentalisation politiques.

On en trouve une bonne illustration dans les crises sanitaires récentes : certaines hypothèses scientifiques ou études encore préliminaires ont été présentées comme des certitudes, puis révisées l'instant d'après. Cette situation, qui serait normale en science, passe aux yeux du public pour de l'inconstance, lui donnant souvent un sentiment d'incohérence scientifique, voire d'un certain amateurisme.

Gestion technocratique du risque et dérives du principe de précaution

Fort de ses nouveaux moyens, objectivation des phénomènes, expérimentation méthodique et quantification mathématique, la science va vouloir étendre à de nombreux domaines de l'action une gestion rationnelle des risques. L'expertise et son instrument privilégié, la statistique, s'imposeront comme moyens décisifs de la gouvernance.

Car la science moderne a produit une innovation majeure : la possibilité de modéliser les risques à l'aide de prévisions, de scénarios et de calculs de probabilités. L'émergence, à partir du XVII^e siècle, de la théorie des probabilités, dote le savoir scientifique d'un pouvoir nouveau aux enjeux considérables, celui d'anticiper les risques et d'en organiser la gestion. Et le principe de précaution découle directement de cette logique : il consiste à agir avant même que le danger ne soit clairement établi avec certitude, sur la base précisément d'évaluations probabilistes. Mais ce principe fait immédiatement apparaître un dilemme. Car le risque est, par nature, probabiliste – c'est-à-dire incertain. Or, toute décision, qu'elle soit politique ou autre, exige au contraire un geste tranché, irréversible : agir ou ne pas agir. Et cette tension entre la logique probabiliste du risque et la nature même de la décision ne peut être résolue par la seule connaissance. Elle ne trouve d'issue que dans l'acte lui-même, qui tranche mais sans jamais abolir l'incertitude. Car l'incertitude n'est pas, un accident de l'action, elle en constitue l'une des conditions mêmes.

S'en remettre strictement à des probabilités pour agir, ou pire se retrancher derrière un argument probabiliste pour justifier une décision, ne dégage en rien de la responsabilité qu'implique tout engagement dans l'action. Et c'est précisément là que surgit la difficulté politique. Les décisions politiques ou sanitaires présentées dans l'urgence comme scientifiquement obliga-

toires, alors même qu'elles reposent sur des scénarios hypothétiques et qu'elles impliquent souvent de lourds choix de société, devraient pleinement engager la responsabilité de ceux qui les prennent. C'est là, au fond, revenir à ce qui constitue au sens le plus strict la fonction du politique : assumer publiquement la responsabilité de sa décision. On en voit clairement l'enjeu dans des situations concrètes comme celle récente de la dermatose nodulaire contagieuse (DNC).

Scientisme et réduction technico-biologique du réel

La science moderne privilégie la quantification, la mesure et l'objectivation et ces méthodes sont extrêmement efficaces pour analyser la matière ou les processus biologiques. En revanche, lorsqu'elles sont appliquées à des réalités humaines complexes, comme la santé, la souffrance ou les relations sociales, elles sont incapables de rendre compte pleinement des phénomènes, les réduisant à des indicateurs techniques, au détriment de leur dimension vécue.

Ce décalage apparaît nettement dans la médecine contemporaine où les décisions thérapeutiques reposent de plus en plus sur des données statistiques, et marginalisent l'expérience subjective des patients. Canguilhem l'a suffisamment dit : la santé n'est pas seulement un état biologique mesurable ; elle est aussi une capacité d'adaptation individuelle, difficilement réductible à des statistiques. La maladie ne peut être ramenée à une simple variable biologique.

Lorsque les méthodes de la science sont abusivement étendues à l'ensemble du réel, on verse alors dans le scientisme, pour qui toute réalité humaine pourrait être intégralement saisie par des procédures de mesure et d'objectivation.

Hiérarchisation des savoirs et disqualification des connaissances non scientifiques

Le succès de la science moderne a donc progressivement conduit à marginaliser certaines formes de connaissance pourtant essentielles à l'intelligence des phénomènes humains. Mais l'histoire intellectuelle n'a pas manqué de réagir à cette tendance : critiques du positivisme, approches phénoménologiques ou herméneutiques ont cherché à restituer ce que l'objectivation scientifique avait laissé dans l'ombre. C'est dans ce contexte qu'apparaissent au XIX^e siècle les sciences dites humaines qui visaient à restituer les dimensions historiques, culturelles et subjectives de l'expérience humaine que les approches strictement quantitatives saisissent difficilement.

Mais force est de constater que leur autorité institutionnelle comme politique est restée limitée. Plus encore, elles furent elles-mêmes progressivement rattrapées par les méthodes des sciences dites dures, à travers une formalisation croissante : statistiques, mesures, modélisations. Malgré ces tentatives, les modalités de la science moderne dominent aujourd'hui,

plus encore qu'autrefois, le paysage du savoir autant que celui du pouvoir.

Car en organisant les savoirs en disciplines, méthodes et paradigmes, la science moderne a peu à peu instauré une véritable hiérarchie des connaissances. Et dans ce nouvel ordre du savoir, les connaissances qui ne correspondent pas aux méthodes dominantes sont marginalisées, voire disqualifiées, au motif qu'elles seraient insuffisamment scientifiques ou simplement non-scientifiques. Il en résulte des décisions fréquemment inadaptées aux réalités sociales, qui alimentent en retour la défiance à l'égard de certaines politiques publiques.

On en trouve de nombreux exemples dans les politiques sanitaires ou agricoles : lors de certaines campagnes d'abattage sanitaire, les contraintes locales existentielles des éleveurs sont souvent ignorées. Car ces mesures ne représentent pas seulement une perte économique, mais peuvent bouleverser une existence, anéantir des années de travail, parfois un héritage transmis de génération en génération.

Fragilisation et dévalorisation paradoxale de la science

Il s'ensuit une véritable érosion de la confiance publique qui se traduit au moins par une lassitude diffuse sinon par une colère plus ouverte. Car cette confiance sur laquelle repose l'autorité de la science moderne a conservé un caractère solennel presque religieux, qui redouble la gravité de l'exigence de probité. Ainsi lorsque la science est mobilisée comme argument d'autorité pour légitimer des décisions polémiques, c'est elle qui finit, à tort, par être perçue comme partielle et suspectée de manipulation. Les controverses sanitaires récentes illustrent largement cette défiance, ici à l'égard des institutions médicales ; la figure même de l'expert est désormais entourée de soupçons. On assiste alors à un déplacement injuste de la défiance. Ce qui était d'abord reproché au pouvoir politique finit par rejaillir sur la science elle-même. Invoquée pour justifier des décisions publiques, l'autorité scientifique apparaît peu à peu comme solidaire des stratégies politiques qui l'instrumentalisent. Les savants sont alors soupçonnés d'être gagnés par les mêmes logiques de manipulation que celles qu'on prête au pouvoir. La science, sommée alors de répondre de décisions qu'elle n'a même pas prises, se trouve ainsi entraînée dans une crise de confiance bien plus profonde encore, qui ne la visait pas au départ : elle paie pour la politique.

Santé et politique : vers une unité retrouvée du corps vivant et du corps social

Les limites du régime scientifique – Retour du questionnement philosophique

Ainsi, les difficultés actuelles liées à la vérité scientifique – sa politisation, sa médiatisation et les contro-

verses qu'elle suscite – semblent nous confronter aux limites mêmes du régime scientifique de vérité, et nous invitent à en réexaminer la portée et les frontières. Ces tensions nous conduisent finalement à rouvrir une question beaucoup plus ancienne : celle de l'articulation entre la vérité, la vie, le monde et l'expérience humaine, une interrogation qu'en fait les philosophes n'ont cessé de formuler. Pour Husserl, la phénoménologie devait permettre de retrouver le sens du monde vécu (*Lebenswelt*) dont les sciences modernes auraient progressivement perdu ou oublié la signification. Heidegger cherche, lui, à rouvrir la question de l'être. Merleau-Ponty prolongera cette critique à travers sa phénoménologie de la perception. Selon lui, l'objectivisme scientifique nous coupe de l'expérience corporelle, pourtant condition première de toute connaissance.

De plus, cette crise contemporaine de la vérité se manifeste de manière particulièrement prégnante dans deux domaines essentiels de l'existence humaine : la santé et la politique. Dans ces deux sphères, elle révèle une discordance profonde entre savoir scientifique et expérience vécue.

Une ancienne analogie

On peut réactiver ici une analogie ancienne de la pensée occidentale : celle qui compare le corps vivant et le corps politique. Cette analogie, bien qu'elle comporte certains pièges, pourrait néanmoins nous aider à comprendre pourquoi les crises qui affectent la santé et celles qui touchent la vie politique semblent aujourd'hui s'amplifier mutuellement.

L'intuition n'est pas nouvelle. Dans la philosophie grecque, la cité est souvent comparée à un organisme vivant dont les différentes parties doivent être ordonnées de manière harmonieuse. Platon dans la *République*, IV, formule explicitement ce parallèle : « La justice dans la cité est semblable à la santé dans le corps. » Si cette comparaison a été si durable dans l'histoire de la pensée, n'est-ce pas parce que la question politique et la question de la santé renvoient à un même problème fondamental : celui de l'équilibre d'un ensemble vivant ?

La santé est autant un phénomène biologique que social. Ainsi, les conditions de vie, travail, logement, alimentation et environnement, influencent directement l'état de santé des individus. Plus généralement, le corps individuel ne peut être compris indépendamment du milieu collectif dans lequel il vit. Or la modernité a précisément séparé ces deux dimensions. La santé est devenue l'objet d'un savoir biologique et médical, tandis que la politique s'est constituée comme un

domaine de gestion institutionnelle et administrative, réduisant les citoyens à des données ou à des populations au détriment de l'expérience vécue.

Dans la pensée antique, comme l'a montré Foucault, gouverner les autres supposait courage et maîtrise de soi, c'est-à-dire l'art de se gouverner soi-même. Avec la modernité, cette articulation entre corps vivant individuel et corps social se désagrège. La tension qui en résulte entre vie biologique et organisation politique fragilise la santé des individus, laquelle devient dès lors l'un des symptômes les plus visibles de ce déséquilibre.

Conclusion

Dans les conceptions anciennes, trois unités structuraient l'expérience humaine : l'unité du vivant, (âme-corps), l'unité politique (individu-Cité), et l'unité éthique (vérité - manière de vivre). On retrouve cette continuité dans des formules classiques de la pensée antique. Par exemple Aristote, dans son *De anima*, affirme que « l'âme est la forme du corps vivant » puis, dans la *Politique*, que « l'homme est par nature un animal politique ». La sagesse grecque associe généralement vérité et pratique de vie dans l'injonction delphique « Connais-toi toi-même » ou chez Socrate : « Une vie sans examen ne vaut pas d'être vécue. »

Ces formules suggèrent que ces trois relations sont interdépendantes et procèdent d'une même intelligibilité. La vie humaine conçue comme une unité vivante – celle de l'âme et du corps – s'inscrit nécessairement dans un ordre commun, celui de la cité, de sorte que la vérité elle-même apparaît moins comme un savoir abstrait que comme une manière d'habiter le monde et d'orienter l'existence.

Ainsi, âme et corps, individu et cité, vérité et manière de vivre peuvent se concevoir comme les trois dimensions d'un même ordre, où la vie biologique, la communauté humaine et la quête de sens demeurent étroitement solidaires. Or, la modernité a dissocié ces trois relations, par le dualisme cartésien du corps et de l'esprit, par l'autonomisation de l'individu face au corps politique, et par la transformation de la vérité en produit du savoir scientifique, installant ainsi un régime où la vie, la politique et la connaissance sont devenues des domaines séparés.

La crise contemporaine de la vérité n'est manifestement pas qu'un symptôme politique, elle appelle toute notre attention et nous impose, entre autres, l'urgence de retrouver ces relations et l'unité originelle entre corps individuel, corps social et formes de vie ? ■

Certification : ni science ni confiance

Olivier Boitard
Psychiatre

La blague a commencé avec la bague.

Elle ne doit pas être au doigt, certification oblige. Légère houle de mécontentement à la réunion générale des soignants et « services support » de l'hôpital de jour psychothérapeutique pour enfants.

Dans la vie d'un vieux psychiatre, la certification est encore une jeune première.

Tout a commencé avec « l'accréditation », procédure pour bénéficier de l'autorisation de la création d'un établissement de soin et des largesses de l'Assurance maladie. Pour l'accréditation, le correspondant local serait « l'ingénieur quantité », pour la certification l'ingénieur qualité fait face aux experts certificateurs.

Médecin, cadre supérieur de santé, informaticiens, c'est une petite horde envoyée par la Haute autorité de santé que l'ingénieur qualité vient chercher à la gare. Transports, logement, repas aux frais de la princesse accueillante : il faut nourrir la bête – au sens propre – qui vient au mieux nous renifler, au pire nous dévorer.

Premier jour

Cela commence dans la pharmacie avec l'interrogatoire de l'infirmière : « Montrez-moi la trousse de secours. »

« La trousse de secours n'est pas dans la pharmacie, elle est disponible à l'extérieur pour les sorties. » Bonne réponse de madame X, mais insuffisante, il faut des preuves. « Montrez-moi la trousse de secours dans l'ordinateur. » *(sic)*.

Dans la trousse de secours de l'ordinateur, il n'y a ni comprimés, ni gouttes. Ouf, car la trousse de secours n'est pas sur le trajet du « circuit du médicament », star de l'expertise.

Puis brutalement : « Montrez-moi vos mains. ». Pensée personnelle pour les communards pris dans les rues de Paris par les Versaillais : de la poudre sur les mains, immédiatement fusillés.

Mains propres et nues, pas d'alliance, la consigne est bien passée. Depuis hier, le directeur, la mort dans l'âme, balade la sienne dans la poche de son pantalon et la remet sitôt le seuil de l'établissement franchi. Dans un centre de consultation voisin, signalement (Fiche d'événement indésirable » dite FEI) de la fracture de l'annulaire d'une secrétaire déterminée (téméraire ?).

Deuxième jour

La situation de la nouvelle assistante de la responsable

des ressources humaines RRH est délicate et j'en suis la cause. Les 8, 9 et 10 juillet 2024, je suis inscrit à une formation aux soins d'urgence. Je ne participe qu'aux deux premiers jours pour préserver mes consultations prévues le troisième. Aux experts, la RRH peut fournir la liste des signatures sur les feuilles d'émargement des 8 et 9 juillet, mais la mienne le 10 juillet n'y figure pas puisque je n'étais pas présent. Une collègue interrogée informe les experts que la formation avait bien été validée pour tous les participants, ma personne comprise, cela était bien mentionné. Mais il fallait attester. Par chance, je retrouve dans la soirée le précieux parchemin « Attestation de formation aux gestes et secours d'urgence de niveau 02, vu l'arrêté du 30 décembre relatif à l'attribution de formation aux gestes et soins d'urgence ».

Photocopie du document remis aux experts à la satisfaction générale et sous les applaudissements du président de la commission médicale d'établissement.

Troisième jour

Les experts étaient passés dans mon établissement le premier jour, en dehors de mon temps de travail. Les deuxième et troisième jour, présent, je suis exfiltré par le président de la commission médicale d'établissement et la directrice de pôle : les lieux de rencontre, les patients témoins (appelés « patients traceurs » par l'autorité de santé), l'examen des dossiers médicaux me furent évités.

Rencontrer les experts m'aurait peut-être permis d'évoquer quelques dysfonctionnements de l'institution. Mais les critères de bon fonctionnement des experts sont si éloignés du travail quotidien des soignants... qui ont été préparés à passer un examen : question sur la bienveillance ? Inutile de témoigner de ses actes, il faut réciter aux experts les cinq critères appris par cœur.

La Haute autorité de santé n'est pas dupe de la qualité de son pouvoir de contrôle. Elle préfère le pouvoir au contrôle.

Pouvoir qu'elle va exercer au niveau national par des recommandations et surtout des non-recommandations, par exemple la psychanalyse (vaste programme...).

Le 8 octobre 2025, elle communique dans Hospimédia : « La Haute autorité de santé réfléchit à rendre opposables certaines de ses recommandations. »

On lui souhaite une bonne et surtout longue réflexion... **P**

Qui sème le mépris récolte la défiance

La nouvelle gestion publique des élites réformatrices fonctionne à la défiance, quand ce n'est pas au dénigrement de professionnels « résistants au changement ». La séquence de la Covid a jeté une lumière crue sur ce cercle vicieux de la défiance, transformant la santé publique en police sanitaire.

Frédéric Pierru

Chercheur en sciences sociales et politiques au CNRS

Aucun système de santé ne peut fonctionner sans la confiance minimale des acteurs, quel que soit leur niveau hiérarchique. Il y a quelques années, par exemple, la ministre de la Santé Marisol Touraine lançait un « pacte de confiance pour l'hôpital ». Depuis, chaque ministre invoque la confiance lors du lancement de sa réforme. Las, c'est le contraire qui se produit.

Le secteur de la santé, qui va de réforme en réforme depuis les années 1980, est submergé par une vague de méfiance quel que soit l'angle considéré. Commençons, à tout seigneur tout honneur, par ceux que des sociologues ont appelé la noblesse managériale publique privée (la NMPP)¹, tant il devient difficile de distinguer les élites économiques, les élites politiques et les élites administratives. Les trente dernières années ont été marquées par une puissante dynamique de recentralisation, malgré l'invocation rituelle de la « territorialisation » des politiques de santé : centralisation du réseau de l'Assurance maladie, création des Agences régionales d'hospitalisation (ARH) puis des Agences régionales de santé (ARS), transformation des directeurs d'hôpitaux en grand corps de l'État, création des pôles médico-gestionnaires, Comité interministériel de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO), état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), déploiement d'une batterie d'instruments gestionnaires, toujours plus touffue, ayant pour objectif de contrôler de façon toujours plus serrée la « base ».

En effet, pour les réformateurs, si on lâche la bride aux professionnels de terrain, les dépenses de santé déraperaient inéluctablement. « On ne peut pas leur faire confiance » (mais nous, citoyens ordinaires, nous devrions leur faire confiance malgré l'ampleur des conflits d'intérêts, le nombre de mises en examen, de condamnations). Sous ce rapport, la santé ne diffère pas des autres services publics : la méfiance, voire la défiance, des décideurs nationaux nourrit ce qu'on a appelé la « nouvelle gestion publique ». Les réorganisations permanentes visent toutes à redonner la main

aux politiques et aux technocrates sur une périphérie administrative qui serait travaillée par de puissantes forces centrifuges budgétivores. D'une façon générale, l'austérité budgétaire est le pendant de cette méfiance consubstantielle au sommet de l'État.

Les soignants, devant faire face aux successions de réformes dont la logique est de faire plus avec moins, ne sont pas en reste. Soignants et gestionnaires ne parlent plus la même langue. Combien de médecins élus à la Commission médicale d'établissement (CME) nous ont raconté qu'ils ne comprenaient rien à ce que leur expliquaient directeurs et consultants. Certains soignants tournent en dérision cette novlangue, d'autres s'en agacent. Deux mondes, deux langues, deux rationalités qui peinent à se rencontrer. Or la confiance a comme prérequis l'interlocution, la capacité à se mettre à la place de l'autre. Ici, point de dialogue, mais seulement une leçon de bonne gestion assénée avec assurance, pour ne pas parler de morgue. La parenthèse « enchantée » de la Covid s'est vite refermée. Avant, l'on assistait à la fréquence croissante des mobilisations professionnelles (grèves des médecins libéraux, création du collectif inter-urgences puis du collectif inter-hôpitaux en 2019) ne rencontraient au mieux que des discours creux et des promesses vides de sens. Pendant la pandémie, les soignants ont dû gérer les conséquences désastreuses des choix des « élites » avant que la santé publique ne soit remplacée par une police sanitaire de plus en plus ubuesque. C'est ainsi que des centaines, voire des milliers de soignants se sont fait tordre le bras pour être vaccinés. Les plus réfractaires ont été purement et simplement suspendus dans un cadre dérogatoire à celui de la fonction publique qui, rappelons-le, prévoit une durée limitée à quatre mois de la suspension, avec maintien du traitement, avant le passage devant un conseil de discipline. Avec la Covid, l'hypocrisie a été à son comble : la vaccination n'était pas obligatoire, mais malheur aux réfractaires car la suspension, qui a commencé le 21 septembre 2021, a duré 607 jours, sans droit à traitement, aux minima

sociaux ni même à exercer une autre activité professionnelle pour subvenir aux besoins des familles ! Il en a résulté des situations personnelles dramatiques : perte de la maison achetée à crédit, expulsion, enfants dormant dans des voitures quand les amis ne pouvaient ou ne voulaient héberger les suspendus, crises familiales, divorces...

Se faire traiter en paria, injurier d'antivax ou d'anti-éthique quand on a consacré sa carrière à l'hôpital public, que l'on est à jour de ses vaccinations (notamment contre l'hépatite B) et être viré comme un malpropre de son service par un vigile, voire convoqué au commissariat (!) a été une expérience traumatisante. Nous avons recueilli des dizaines de témoignages de ce type. Le vaccin a mis, de plus, à rude épreuve les collectifs de travail dont la confiance est un rouage essentiel. Sous la pression de la hiérarchie et des médecins, les positions se sont radicalisées. Au départ, beaucoup avaient des doutes sur la sécurité de ce nouveau vaccin présenté comme miraculeux. Elles avaient des craintes, simplement des craintes, et on aurait pu les entendre, davantage dialoguer et expliquer. Bref, s'appuyer sur la confiance de l'équipe pour rassurer ces soignantes. La discussion aurait pu les faire changer d'avis. En lieu et place qu'avons-nous eu ? La menace et le bâton en disent long sur la façon dont les gestionnaires considèrent les soignantes de terrain. C'est cette politique qui a poussé les « camps » à se former et à se radicaliser. Certaines sont allées se faire vacciner à reculons, voire en pleurant, d'autres ont persisté dans leur refus².

Ces réticentes se sont rapprochées et ont commencé à former des collectifs, avec un fort ressentiment, mais aussi avec le réconfort de la solidarité des parias. C'est ainsi, par exemple, que des denrées ont été données gratuitement, permettant aux suspendues de continuer à nourrir leur famille. Cette politique du bâton a été contre-productive. Elle a renforcé le sentiment partagé par beaucoup qu'ils n'étaient que des pions soumis au bon vouloir des supérieurs hiérarchiques et que la seule option était l'obéissance aveugle. On obéit, point final. D'un côté les sachant, de l'autre les ignorants. Les soignantes n'ont pas le droit de réfléchir, questionner et discuter les directives qui, bien entendu, sont supposées être rationnelles (ce qui est cocasse lorsque l'on considère toute la séquence Covid : ordres et contre-ordres, injonctions contradictoires, délires bureaucratiques, etc.) C'est aussi cela qui a incité ces soignants à résister : il s'agissait de s'opposer à ce manque de reconnaissance, salariale mais aussi symbolique, qui affecte leur quotidien professionnel. Là encore, dans les 400 témoignages recueillis, la lassitude, la colère ont joué leur rôle dans le refus de la vaccination. Une politique de santé publique doit emporter la confiance et l'adhésion et ne peut se fonder sur le mépris et l'injure.

Une suspension légale (normale) dure quatre mois³

et nous aurait amené au mois de janvier 2022, date à laquelle le variant Omicron était nettement moins virulent que les précédents. Surtout, on savait alors que le « vaccin » n'empêchait ni la contamination ni l'infection. On aurait pu réintégrer les suspendues mais non, il fallait les punir, voire pour les plus enragées les bannir. De fait, beaucoup ont démissionné sous les huées, après les applaudissements aux fenêtres du printemps 2020.

Il faut désormais rembourser le « quoi qu'il en coûte » et l'austérité s'abat à nouveau sur les services publics. Le taux de l'Objectif national des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM) hospitalier ne couvre même pas les charges des hôpitaux. Reviennent au galop les « mutualisations », les « rationalisations », les « sauts de performance », l'« optimisation des moyens » et tout le charabia néo-managérial de la NMPP, dont le programme est simple : couper dans la dépense publique pour rembourser la dette.

Défiante enfin des usagers, pour qui la Sécurité sociale et l'hôpital demeurent les fleurons du service public. Urgences engorgées, tensions avec les professionnels de terrain qui n'y peuvent rien, tri officieux des patients, retard de soins, fermeture des hôpitaux de proximité : la liste des dysfonctionnements est un inventaire à la Prévert.

On peut ainsi avoir une idée du cercle vicieux dont le système de santé est l'objet, qu'une collègue sociologue, Nadège Vézinat, a récemment objectivé⁴. En un sens, c'est bien un cercle vicieux de la défiance qui participe du délitement des services publics de la santé.

La cascade de mépris est le moteur de ce cercle vicieux. Au sommet la défiance des élites réformatrices vis-à-vis des services publics et de leurs agents. Les politiques impulsées, mélange de contrôles tatillons et de sous-financement, dégradent les conditions de travail de ces derniers, sommés de faire toujours plus avec moins. Dans le même temps, les dysfonctionnements, artificiellement créés, alimentent la défiance des soignants vis-à-vis des élites réformatrices tandis que ce travail empêché peut tendre les relations avec les usagers du système de santé qui, soit se récrient, soit délaissent les structures publiques pour des structures privées. À la fin, le système se boucle et repart dans une dégradation cumulative.

C'est bien la contrainte de rentabilité, qui est extérieur à la définition historique du service public, qui abîme, par effets en cascade, le système public de santé. Pour rentabiliser, il faut déployer une armée de cost-killers grimés en consultants et autres managers de haut rang.


Et pourtant... Kenneth Arrow, prix Nobel d'économie, a démontré dans un article pionnier que la confiance est indispensable au fonctionnement d'un système de santé pour une raison simple : il existe

une multitude d'« asymétries d'informations » entre les acteurs (le cauchemar des technocrates). Partant, il a démontré le rôle cardinal de la confiance entre ces derniers : le soin est structuré par la rencontre d'une confiance (du patient, des payeurs publics et privés) et d'une conscience, celle du professionnel soignant. Il n'était pas naïf : il existe de bons et de mauvais soignants et il faut s'enquérir de la qualité et de la pertinence des soins ; mais, au final, le soin est un pari qui suppose la confiance et non des mécanismes de marché qui ajusteraient magiquement la demande et l'offre. Cela suppose des professionnels correctement formés, gouvernés par l'éthique ou la déontologie (la conscience professionnelle), des environnements propices au « travail bien fait ».

A-t-on retenu la leçon ? À l'évidence non. Des usagers exaspérés par les déserts médicaux et des urgences embolisées, ce qui se traduit parfois par des agressions des personnels ; des professionnels débordés travaillés par le ressentiment ou le découragement et qui, pour une part, prennent la porte, une noblesse managériale publique privée (NMPP) fière de la casse qu'elle commet en toute bonne conscience, étant donné qu'ils ne vont que rarement sur le théâtre des opérations (c'est le cas de le dire), trop heureux de suivre l'activité sur leurs tableaux Excel, des responsables politiques duplices qui au niveau local défendent « leur » hôpital, mais qui au niveau national plaident pour sabrer dans les budgets en espérant que ce soit l'hôpital d'à côté qui trinque...

Max Weber a donné une définition fameuse de l'État : il s'agit de l'instance qui détient le monopole de la violence physique légitime, mais pour préciser immédiatement que l'usage de la force doit rester l'exception. Un État qui use et abuse de procédés contraignants est en réalité un État faiblement légitime. Pendant la crise de la Covid, l'État sanitaire a démontré sa faiblesse et son impréparation par l'emploi de moyens d'urgence dont certains resteront dans les annales : auto-attestations de sortie⁵ (une exception française), amendes aux tarifs exorbitants en cas de récurrence, injonctions contradictoires pour les soignants (« n'utilisez pas de masque, il faut mettre un masque »), les revirements incompréhensibles (il n'y aura pas d'obligation vaccinale mais finalement il y aura un passe, etc.), peine de prison de cinq ans pour les enfants de plus de 12 ans en cas de prêt de son

passer à un copain (on a du mal à le croire, mais c'est vrai)... Il y aurait un bêtisier à faire de la gestion de la pandémie. Sachez que l'on n'a pas mis un terme à ces procédés délirants : ils sont en pause et peuvent être réactivés par simple décret, sans passer par la loi donc. L'État sanitaire est un État faible en ce sens où il fait l'objet de la défiance des soignants et des usagers, même s'il montre ses gros biscotos. Au contraire de cette police sanitaire, une vraie politique de santé publique suppose la confiance qui, elle-même, suscite l'adhésion des acteurs.

« Au sens strict du terme, la confiance renvoie à l'idée qu'on peut se fier à quelqu'un ou à quelque chose. Le verbe *confier* (du latin *confidere* : *cum*, « avec » et *fidere* « fier ») signifie, en effet, qu'on remet quelque chose de précieux à quelqu'un, en se fiant à lui et en s'abandonnant ainsi à sa bienveillance et à sa bonne foi »⁶. On mesure, grâce à cette définition, l'ampleur du chantier à mener, pour que la coopération et l'adhésion sans lesquelles aucun système de santé ne peut fonctionner, soient de nouveau à l'agenda politique. On peut aussi définir la confiance dans les termes fameux de Marcel Mauss : « obligation de donner, obligation de recevoir, obligation de rendre ». C'est lorsque l'on donne sans recevoir considération et gratification que la défiance s'installe. Le fait que le vote RN progresse au bas de la hiérarchie soignante, ainsi que l'a montré le politiste Luc Rouban, est à lui seul un indicateur de cette défiance qui est devenue la routine du secteur. « Envoyer balader le système » peut être une option quand on a le sentiment d'être mal considéré, voire nié dans sa vie de soignant et en dehors. 

- 1 Julie Gervais, Claire Lemerrier, Willy Pelletier, *La valeur du service public*, Paris, La découverte, 2021.
- 2 Refus qui allait de pair avec la proposition de faire des tests réguliers.
- 3 Alexandre Fauquette, Frédéric Pierru, « Autopsie d'une erreur administrative », *Le Monde diplomatique*, février 2024.
- 4 Nadège Vézinat, *Le service public empêché*, Paris, PUF, 2024, p. 33.
- 5 Théo Boulakia & Nicolas Mariot, *L'attestation. Une expérience d'obéissance de masse*, printemps 2020, Paris, Anamosa, 2023.
- 6 Michela Marzano, « Qu'est-ce que la confiance ? », *Études*, 1/212, 2010.

Crise sanitaire et enjeux politiques

La crise qui touche la santé mentale de la population n'est pas due à des problèmes conjoncturels, mais à une volonté politique et à une idéologie pseudo-scientifique, réduisant l'humain à sa seule dimension biologique.

Serge Klopp

Cadre ISP retraité, référent psychiatrie pour la Commission santé protection sociale du PCF, représentant du PCF au Printemps de la psychiatrie

La catastrophe sanitaire, qui frappe aujourd'hui la santé mentale de la population, n'est pas due à un manque conjoncturel de moyens. C'est le résultat de quarante ans de volonté politique de réduction des coûts de la psychiatrie, considérant dès la fin des années quatre-vingt que le Secteur coûtait trop cher. Celle-ci s'est « justifiée » par une conception uniquement biologique de la maladie mentale aboutissant à une vision de plus en plus déshumanisante de la personne. Comme l'avait rappelé le ministre de la Santé sur France Inter : « Cela fait quarante ans que la psychiatrie subit une paupérisation de ses moyens ». Elle s'est accompagnée de tri sélectif des patients éligibles au Secteur, la continuité des soins se faisant de plus en plus chaotique.

Pourtant, le Secteur a été fondé sur une philosophie qui voulait accueillir toutes les souffrances psychiques en assurant une continuité entre soins de prévention, de cure et de postcure. Aujourd'hui, le secteur ne devrait plus prendre en charge que les plus malades et uniquement en crise. Pour justifier cette exclusion de l'accès au service public de psychiatrie, on a commencé par dissocier psychiatrie et santé mentale. Cela a pour effet de considérer que la santé mentale ne relèverait pas de la psychiatrie, justifiant de ce fait l'exclusion de ces populations du dispositif public de Secteur. De même se met en place un séquençage de la maladie entre phase de crise et de rémission et une segmentation des intervenants en fonction de la séquence. Un récent rapport envisage d'organiser une réponse graduée aux besoins (ce qui est l'esprit même du Secteur !), mais où le Secteur ne serait plus qu'un dispositif de seconde ligne qui n'aurait plus vocation à accueillir directement les demandes. On verrait enfin disparaître ces listes d'attente intolérables ! L'essentiel des soins serait réalisé par le libéral, dont le généraliste. Ainsi la continuité des soins fait place à l'organisation de leur discontinuité !

Une conception pseudoscientifique déshumanisante de la personne

Pour justifier cela, on a depuis des décennies installé l'idée, en s'appuyant sur une idéologie pseudoscientifique,

que les troubles psychiques ne seraient dus qu'à des causes organiques, génétiques, de dysfonctionnements neuronaux. On nie ainsi toute dimension sociale et psychique dans la cause de la souffrance mentale. L'inconscient y est non seulement ignoré, mais dénié. Et parce que l'inconscient n'existe pas, il est inutile de continuer à enseigner la théorie de l'inconscient aux étudiants en psychiatrie ou même en psychologie, d'où sa disparition dans de nombreuses facs de médecine ou de psychologie.

Pourquoi est-ce une idéologie ? Parce que son seul objet est de permettre la mise en œuvre du libéralisme dans le champ de la psychiatrie en réduisant les dépenses socialisées de l'Assurance maladie et d'ouvrir un vaste marché au privé lucratif. En 2024, la psychiatrie est le domaine médical le plus lucratif devant la chirurgie !

Pourquoi pseudoscientifique ?

Parce qu'elle s'appuie sur une instrumentalisation et une caricature des neurosciences. Ainsi, lorsque l'on nous dit que l'imagerie médicale montre la cause neurologique des troubles, celle-ci ne révèle en fait que les effets sur le cerveau des troubles. Ce qui n'est pas exactement la même chose. Par ailleurs, ils omettent de dire que cette même imagerie médicale a mis en évidence l'effet d'une psychothérapie sur les circuits neurologiques. Enfin, si les recherches neuroscientifiques sont essentielles, comme le rappelle le Pr Gonon, elles n'ont, depuis des années, abouti à aucune application clinique. Si la situation catastrophique actuelle est le fait de politiciens et même si des divergences existent au sein de la gauche, il serait dramatique de considérer qu'il faille pour autant délaissier la politique. Ce serait laisser les mains libres à ceux qui pensent déjà faire du Secteur un dispositif de deuxième ligne au profit du secteur libéral et des complémentaires santé assurantielles. Il est indispensable que les citoyens se réapproprient la politique. Cela suppose de sortir de la personnalisation, mais aussi des volontés d'hégémonie au sein de la gauche.

Il s'agit de revenir aux enjeux de fond où le citoyen se prononce en fonction du contenu des propositions et non en fonction d'une étiquette. C'est le sens de l'action menée par le PCF pour proposer une alternative à cette déshumanisation au travers de sa proposition de Loi cadre de refondation du Secteur. Cette refondation doit répondre à deux problématiques, l'accès aux soins pour tous et des soins de qualité prenant en compte la singularité de chaque patient.

Concernant l'accès aux soins, le secteur doit retrouver les moyens pour assurer la continuité des soins de prévention, de cure et de postcure par la même équipe. Ce qui signifie qu'il a pour obligation de répondre à toutes les demandes de soins des plus graves aux plus bénins, le patient ayant, quant à lui, le libre choix de son espace thérapeutique. Concernant la qualité des soins nous proposons que, quelle que soit la technique utilisée, le soin repose sur la prise en compte de la complexité biopsychosociale singulière de la personne.

L'enlèvement dans une guerre de tranchées

Cette proposition est le fruit de longs débats parfois serrés au sein de notre commission entre tenants de la psychanalyse et sceptiques quant à son efficacité, nourris par la littérature médicale. Mais au départ, le point de vue dominant était malgré tout un soutien quasi inconditionnel à l'approche psychanalytique opposée aux neurosciences et aux techniques cognitivo-comportementales (TCC). Sachant que c'est au nom des TCC et des neurosciences que l'on voulait interdire toute référence à la psychanalyse et à l'inconscient. Nous étions donc engagés, comme beaucoup de progressistes, dans une guerre de tranchées. Tout trouble ne pouvant, pour les uns, n'avoir qu'une cause biologique, pour les autres, elle ne pouvait être que psychique. La contradiction antagonique ne pouvait être résolue que par l'élimination d'un des termes. C'est la période aussi où les attaques se sont concentrées contre toute référence à la psychanalyse en pédopsychiatrie, à partir de l'autisme. Rappelons-le, celui-ci serait d'origine génétique neurodéveloppementale et ne serait plus une maladie, mais un handicap et de ce fait ne relèverait plus de la psychiatrie.

C'est en 2012, suite à un certain nombre de discussions au sein de la commission, mais aussi avec certains membres des « 39 », mouvement en psychiatrie à l'initiative de 39 professionnels, que nous avons considéré que cette guerre de tranchées était perdue à terme, dans la mesure où l'immense majorité des jeunes psychiatres, mais aussi psychologues n'étaient plus formés qu'à la biogénèse.

Et si les diverses approches n'étaient pas antagoniques ?

Or les travaux du Pr Munich (généticien), connus depuis plusieurs années, ont mis en exergue plusieurs

gènes de l'autisme, sans qu'ils soient présents chez tous les autistes. Par ailleurs des personnes porteuses de ces gènes ne présentent pas forcément d'autisme. Il a mis en évidence que lorsque certaines mamans, venant d'accoucher, n'utilisent pas la prosodie habituelle avec leurs nourrissons, certains d'entre eux présentent rapidement des traits autistiques. Ces traits régressent et disparaissent si un proche remplace la maman dans les soins quotidiens. Ce qui met en évidence la dimension affective sociale et environnementale dans la genèse de la maladie. Mais dans la mesure où cela survient justement au moment où se structure le psychisme de cette personne en devenir, on voit combien les interactions entre patrimoine génétique, environnement social et psychisme s'interpénètrent, se nourrissant les uns les autres.

Cela nous a permis de réintroduire un troisième terme, la sociogénèse qui depuis les années quatre-vingt-dix avait quasiment disparu des échanges. C'était pourtant l'option de la majorité des psychiatres communistes dont la figure la plus emblématique était, entre autres, L. Bonnafé. La chute du Mur a entraîné un recul du marxisme, alors que j'espérais qu'en étant débarrassé du boulet soviétique, le marxisme et le communisme allaient pouvoir pleinement se développer ! Or, depuis la crise de la Covid, force est de constater que la dégradation de l'environnement social a provoqué une explosion de décompensations psychiques graves touchant tous les âges.

Depuis, au travers notamment des ateliers des Assises du soin psychique organisées par le Printemps de la psychiatrie, nous avons pu montrer qu'il n'y a pas de contradiction antagonique entre les différentes approches.

Redonner à l'humain son intégrité biopsychosociale

Cette question n'est pas réservée aux spécialistes de la psychiatrie. Derrière cette conception uniquement biologisante se pose aussi et surtout une conception de l'humain dans notre société. Or, nier chez l'individu l'existence d'un inconscient ou les effets de son environnement social, revient à une conception déshumanisante de la personne. Il s'agit bien d'une question éminemment politique qui concerne toute la société. C'est la reconnaissance de ce qui fait la complexité de l'humain.

Une modification des rapports soignants soignés et entre soignants

Cela a des implications très concrètes sur la conception du soin et de la place du patient.

Il s'agit non plus d'opposer ces approches, mais de les mettre en complémentarité et en collaboration.

Il ne s'agit pas d'imposer une technique, ou une approche au patient, mais en fonction de ce qu'il pré-

sente, de ce qu'il ressent et de ce qu'il peut supporter de lui proposer tel ou tel type de prise en charge.

Prenons l'exemple d'un adolescent souffrant de Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité de l'enfant (TDAH) qui vient dans un centre médico-psychologique (CMP) où travaillent en harmonie des professionnels utilisant soit les techniques comportementales, soit psychodynamiques, soit sociothérapeutiques. Aujourd'hui, considérant qu'il s'agit d'un trouble neurodéveloppemental, le protocole pour tous c'est : prescription de Ritaline® avec éventuellement thérapie comportementale. Mais est-ce vraiment la même chose si les troubles sont dus à une exposition trop importante aux écrans, à une succession d'abandons où l'hyperactivité permet de tenir les autres à distance afin de ne plus s'attacher et donc ne plus risquer l'abandon, ou s'il est dû à un trouble neurodéveloppemental pur (je n'en ai jamais rencontré).

Ainsi, s'il s'agit des suites d'une exposition aux écrans, il serait important d'opérer un sevrage avec des techniques comportementales, que l'on pourrait associer à une psychothérapie de soutien ou à un travail en groupe s'il n'est pas à l'aise dans le face-à-face. Et éventuellement, ponctuellement, une prescription de Ritaline® si les symptômes sont trop sévères. Et si le patient considère que les séances de TCC suffisent, dans ce cas on respecterait son choix en lui disant simplement que l'ensemble de l'équipe reste à sa disposition.

S'il s'agit des suites d'abandons, on pourrait lui proposer un travail de fond de type psychothérapie, avec ponctuellement une prescription de Ritaline® si les symptômes sont trop sévères. Mais s'il ne se sent pas prêt à un travail psychothérapeutique classique, on pourrait lui proposer un psychodrame analytique de groupe, voire simplement un accueil de groupe informel auquel il pourrait venir à son rythme. Cet accueil pourrait lui permettre d'envisager un travail psychodynamique plus intime par la suite, lorsqu'il sera rassuré et aura établi un lien transférentiel suffisamment fort avec l'institution.

La relation au cœur du soin quelle que soit la technique

Dans cette approche du soin, le patient ne peut être réduit à son symptôme, celui-ci n'étant que l'expression de sa souffrance. De ce fait, la dimension relationnelle singulière entre chaque soignant et le patient est fondamentale. Celle-ci s'inscrivant dans une triple historicité, celle du patient, celle de la maladie et celle de la relation soignants soigné.

L'importance d'une formation spécifique initiale et continue

Afin de comprendre les mécanismes thérapeutiques à l'œuvre, de donner du sens au symptôme et de

prendre conscience que le médicament traite mais que c'est la relation qui soigne, il convient de former tous les soignants aux différentes théories soutenant les approches bio-psycho-sociales. Cela concerne évidemment la formation initiale, mais également et surtout la formation continue. Une telle conception des soins nécessitant bien plus de compétences acquises au travers de connaissances théoriques et d'expériences cliniques tout au long de la vie professionnelle que la simple mise en œuvre de protocoles standardisés.

La prise en compte des effets du transfert

Parmi ces éléments théoriques, celui du transfert est essentiel. S'il ne s'agit pas d'imposer à tous les soignants de s'engager dans cette dimension du travail relationnel, il est essentiel que chacun ait conscience que le transfert existe et qu'il nous agit inconsciemment qu'on le veuille ou non. Cela est évidemment vrai dans un travail psychodynamique, mais aussi dans la mise en œuvre des TCC.

Les infirmiers qui vont s'impliquer dans cette dimension transférentielle vont à nouveau avoir accès à une fonction psychothérapeutique. Cette question est récurrente dans l'histoire de la psychiatrie. Pour les uns (Lebovici, Diatkine...), la psychothérapie était réservée exclusivement aux psychiatres ayant suivi une psychanalyse didactique. On ne s'étonnera pas qu'ils soient tous psychanalystes et psychiatres. Pour les autres (Bonnafé, Le Guillant, Oury...), il était évident que les infirmiers avaient à tenir une fonction psychothérapeutique, pour peu qu'ils se forment et que cette dimension s'intègre dans un travail collectif. C'est sans doute pour cela que le décret de Compétences infirmières stipule la possibilité pour les infirmiers de mener des activités ou des entretiens à visée psychothérapeutique.

Malheureusement, du fait des orientations des chefs de pôle actuels et de l'appauvrissement des formations continues, il n'y a quasiment plus d'infirmiers développant ces compétences.

En conclusion, j'ai voulu montrer les causes politiques de la catastrophe qui frappe la population à partir de mon expérience au PCF. Il est important de se situer dans une historicité pour comprendre d'où l'on vient afin de tenter de peser sur le gouvernail pour décider où l'on va et enfin ouvrir au travers de l'approche biopsychosociale des perspectives pour une psychiatrie humaine. Plus que jamais, la phrase de Bonnafé : « Une société se juge à la manière dont elle traite ses fous » est d'actualité. Cette question de la conception déshumanisante dépasse le seul champ de la psychiatrie et même de la médecine, il révèle comment le libéralisme et le capitalisme réifient l'humain dans tous les domaines de la vie. Cela doit devenir un vrai débat de société. **P**

Le docteur de l'incertitude

« Je tenais à souligner cette option personnelle pour le docteur sans certitude ». Ainsi se concluait ma thèse de doctorat en médecine, augurant ma pratique qui allait s'ensuivre. Prescience plus que science, alors, mais à la retraite maintenant, je n'en ai aucun regret, en toute conscience.

Éric Bogaert

Psychiatre de secteur retraité

« . . . la fatigue psychique se fait vite ressentir, comme à chaque fois, dans un chaos linguistique qui ne fait pas le poids devant l'ordre du langage du maître, celles et ceux qui savent, mus par la volonté de savoir sur le corps psychiatrisé. Toutefois, cette polarisation du débat fourmille de résonances qui font écho à mon expérience en tant que personne et objet de connaissance à la fois, dont la subjectivité du corps est médicalisée depuis mes 16 ans. Une subjectivation bien particulière qui se fonde sur une schize fondamentale de la société occidentale : la séparation corps/esprit, le *mind/body problem* selon la terminologie anglo-saxonne, qui ira jusqu'à cristalliser violemment le débat philosophique entre tradition continentale et tradition anglo-saxonne » écrit Stéphane Nicolas Philippe dans l'introduction d'un feuilleton qu'il titre « Psychiatrie, les vessies et les lanternes », sur son blog du Club de Mediapart.

Science

Au fond, qui sait ce que c'est, la schizophrénie par exemple – pour rester dans le champ de la psychiatrie qui est celui où j'ai pratiqué ; mais on pourrait certainement en dire autant en remplaçant ce diagnostic psychiatrique par celui de toute maladie somatique –, comment ça vient à celui-là, par quelles voies ça procède pour s'installer et se développer, pourquoi est-ce à ce moment-là que ça se dissocie, que surgit une hallucination, une efflorescence délirante... ? Je crois bien que personne ne le sait. Faut-il en donner une preuve basée sur la médecine ? Je ne crois pas que ce soit possible. Aussi microscopique, moléculaire, génétique, etc. que soit toute explication, elle pose, aussitôt énoncée, tant de questions, que les chercheurs continuent de chercher. Il en est fondamentalement ainsi, au point que telle fondation achète des données cliniques pour alimenter les énormes banques de datas dont elle a besoin pour ses recherches neuroscientifiques, au prix d'un diagnostic et de quelques protocoles thérapeutiques dont elle confie le soin d'en assumer la mise en place et la maintenance à d'autres, sans se soucier de la disponibilité ni de la praxis de

ceux-là. Ça suppose une confiance aveugle dans une science totalitaire, et en ceux qui la pratiquent cachés sous leur blouse blanche – mannequins. Mais c'est cher payé pour les malades – et les cotisants à la Sécurité sociale – peu payés en retour.

Aparté (ou, d'un *Pratiques* à l'autre : des politiciens qui nuisent gravement à la santé publique à la science sans confiance qui n'est que ruine de la santé)

Il est remarquable que cette *fatigue psychique* survient chez Stéphane Nicolas Philippe lorsqu'à l'occasion « des remous de l'actualité concernant une proposition de loi du Sénat qui vise à intégrer les centres experts en santé mentale dans le Code de santé publique, et le débat qui se polarise entre neurobiologie et psychanalyse », alors qu'il « essaie d'entrer dans la discussion en cours de commentaires d'un billet publié dans les pages du Club, cela (lui) devient impossible ; la fatigue psychique se fait vite ressentir... ». Ce serait amusant s'il ne s'agissait d'un effet très sérieux et délétère de la politique sur la santé mentale de cet homme, donc potentiellement de tout citoyen. Mesdames et Messieurs les législateurs, les chercheurs, les praticiens aussi, et vous qui lisez ces lignes, et nos voisins, écoutez donc les cris de ceux qui souffrent, ici articulés en paroles. Eux, nous, qui parlons, parfois crions, ou même nous pétrifions d'effroi, sommes des *corpsychés*.

Conscience

Schize, hiatus, organes à l'articulation d'autant plus mystérieuse qu'elle est invisible voire inimaginable, le corps, cerveau en tête, et la psyché, on ne sait où tant et si bien qu'on s'égare, sont tellement distincts qu'ils sont traités de façon disjointe, et même de nos jours dans la discorde entre neurosciences et sciences humaines, ou, plus incompréhensible, neurologie et psychiatrie.

Et aujourd'hui, l'État gouverne au corps soignant d'abandonner la psyché.

Certes, la psychanalyse ne touche pas le corps, mais elle en est touchée, et ne peut l'ignorer. Ceux qui se couchent sur un divan ont bel et bien un corps. Couchés et assis l'éprouvent.

Certes, des neuroscientifiques, neurologues, généticiens... savent que les particularités du cerveau, amas anatomique de cellules biologiques aux réactions biochimiques et fonctions physiologiques, sont loin de suffire à expliquer les maladies mentales. L'environnement n'est pas sans effets, primaires et secondaires, sur ces réactions et fonctions.

C'est une question complexe, embarrassante, incandescente, sulfureuse même. Freud s'y était penché et en avait conçu une *esquisse de psychologie scientifique*, mais il l'a brûlée. Probablement trop mystérieux, ou peut-être mystique – diabolique ? –, le nouage de la psyché au corps.

Reste l'abord matérialiste. Encore en travaux, peut-être parce que les mains dans le cambouis on ne voit pas plus loin que le bout de son chantier ? Mais que nous en pend-il au bout du nez ?

Lorsqu'on aura trouvé les gènes, les centres cérébraux, les neuromédiateurs, de chaque affect et de leurs dégradations, pourra-t-on verser dans les cocktails des jeunes femmes lors des soirées en boîtes de nuit des philtres d'amour – rêve moyenâgeux – à prendre ensuite matin midi et soir pour faire de belles familles à composition unique – rêve bourgeois ? Ou réaliser tout autre rêve dont le choix et l'imposition aux populations restera bien sûr aux mains des puissants et des riches. L'actualité nous informe que ce n'est pas une dystopique fabrication d'esprit.

Car il existe des accointances, voire des acoquinements idéologiques, entre certains neuroscientifiques et la politique et l'argent au pouvoir, qui tendent à balayer la psyché sous le tapis. Sans doute par complaisance de penser le monde... Science sans conscience...

On est loin du souci de la souffrance de notre prochain, cœur du métier des soignants, pourtant situés justement au point de nouage du corps et de la psyché, de la science et de la pratique, de la vérité et du doute, de la vie et de la mort. Dont la science ne sait pas tout, voire pas grand-chose.

Confiance

Il n'y a pas de vérité – c'est-à-dire de savoir absolu et clos – en matière médicale, qu'il s'agisse du corps ou de la psyché, ni sur la maladie, ni donc sur l'objectivité ou la qualité du soignant – ce qui reste à déterminer, et relève par essence de la subjectivité de chacun.

Pour découvrir un patient, il faut se découvrir ; enlever son chapeau pour l'accueillir civilement, se mettre à nu pour qu'il se sente à l'aise quand on lui demande de se déshabiller au propre et au figuré, se décentrer d'une position de pouvoir d'autant que la relation soignant-soigné est asymétrique, et se

connaître pour identifier ce qu'on a en commun, ce qui est (à) lui et ce qui est (à) nous. Mais ça ne suffit pas.

Se soigner suppose de rencontrer un soignant, et se mène au cours d'une relation, entretenue par la confiance que le soignant inspire au patient et que celui-ci lui accorde. C'est un pari, comme toute relation interhumaine, commerce affectif. Pari toutefois pipé par les jeux politico-financiers. En effet, pour qu'il y ait relation, il faut être deux. Et s'il n'y a pas de choix possible du soignant par le patient, choix déjà complexe à mettre en perspective tant il y faut du temps, qui manque souvent dans les périodes de crise, alors ce n'est pas la confiance qui guide le choix, mais le hasard et la nécessité. Surtout dans des temps où la désertification assèche l'offre – l'économie rend les cœurs secs.

Le problème premier que pose la maladie au patient – ce mot n'est pas à censurer, il partage son étymologie, du latin *pati*, de « celui qui éprouve, qui souffre », avec celle de passion « souffrance, mouvement de l'âme » – est la souffrance physique, sous quelque forme qu'elle se manifeste, et peut-être même dans le champ psychiatrique si on considère que la psyché est prise dans le corps, et que celui-ci est lui-même pris dans le réel, qu'il ne peut pas toujours assumer.

Mais il en est un second qui en découle, l'angoisse à supporter l'incertitude qui naît de cette souffrance physique. Le soignant est celui qui est désigné socialement pour essayer de soulager cette souffrance physique, d'abord, mais, et c'est souvent sous-estimé, voire ignoré par l'un et l'autre, aussi de supporter cette incertitude, avec ou en lieu et place du patient, qui en est ainsi plus ou moins soulagé. Bien évidemment, cette seconde composante du soin est essentielle, surtout pour les maladies psychiques où la souffrance du patient se manifeste dans les frictions entre son corpspsyché et le corps social.

La première composante peut sembler se suffire de procéder des certitudes de la science, et il y faut de la croyance du patient en celle-ci et en le savoir de son soignant quant à elle. Cette croyance repose d'ailleurs en grande partie sur la confiance qu'il peut leur accorder.

La seconde est une question de confiance du patient en la capacité de son soignant à supporter ces incertitudes, celle de la science, celle de l'évolution de la souffrance, et celle de la capacité du soignant à assurer ses rôles – dans la dramaturgie qui les lie – et fonction – dans le décor social où se joue ce drame.

Et le soin alors !

Vive la science, elle est loin d'être inutile, et même souvent est essentielle aux soins, surtout lorsque ceux-ci concernent un patient inconscient (pas si facile de se débarrasser de la psychanalyse !), livré aux seules mains du soignant dans un corps à corps avec la ma-

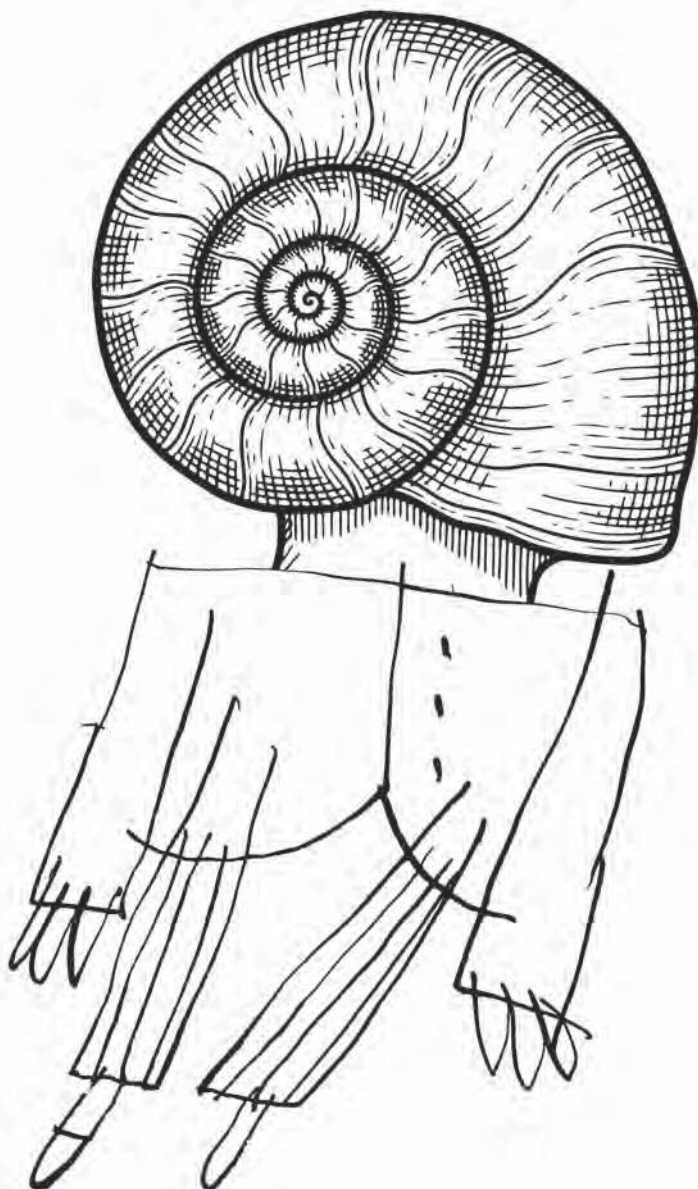
ladié. Mais alors, si la science est si peu assurée, qu'en est-il du soin ? Tout de même, la science donne une raison à ce que la demande de soin soit adressée à un soignant, une assise au soin, et une assurance au soignant. Mais, diagnostic, examens complémentaires, traitement, ce n'est pas elle qui opère. Le patient va confier au soignant sa souffrance, son corps, sa psyché, dans le champ opératoire de leur relation, d'autant plus et mieux, en qualité et dans le temps, qu'il y a de la confiance. Et si le soignant peut les entendre, accepte et parvient à les supporter, ensemble patient et soignant vont leur faire subir des manipulations physiques et psychiques qui pourront en remanier l'organisation¹. Voilà ce qui opère, ce qui est actif.

Envoi

Puisque me vient à l'écriture de ce texte la *Ballade des pendus* de François Villon :

Frères humains qui en manque d'objet vivez
 ayez en vos soignants confiance
 eux qui s'outillent de l'objective science
 pour l'humaine incertitude traiter.
 Puisse l'organisation de la société
 les moyens matériels
 et institutionnels
 leur confier. **P**

- 1 À lire son article du *Petit Robert*, l'organisation, état d'un corps organisé, est aussi l'action de doter d'une structure ou d'un mode de fonctionnement, de soumettre à une méthode, une façon de vivre ou de penser. C'est constituer en organes – voix autorisée d'un porte-parole, d'un interprète, ou outil, partie du corps remplissant une fonction déterminée – différenciés. Si elle peut duper, l'organisation propose aussi des buts déterminés. Ainsi, le soin se situe bien comme remaniement à l'horizontal d'une organisation, cliniquement et socialement. Et la confiance en est un enjeu.



Sganarelle et le TND¹

Au début, « ils » ont infiltré le médico-social avec discrétion. Mais, avec obstination et une morgue certaine, ils ont envahi la place et imposé leur domination. Cela s'est fait rapidement, tout à coup ils étaient là et se présentaient comme une évidence, la seule voie crédible et possible.

Isabelle Canil
Orthophoniste

Ce sont les Troubles du neurodéveloppement (TND). Ils se réclament des neurosciences, alors il n'y a rien à dire puisqu'au contraire, tout est dit et clos: ils sont « prouvés scientifiquement », CQFD.

Les TND m'ont fait passer par de nombreuses phases. D'abord, honte et culpabilité de n'en rien savoir. Et puis de l'indignation aussi, parce qu'on ne voulait rien entendre de ma façon de concevoir mon métier. La psychanalyse, la linguistique incluant un sujet parleur m'ont beaucoup appris sur le langage, le rapport au langage et au savoir des enfants. J'ai découvert avec émerveillement à quel point subjectivité et langage sont l'un à l'autre chevillés. Et que subjectivité n'est pas le contraire d'objectivité, mais juste l'affirmation qu'il y a quelque part l'existence d'un sujet et qu'il faut compter avec lui, parce qu'il change la donne. Mon travail quotidien s'en est vu nourri et il me semble que j'y ai trouvé beaucoup de ressources pour aider les enfants dans leurs problèmes d'apprentissage. Las, le médecin de l'institution m'écoutait avec agacement et condescendance et a fini par exiger que je lui donne des résultats de bilan chiffrés, puisque tout le baratin dont je l'abreuvais n'avait aucune assise scientifique, démontrée, prouvée etc. Il m'a fallu découper en rondelles et sous-rondelles ce qu'avant j'essayais d'appréhender globalement et que je mettais en lien avec toutes sortes de choses complètement invérifiables, fantaisistes et saugrenues telles que les liens à la mère, la qualité de la présence d'un père, la mort d'un enfant, l'exigence des uns, le laxisme des autres, l'ambiance familiale, les dispositions de chacun envers l'école, envers l'écrit... Allez savoir ce que j'étais encore capable d'inventer ! Il m'est même arrivé de pousser le culot jusqu'à m'interroger sur des secrets de famille, comme si ça pouvait empêcher d'apprendre à lire. Lexique en production, lexique en réception, morphosyntaxe, compréhension orale, vitesse de lecture, orthographe, compréhension lexique, utilisation du nombre, conservation, logique élémentaire... Moi, j'ai toujours beaucoup aimé m'occuper de ces choses-là, comprendre la façon dont un enfant en use et s'y fait une place, ainsi que tous les sentiments que ça peut générer chez lui : Indifférence, vraie ou simulée, crainte, angoisse, rejet, incompréhension, sidération, colère, passivité, enthousiasme (plus rare). Ça me plaît beaucoup de plonger les mains dans ce cambouis-là, c'est même à ça que je sers, c'est mon travail.

Mais quand il a fallu que je passe par des épreuves standardisées pour chiffrer tous ces aspects du langage, j'étais comme une poule avec un couteau, parce que je ne savais qu'en faire, cela ne m'apprenait pas ce que je tentais de saisir, à savoir quelque chose du pourquoi c'était comme ça pour celui-là, et quelque chose que je pourrais nommer, sans doute un peu improprement, le *style* de l'enfant.

Et puis, dans mon institution, on m'a « formée aux TND », sans que je sois demandeuse d'ailleurs, à cause de mes *a priori* bornés, mais au moins, m'étais-je dit, je saurais peut-être quoi faire de mes chiffres, mes écarts type et déviations standard.

En échange des chiffres fournis, on m'a à peu près fichu la paix et tous les enfants sont maintenant affublés d'une kyrielle de diagnostics : dyslexie, dysgraphie, dysorthographe, dyspraxie, dysphasie, TSLA (trouble spécifique du langage et des apprentissages et là-dedans on peut tout mettre !), et presque toujours en sus un trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Du même coup, un dossier à la MDPH est requis et tous ces enfants deviennent des handicapés.

Dans nos institutions, on a parlé du « virage des neurosciences ». Le nommer ainsi montre bien qu'on crée et installe une nouvelle pratique et qu'elle exclut l'archaïsme du passé. J'ai été contrainte de faire tout ce qu'on m'a ordonné, mais j'ai quand même loupé le virage : je reste sur ma bonne vieille route de travailleuse orthophoniste.

Je crois que je peux dire sans mauvaise foi maintenant (je me suis beaucoup apaisée face à ces TND), que... ça ne sert à rien dans mon travail, à rien de rien. Je continue d'aborder les patients à ma façon, comme je peux, et qu'on leur ait attribué ou pas ce diagnostic, ça ne m'oriente en aucune façon. Ou plutôt ça me désoriente parce qu'il me semble que ça me complique le travail, je vous le dirai un peu plus loin.

s

Mais, par quelle épidémie miraculeuse tous ces enfants souffrent-ils dans leur neurodéveloppement ?

Voilà comment je crois que le germe se répand : un enfant a un cahier plein de fautes, il est incapable de répéter deux ou trois syllabes à la suite, il ne comprend pas les séries de nombres 70, 80, et 90, il a une capacité d'attention de quelques secondes, une parole orale

laborieuse, il ne comprend rien quand il lit... (tout cela se voit ou s'entend assez facilement, même si on n'est pas orthophoniste).

Alors on lui fait passer pléthore de bilans et de tests, parce que toutes les rondelles doivent être évaluées avec un protocole aux couleurs scientifiques. À la sortie, il ressort qu'il a bien un ou plusieurs TND. Le T veut dire « *trouble* », c'est effectivement *troublé* parce que c'est plein de défauts. Et la boucle est bouclée. La mise en évidence des difficultés de l'enfant suffit à lui faire endosser un diagnostic TND.

Dans le *Médecin malgré lui* de Molière, Sganarelle, déguisé en médecin, doit trouver pourquoi la jeune fille ne parle plus. En touchant son pouls, il dit au père : « Voilà un pouls qui marque que votre fille est muette. » Le père s'émerveille, mais insiste un peu quand même, il demande quelle est la cause, d'où cela vient-il ? Et Sganarelle répond : « Cela vient de ce qu'elle a perdu la parole. » C'est-à-dire que la prétendue cause explicative vient se superposer sur la constatation visible et les deux coïncident exactement ! Au vrai, le « elle a perdu la parole », ne dit rien de plus que le « votre fille est muette ». L'un entérine l'autre en le redoublant. Il aurait pu ajouter : « Nous sommes face à un TND. » Inventer une autre façon de nommer peut abuser les esprits, et c'est ce tour de passe-passe que réussit Sganarelle. Il entoureloupe son auditoire en faisant passer la constatation pour la cause, simplement parce qu'il l'énonce avec de nouveaux mots. Mais le diagnostic n'a pas avancé d'un pouce, son explication pseudo-savante n'explique rien, on en est toujours au point de départ.

En écoutant Molière, on rit. Mais on devrait rire aussi – ou plutôt pleurer – face aux définitions du *DSM-5* et aux conclusions de nos institutions qui aboutissent toutes à un TND.

Dans les définitions du neurodéveloppement, on peut trouver : « Il est un processus dynamique (il y a pourtant le mot dynamique !) influencé par des facteurs biologiques, génétiques, socioculturels, affectifs, et environnementaux ». Nos institutions ne gardent que les facteurs biologiques et génétiques. Personne ne sait quoi en dire, alors ça va plus vite. Et on leur accole le mot « trouble », et ça suffit à inspirer confiance.

Anne Delègue, pédopsychiatre, a fait une étude sur les TND, qu'on peut retrouver sur le site de *Pratiques*. L'article s'appelle : « Les troubles neurodéveloppementaux : analyse critique. »

« La validité, critère le plus "scientifique" d'une classification, repose sur sa capacité à distinguer les maladies entre elles d'une part, et avec la normalité d'autre part. Les marqueurs biologiques ont beaucoup contribué à la définition d'entités valides en médecine somatique, ce qui n'a pas pu être le cas en psychiatrie. L'ambition du *DSM* était de combler ce manque en mettant en évidence des marqueurs biologiques pour

chaque trouble inventorié, avec l'espoir qu'un traitement spécifique pourrait y être associé. Mais le *DSM-5* reconnaît l'échec de la démarche. Dans le *DSM-5*, nous "reconnaissons le fait que les critères diagnostiques actuels, pour n'importe quel trouble singulier, n'identifient pas nécessairement un groupe homogène de patients pouvant être caractérisés de manière fiable au moyen de tous ces validateurs". Les études publiées vont d'ailleurs toutes dans le sens d'une absence de validité du *DSM*. La revue *Prescrire* relevait déjà l'arbitraire et le manque de rigueur des différentes versions des *DSM* et conseillait aux praticiens de garder leurs distances avec le manuel. » Anne Delègue fait référence en particulier au TDAH, et elle aborde aussi tous les dys.

Est-ce qu'il n'est pas important de se rendre compte que ce diagnostic n'apporte rien quant à la compréhension du *symptôme*, et qu'on en est au même point – Sganarelle l'a bien montré ! – une fois qu'on l'a énoncé ? Si son seul défaut était d'être inutile, ça passerait ! Mais il a de graves et consternantes conséquences parce qu'il implique un appauvrissement terrible de la façon d'aborder un enfant.

Son histoire, ce qu'il en raconte, sa place au sein de la famille, ses relations aux autres, sa relation à l'école, au savoir, au monde, la façon dont lui-même se considère, tout cela devient très secondaire. Se limiter à l'affirmation d'un neurodéveloppement troublé, c'est clore ce qui nourrit le questionnement de nos métiers. C'est faire comme si toute la sphère affective, émotionnelle, tout l'environnement familial, social, culturel n'entraient pas en ligne de compte pour comprendre le « trouble » de l'enfant (moi je dis symptôme, mais c'est un mot qu'on ne veut plus entendre). C'est envisager uniquement un aspect génétique et biologique (le développement du cerveau), et pour le coup, il n'y a pas grand-chose à faire. C'est évacuer toute la dimension symbolique – je voulais au moins dire le mot ! – et reléguer bien loin la part et l'implication subjectives de chacun, le patient et l'orthophoniste.

Et moi, si on m'enlève ça, je ne sais plus faire l'orthophoniste. Je n'ai donc jamais cessé de m'intéresser à la façon dont l'enfant se débrouille avec les autres, la pensée, le savoir, lui-même... le monde quoi ! Je pense que nous devons envers et contre tout nous intéresser au fonctionnement symbolique (qui est si difficile à définir), aux capacités de l'enfant à symboliser... Comment il manie ça, comment il habite ça, comment c'est présent en lui. Quand son neurodéveloppement est troublé, mon hypothèse générale est que quelque chose de l'univers symbolique s'est trouvé limité. La dimension symbolique embrasse tout de nos vies. La pensée se met en mouvement, l'imaginaire galope en pleine liberté, le sens est à chercher partout où l'on veut, les associations d'idées constituent des maillons innombrables... Tout cela pourrait être sans limite.

Dans notre travail, nous essayons d'approcher l'empêchement, l'entrave, la difficulté, et nous tâchons de relier (re-lie) les difficultés au sens qu'elles portent en elles. Et c'est ainsi que nous ne cessons jamais de *faire écrire*, de *faire raconter*, de *faire lire*... Cette manie que nous avons de toujours inciter à *faire récit*, *faire narration*, *faire histoire* ! C'est parce que notre expérience et notre intuition nous disent que c'est en donnant à l'enfant la possibilité de dérouler des bribes de discours que des liens pourront venir au jour : liens entre ses diverses misères et leur installation, sa façon à lui d'y réagir, de faire avec, de s'en révolter ou de les nier, liens avec leurs bénéfices secondaires peut-être... Paradoxalement, ce sont des *liens qui libèrent*, (pas des menottes) parce qu'ils permettent tout un mouvement dialectique, une circulation à l'intérieur du monde symbolique. Ça s'enchaîne, ça vit, ça caracole, ça se heurte, ça se meut, ça se braque, ça se transforme, ça travaille... C'est ça qui est dynamique !

Mais tout cela ne s'énonce jamais en un bel exposé de la part de l'enfant. Dans le bureau de l'orthophoniste, tout en écrivant, lisant, jouant, dessinant, bricolant, un sens et une direction peuvent émerger et montrer leurs contours au fil des séances. Par exemple, on entend souvent des orthophonistes dire quelque chose comme : j'ai l'impression qu'il passe du coq à l'âne, qu'il ne se concentre pas pour masquer qu'il ne sait pas. Ou bien : Il veut bien lire, mais ne veut absolument pas écrire (ou le contraire, bien sûr). Rien qu'avec ces petites observations, qui n'ont l'air de rien mais qui sont capitales, l'orthophoniste sent qu'une orientation se dessine, et s'y ajustera. C'est comme un immense champ trop grand trop large, qui petit à petit va se réduire et se mettre à leur taille. L'orthophoniste et son patient sauront de mieux en mieux ce qui les concerne, ce qui les intéresse, ce pour quoi ils se retrouvent chaque semaine. Un orthophoniste est un *auxiliaire de racontage*, il se met au service du *racontage* quelle que soit sa forme (parlottes, dessins, écrit...).

Nancy Huston a écrit dans *L'espèce fabulatrice* : « Le Sens humain se distingue du sens animal en ceci qu'il se construit à partir de récits, d'histoires, de fictions. L'univers comme tel n'a pas de sens. Il est silence. Personne n'a mis du Sens dans le monde. Personne d'autre que nous. » (p. 15).

Dans *Sapiens*, Yuval Noah Harari écrit page 34 : « Les nouvelles capacités linguistiques que le Sapiens moderne a acquises voici quelque 70 millénaires lui ont permis de bavarder des heures d'affilée.[...] Mais la caractéristique véritablement unique de notre langage, c'est de transmettre des informations non pas sur des hommes ou sur des lions, mais sur des choses qui n'existent pas. »

Et cela, fictions, récits, bavardages, commérages même, les orthophonistes savent très bien leur ouvrir la voie, parce qu'il me semble que c'est le cœur de leur métier.

C'est pour ça que j'ai fini par dire : vive le neuro-développement et méfiance quand on lui accole le mot trouble pour expliquer l'origine du symptôme. Il me semble que c'est mensonger, car c'est la plupart du temps le contraire qui est à l'œuvre : s'il est vrai que tout s'inscrit dans le cerveau, alors il serait bien plus juste de dire que ce sont les symptômes par lesquels passe l'enfant qui vont se graver là-haut. Non seulement la localisation pseudoscientifique de l'origine ne donne aucune clé pour soigner, mais en plus elle est fautive, dans la grande majorité des cas où il n'y a aucun handicap physique, organique, neurologique... ce n'est pas là qu'elle se tient.

Alors, continuons de naviguer avec l'enfant dans tout ce flou et cette densité du monde symbolique.

Il convient d'ajouter quelque chose d'important, qui va contredire mon propos. Beaucoup de gens défendent l'idée que c'est très utile de donner un diagnostic TND (moi j'ai écrit que ça ne me servait à rien !) parce que ça donne une réponse à la question : « Mais qu'est-ce qu'il a, mon enfant ? Qu'est-ce qui cloche chez lui ? », et donc ça *dé-cul-pa-bi-li-se* les parents. Je dirais que si ça déculpabilise, ça verrouille aussi pas mal de choses. À quoi bon s'interroger sur ce qui se passe chez cet enfant ? Puisqu'il est comme ça. Comme toute parole, le diagnostic n'est donc pas sans effet. À sa suite, inexorablement des rouages s'enclenchent. On va chercher à adapter le mieux possible tout l'environnement de l'enfant : passons par la MDPH, donnons-lui une AESH, faisons-lui établir un plan d'accompagnement personnalisé (PAP) à l'école, donnons-lui un ordinateur et informons l'enseignant qu'il convient de faire pour lui « des adaptations ». En général, ça change peu les choses sur l'évolution de l'enfant, mais peut-être que je redeviens de mauvaise foi... Ça aide quand l'enseignant relève son seuil de tolérance parce qu'on lui a expliqué que cet enfant ne pouvait pas faire autrement (on aurait pu lui expliquer sans passer par l'explication TND, mais il faut reconnaître qu'avec le coup du diagnostic scientifique, ça facilite). Donc ça déculpabilise.

Moi je crois que le soulagement est de courte durée. Les questions ne manquent pas de se poser, un peu plus loin, ou un peu à côté. Et je dirais heureusement !

Par contre, le TND n'a pas rendu notre travail plus facile. J'ai entendu un enfant exclu pour la quatrième fois du collège dire : « C'est pas de ma faute je suis TDAH, ils ont pas le droit de me virer ». Le TND est très fort pour évacuer la part subjective de tout le monde. Elle n'est plus concernée ! Alors que c'est toujours ça qu'on essaie de mobiliser pour qu'un enfant se mette psychologiquement au travail ! C'est difficile de faire plus anti-productif que ça... Mais tout n'est pas perdu si l'orthophoniste arrive à faire ses pas de côté sans se faire avoir par l'illusion que l'origine du problème est enfin détectée.

« J'y peux rien je suis TDAH ».

Il suffit alors d'une moue dubitative : « Vraiment ? Tu crois ? ».

Puis, il s'agit d'enclencher la machine à symboliser, et de se mettre au service du racontage.

Donc ces enfants ont un TND.

Et alors ?

Je crois que je m'en fous.

Voici trois petits faits cliniques de rien du tout, qui tentent de montrer que ND troublé ou pas, il y a toujours de quoi faire pour que des racontages entrent dans la danse.

En atelier d'écriture, les enfants lisent leur texte qui commençait par cette amorce :

« J'étais sur mon bateau, quand tout à coup une vague me propulsa dans la mer... »

Léo lit à haute voix son texte où il raconte qu'il coule, et quand il est au fond de la mer, un dauphin vient le sauver. Pauline, ma collègue psychologue qui anime l'atelier avec moi, lit son texte et elle aussi a fait intervenir un dauphin qui la sauve.

Alors je dis : « C'est marrant, vous avez eu la même idée ! ». Et Pauline de renchérir : « Oui, on dirait qu'on s'est copié ! »

Pourquoi je dis ça ? Léo est un enfant que Pauline suit en psychothérapie. Visage de marbre, voix atone, si on lui pose une question il s'écoule toujours de longues secondes avant qu'il réponde, c'est très impressionnant. Pourtant, nous savons qu'il aime être là. Il y a environ un an, à ce même atelier d'écriture, les enfants devaient écrire un petit portrait sur quelqu'un du groupe, le décrire, mais pas trop, pour qu'on puisse deviner de qui il s'agissait. Lui avait choisi Pauline, sa psy donc, et il avait écrit : « Elle lit dans mes pensées ». Mais on avait tous compris que de sa part, ce n'était pas vécu comme intrusif ni abusif. C'était plutôt une grande reconnaissance ou une admiration qu'il exprimait. Et Pauline m'avait dit qu'à partir de ce moment, Léo s'était davantage ouvert en séance, avait davantage parlé. Pourquoi lors de l'atelier ai-je dit ça : « Oh, c'est marrant, vous avez eu la même idée ! », et pourquoi Pauline a-t-elle renchéri, sans qu'on se concerta ? Parce qu'il y a peu, Léo lui a parlé des punitions qui frisent les mauvais traitements à la maison, sur ses frères et sœurs. À la suite de ces révélations, Pauline a dit qu'elle devait en parler et Léo s'est refermé... Pauline a reçu la mère en entretien, avec l'assistante sociale, pour proposer une « aide éducative... ». C'était une erreur je pense, et ce qui était prévisible s'est produit, c'est-à-dire que Léo s'est refermé. Et ma petite phrase « Vous avez eu la même idée », c'était pour dire quelque chose comme : « il fut un temps où tu lui faisais bien confiance. Ce temps-là est-il perdu et révolu ? Vous êtes tous les deux sauvés par un dauphin. Tu as encore sûrement des choses à lui dire, te souviens-tu comme tu te sentais en confiance avec elle ? »

Ce que je voulais souligner, c'est que ces petites phrases apparemment insignifiantes, on sait pourquoi on les dit, et ça fait partie du travail, c'est le travail, TND ou pas. (Et j'ai oublié de préciser que Léo avait évidemment un TDAH et bien sûr un TSLA).

Un autre petit fait clinique : Joris, un ado avec une dyslexie et dysorthographe très importantes. Donc c'est un TND, ça ne fait pas de doute pour le médecin du CMPP. Soit. Il est très sympathique, très bien suivi par sa famille et il a une grosse pression sur les épaules de la part de son père. Au bilan, il avait pleuré, malheureux de le décevoir. J'avais rencontré ce papa, et on avait parlé de cette pression que ressentait Joris et du fait que lui, son père, avait sûrement une part de la solution, et que peut-être s'il arrivait à être moins exigeant (je pense qu'il l'engueulait pas mal !), ça pourrait soulager Joris... Presque à chaque séance, j'oblige Joris à écrire. Quand je dis que *je l'oblige*, c'est vrai ! Je lui donne une image, ou une phrase en amorce et je lui demande d'écrire une histoire, quelques lignes qui racontent vraiment quelque chose. L'objectif c'est ça, que ça raconte ; ça a l'air simple comme ça, mais je suis sûre que tous les orthophonistes savent bien comme ça peut être compliqué d'écrire quelques lignes qui racontent quelque chose. Je lui dis aussi de ne pas se bloquer pour l'orthographe. Et je lui laisse 8, 10 minutes, je ne suis pas très exigeante... Au début, lui si gentil, pestait et renâclait : « Non non, j'ai rien à dire je sais pas j'ai pas d'idée etc. » Et moi, je fixais la ligne bleue des Vosges, un peu mal à l'aise, ne sachant jamais trop si je faisais bien d'insister... C'est parfois difficile d'être au service du *racontage* ! Souvent, je capitulais et je disais : « D'accord, la semaine prochaine alors... » Ce qu'il écrivait était très chétif et pas intéressant du tout. Ce n'était même pas correct du point de vue des phrases, et souvent incompréhensible. Si c'était à partir d'une image, il la décrivait un tout petit peu. On était loin d'une histoire ou d'un récit.

Eh bien, au bout d'un an et un trimestre, il a écrit huit bonnes lignes, dans lesquelles il n'y avait que trois fautes ! Mais surtout, surtout, c'était joli à écouter. Très joli, parce que ça racontait. Enfin ça racontait ! Nous y étions ! Il écrivait à la première personne, mais ce « JE » était un des personnages filles de l'image ! Ça, j'ai trouvé que c'était extraordinaire qu'il puisse faire comme s'il incarnait un personnage féminin. Et par deux fois, il y avait un sentiment exprimé. Une des filles était jalouse de la robe qu'une autre portait, et une autre était très fière de l'allure de son père, un monsieur en costume et chapeau sur l'image. De son père ! Évidemment, j'ai pensé à ce père qu'il était malheureux de décevoir. Mais je n'ai rien dit sur ce père et je l'ai beaucoup félicité pour la façon dont il avait rendu les personnages intéressants et vivants. Et qu'est-ce que j'étais contente ! J'ai pensé que cette sorte de libération de sa parole écrite, non seulement

lui permettait de raconter une vraie histoire humaine, un bout de fiction, mais en plus de ce contenu formidable (que moi j'ai trouvé formidable), la forme témoignait d'une évolution spectaculaire : très peu de fautes, des phrases bien structurées, un vrai récit.

Et que sa dyslexie et dysorthographe soient un TND, ou pas, ça change quoi ?

Avec l'éducateur, j'anime un atelier où nous jouons à des jeux de société, que nous avons nommé : « La règle du jeu ». Nous voulions montrer que, même nous les adultes, étions soumis aux règles, et nous voulions que les enfants puissent vivre au sein de ce groupe des expériences comme perdre, avoir envie de tricher, de se mettre en colère, etc.

Il y a peu, la mère de Fabien, un des participants, a surgi au CMPP, très énervée. Elle réclamait à toute force un traitement médicamenteux, parce que son fils « était TDAH, disait-elle, elle avait cherché sur Internet et c'est exactement ça, et ça ne peut plus durer c'est l'enfer à la maison c'est l'enfer à l'école, il ne veut plus aller chez son père... » Il se trouve que j'étais là, quand elle est arrivée dans cet état et qu'elle a apostrophé ma collègue. Moi, je tombais de la lune parce que cette maman faisait de Fabien un portrait que je ne reconnaissais pas, au point que je me demandais si on pensait bien au même. Et là, la machine du CMPP s'est emballée... Vite vite, un rendez-vous

est pris en urgence avec le médecin neuropédiatre, fan des TND. Évidemment, Fabien et sa mère en ressortent avec la promesse d'un traitement médicamenteux, spécial TDAH, mais pas avant quinze jours, parce qu'il faut quand même en parler au papa. La mère quitte le CMPP triomphante. Huit jours après cette histoire, ma collègue psychomotricienne va à l'école pour l'équipe éducative d'un autre enfant. Elle se fait aborder par l'enseignante de Fabien, qui lui dit : « Ah ! ça va beaucoup mieux depuis qu'il a le traitement pour son TDAH ! » Sauf que Fabien n'a pas encore eu le traitement puisqu'il faut attendre le rendez-vous avec le papa. On pense que la mère a dû arriver à l'école, expansive comme je l'ai décrite, en disant qu'il avait un TDAH, et que, avec le médicament ça allait changer tout, elle nous l'avait bien dit ! Est-ce que l'enseignante, pensant qu'il avait ce traitement, a changé son propre regard sur Fabien ? Est-ce que la mère, s'étant un peu apaisée, a permis que Fabien soit plus tranquille ? Est-ce que le TDAH a soudainement muté ? **P**

D'où il ressort que, même si le neurodéveloppement est troublé, un TND est aussi peu prévisible qu'un bon vieux symptôme... **P**

1 Certains passages ont été adaptés d'un exposé écrit pour une AG de la FOF Berry – Val-de-Loire, le 15 mars 2025.



Expertise, expérience, démocratie

Intervention à la table ronde « Démocratie » du meeting « Expertiser n'est pas soigner. Quelle(s) psychiatrie(s) pour demain ? » du Printemps de la psychiatrie (28 mars 2026).

Pierre Dardot

Philosophe

La survalorisation de l'expertise en psychiatrie pose la question de son rapport à l'expérience comme celle de la valeur politique de l'expérience. On n'entend plus beaucoup aujourd'hui la référence à l'expérience dans le mot « expertise ». Pourtant l'expertise s'acquiert par l'expérience, c'est-à-dire par la pratique, et étymologiquement l'expert est d'abord et avant tout celui qui a l'expérience. Or la démocratie sur laquelle nous nous interrogeons dans cette table-ronde n'est ni un régime politique ni une procédure, mais une expérience qui consiste en des pratiques de soins impliquant une relation directe avec des patients toujours singuliers. L'expérience nous met ainsi en présence de données hétérogènes qui font obstacle à l'expertise consacrée par la logique néolibérale comme monopole de spécialistes.

Considérons le jugement de diagnostic en médecine. Le diagnostic est un jugement au sens plein du terme, irréductible à l'application d'une norme en raison de la singularité du cas qui est donné à l'observation. Par rapport à ce cas, la catégorie n'est pas donnée d'avance. Le jugement de diagnostic consiste à trouver la catégorie qui convient à ce cas singulier, et non à appliquer une catégorie donnée d'avance à un tel cas. Entre le diagnostic et la décision thérapeutique, comme le voit bien Deleuze, il y a cette différence que, dans la décision thérapeutique, la catégorie est déjà donnée par rapport au cas particulier, mais la difficulté est de l'appliquer (contre-indications en fonction du malade, etc.). Mais même dans ce cas, le jugement médical excède toujours la simple application d'une catégorie.

Mais que reste-t-il du jugement dans les Centres diagnostics experts ? Il faut prendre au sérieux le nom de Centres experts (et non Centres d'experts). Il est difficile de pousser plus loin l'autonomisation du diagnostic par rapport à tout sujet, qu'il s'agisse de celui qui est censé faire le diagnostic, de celui qui est chargé de l'annoncer au patient ou encore de le traduire en décision thérapeutique. On atteint là le paroxysme de l'« objectivisme médical » (Robert Castel). L'expertise des plateformes de diagnostic et d'évaluation fait obs-

tacler à tout jugement de diagnostic au sens où nous l'avons défini. Elle est chargée de présenter des décisions déniées qui s'exemptent de tout débat contradictoire comme des évidences s'imposant d'elles-mêmes. On décide tout d'abord de constituer des catégories homogènes à partir de données hétérogènes fournies par l'expérience en sacrifiant toute hétérogénéité. On obtient ainsi trois grandes catégories :

- a- Troubles du spectre autistique (TSA) qui regroupent un ensemble de troubles neurobiologiques,
- b- les dys- (dyslexies, dyspraxies, etc.),
- c- le déficit de l'attention et l'hyperactivité (TDAH).


On décide ensuite de les regrouper sous le titre de Troubles du neurodéveloppement (TND) sans aucune preuve d'une quelconque base commune qui permettrait de justifier un tel regroupement. On est ainsi passé d'une catégorie d'anomalies physiques ou génétiques à une hypothèse classificatoire vite promue en catégorie scientifique à part entière (Mathieu Bellhasen). Cette seconde décision est tout aussi arbitraire que la première et dictée comme elle par la volonté d'éradiquer les incertitudes du psychique, ce qui est l'essence de la psychophobie, haine du psychique née de la peur de perdre une maîtrise. Elle constitue la base des évaluations standardisées et des questionnaires préremplis. Les diagnostics qui en résultent sont alors présentés comme indiscutables car fondés sur des marqueurs biologiques. En réalité, il s'agit non d'un diagnostic plus affiné, mais d'une remise en cause de la logique même du diagnostic, réduit à une simple application. L'expertise tend ici à dispenser de juger, elle n'est pas fondée sur l'expérience mais sur la confiscation de l'expérience commune à partir de l'extraction des données recueillies auprès des patients.

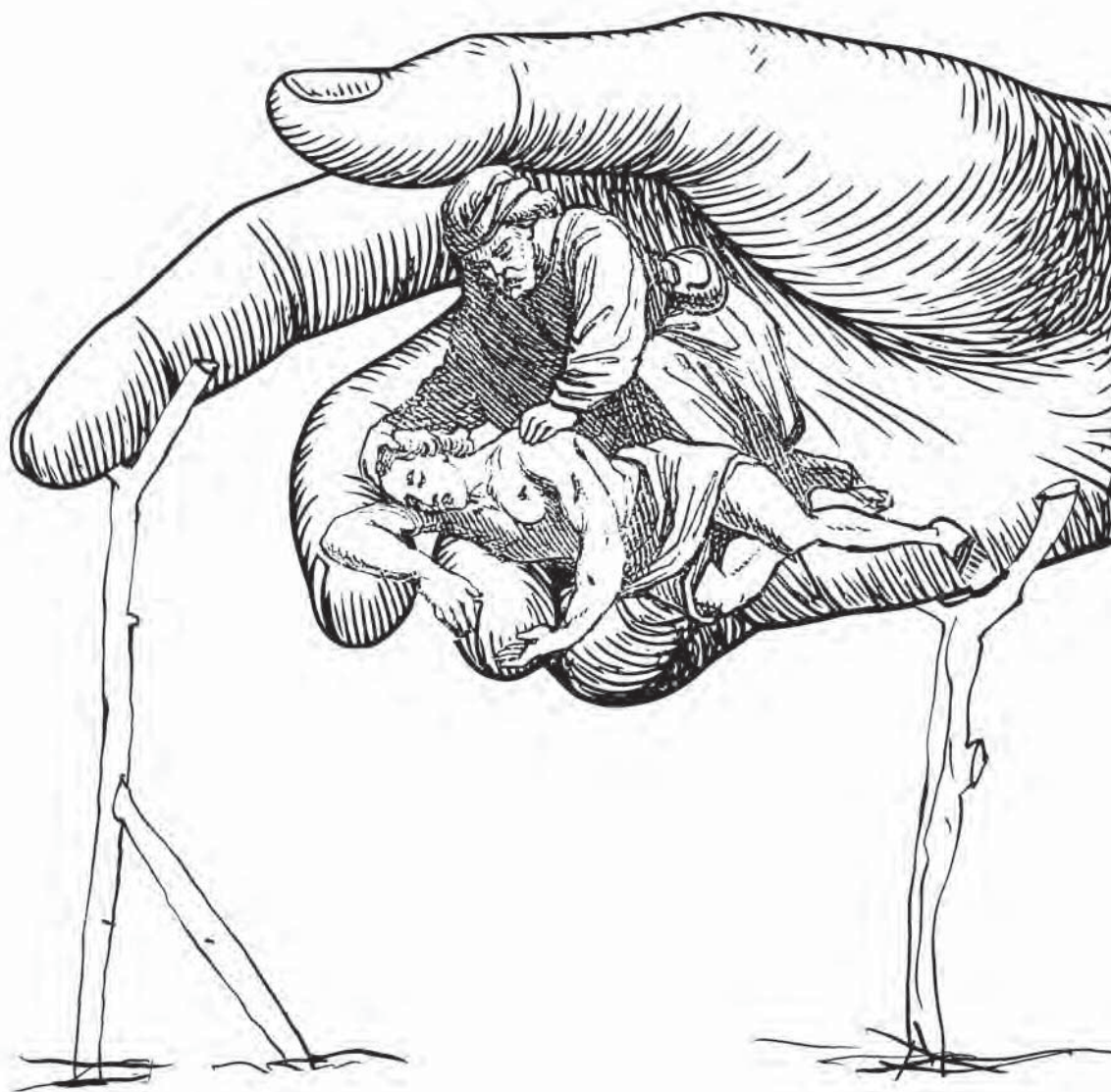
La mise en données tend alors à constituer le cœur de l'expertise, ce qui revient à rendre l'expérience impossible puisqu'on supprime d'emblée l'hétérogénéité au lieu de l'affronter à l'intérieur d'une relation avec le patient. Le médecin disparaît derrière l'expertise et le patient derrière les données qu'il fournit. C'est cette fabrication de l'homogène par effacement du sujet qui permet de donner une pseudo-légitimité aux diagnostics issus des Centres experts et d'imposer

autoritairement aux soignants comme aux soignés les seules pratiques conformes à la cote mal taillée de schémas préétablis à l'exclusion de toutes les autres.

À cette imposition autoritaire, il faut opposer le droit à la pluralité des pratiques de soins, en misant notamment sur le pouvoir soignant des Collectifs, qu'il s'agisse de collectifs travaillant dans et hors des institutions (comme le groupe *Psy psy*) ou de communautés d'usagers vivant la souffrance psychique (comme celle qui s'est regroupée autour du journal *Soin soin*). Mais afin de s'opposer au dogmatisme de la psychiatrie biomédicale, il ne suffit pas de plaider pour un respect scrupuleux des normes scientifiques. Il faut aller au-delà dans le sens d'un élargissement des sources de la connaissance à travers une confrontation avec une « pluralité de perspectives légitimes et coordonnées » « au sein d'une communauté élargie de personnes expertes et non expertes, comprenant

des chercheurs et des représentants sociaux, politiques et économiques capables de discuter d'égal à égal de la force et de la faiblesse des théories scientifiques produites et de leurs effets sur la collectivité » (Mario Colucci, psychiatre italien).

La validation de ces théories et connaissances ne doit pas rester l'apanage exclusif des experts, ces derniers fussent-ils de vrais experts, mais impliquer les citoyens concernés directement par les décisions publiques en matière de santé mentale. C'est en quoi l'exigence de démocratie s'impose non seulement en matière de pratiques de soins, mais aussi de validation des connaissances dans le domaine de la santé mentale. Pour résumer : d'une part, l'expérience de la démocratie ici et maintenant dans les pratiques de soin, d'autre part, le projet d'une démocratie dans la validation des connaissances par une communauté élargie aux non-experts (citoyens et usagers). 



Viens dans l'ouvert, ami

Nous avons prononcé ce texte en octobre 2025, au cours des 38^{es} journées de l'Association méditerranéenne de psychothérapie institutionnelle. Espérant donner à penser que la confiance n'émane peut-être pas tant de la certitude du savoir que de l'indétermination nécessaire à l'accueil de l'autre...

Eva Témoin et Benoit Marsault
Psychiatres

Si la rencontre est une « condition » du soin psychique, c'est donc que sans elle, il n'y a pas de soin psychique... Mais qu'est-ce qui nous dit qu'une rencontre a lieu ? Que c'est bien ça qui se passe ? La rencontre est-elle seulement possible ? Elle est éminemment souhaitable. Désirable. Mais possible ?

En se promenant dans les allées d'un hôpital psychiatrique...

Les choses se compliquent d'entrée de jeu lorsque nous ne partageons pas tous et toutes la même « réalité ». Comment rencontrer des sujets envahis par des processus dissociatifs et délirants ? Comment tenter la rencontre et comment savoir si elle a eu lieu et quels effets elle a eus ?

En promenade dans le parc de Ville-Evrard, tout le monde croise un monsieur qu'il est difficile de rencontrer. Tout d'abord parce qu'il ne répond pas à son nom de famille référencé à l'État civil. Il change de nom en fonction des périodes de sa vie psychique. Son nom de famille est un prénom, ce qui augmente la confusion, et lorsqu'on lui dit bonjour, il répond : « Non, Monsieur Lemerle », son prénom serait Angus. Il a de nombreux alias. Bref, dans son nom, il y a un « raté », manière de signifier « ce n'est pas pour aujourd'hui que vous allez me rencontrer ». Parfois cet homme schizophasique, se nomme... M. Clairvoix ! Ironie du sujet psychotique ! Il se met face au beau bâtiment central, celui de l'administration, et parle et crie sous les fenêtres de la directrice des finances. À claire voix !

Un jour, il a demandé des pansements à l'équipe soignante. Évidemment, sur son visage pas une égratignure. Les soignants auraient pu lui dire qu'il n'en avait pas besoin, qu'il n'avait rien, que ce n'était pas nécessaire... Pire, que ce n'était pas normal, et désirer de lui qu'il ait au moins l'air normal. Rien de tout cela : ils lui ont donné les pansements. Ils l'ont reconnu

Comme la jouissance du rapport qui n'existe pas, la rencontre ne vaut que pour soi. On ne sait jamais si l'autre nous a rencontrés également.

dans sa radicale différence de fou, dans son altérité, dans son anomalie propre et singulière. La rencontre a eu lieu au frottement des anomalies de chacun.

Les phénomènes de la rencontre

Pour qu'il y ait rencontre, ou non-rencontre, a-rencontre, il faut qu'il y ait phénomène, au sens de Maurice Merleau-Ponty¹ : il faut des corps dans l'espace qui, par leur ajustement réciproque entre eux et à cet espace, définissent qu'ils sont avec une haute probabilité dans le même espace (haute probabilité, car nous ne sommes jamais sûrs que l'autre partage la même sensation, perçoit la même chose), il faut que ce soit au même moment et quelque chose d'un mouvement ou d'un regard doit s'amorcer.

Il faut que le regard aille vers l'autre, vers la forme qui préexiste à l'intérêt que le regard porte sur elle. La forme peut à l'inverse préexister et ne pas intéresser, ne pas déclencher de mouvement. Être deux corps dans un même espace au même moment et se croiser du regard pour valider un intérêt, une mise en relation réciproque. Le phénomène se déclenche et le regard d'un autre aura un effet sur soi et vice versa. Aura un effet sur le corps.

La rencontre a-t-elle alors lieu ? Elle n'est vraisemblablement jamais là pour de bon, réussie et définitive. Elle est évanouissante... Elle est comme le rapport sexuel selon Lacan, elle n'existe pas, elle est un leurre comme je me leurre de penser partager ma jouissance avec quelqu'un. Comme la jouissance du rapport qui n'existe pas, la rencontre ne vaut que pour soi. On ne sait jamais si l'autre nous a rencontrés également.

Elle n'est jamais pleine et tant mieux, quelque chose manque, car la rencontre déclenche une énigme, quelque chose que l'on n'arrive pas à enserrer chez l'autre, qui est étranger à nous-même. Elle nous tient en haleine et déclenche notre désir de revoir, de tenter à nouveau.

Elle ne peut pas avoir lieu dans « le même », comme le formulerait la pensée d'Emmanuel Levinas², ce qui est pareil, ce qui « est comme », « comme moi »... Le phénomène et l'effet que cela a sur les corps, si l'on y prête suffisamment attention, permet de passer au-delà de l'identification *imaginaire*, qui est celle où justement, « nous nous rencontrons car nous sommes pareils ».

Il faut certainement penser
la rencontre également avec
la dimension du corps, sa matérialité.
Peut-on se rencontrer en visio ?
Nous ne le croyons pas.

Si ce n'est pas cela, si ce n'est pas rencontrer du même, ne faut-il pas se rencontrer soi-même pour pouvoir rencontrer l'autre ? Rencontrer l'étranger en soi ? « Je est un autre », disait Rimbaud. Cela reste d'une profondeur inestimable. Et cela désigne l'inconscient, ce qui de moi m'est étranger.

Le phénomène « primaire », si l'on peut dire, de la rencontre, en touchant le corps et créant une sensation, en permettant de développer une pensée, ouvre à l'altérité radicalement différente et est peut-être la condition *sine qua non* du soin.

Les coordonnées supposées de la rencontre

Nous posons que pour se rencontrer, il faut être deux. Et seulement deux. Pas plus que deux. Dès qu'un troisième intervient, quelque chose de la rencontre est en train d'être perdu. Bien sûr qu'il peut y avoir une autre personne, ou dix autres personnes dans la pièce, parfois en prenant un café, on parle à deux ou trois personnes qui sont venues en même temps, et qui se connaissent, et pourtant la rencontre, est-ce qu'elle n'est pas, à chaque fois, avec chacune d'entre elles ? Pas en même temps avec les deux, les cinq qui sont là, mais avec chacune de ces deux personnes, de ces cinq personnes... C'est toujours un avec un.

Donc, la rencontre, c'est deux. Premier énoncé.

Deuxième énoncé, qu'on a déjà entendu avec Angus Clairvoix et Merleau-Ponty : les deux doivent être là, au même endroit, en même temps. Être ensemble. Si l'autre est passé par là une heure avant, et que je suis déjà parti, évidemment, il n'y a pas de rencontre. Donc la présence va avec un rapport au temps, au moment.

Lacan introduit trois temps logiques³, dont le premier est *l'instant de voir*. Si la rencontre n'est pas l'instant de voir, l'instant de voir est le temps inaugural de la rencontre.

Il faut certainement penser la rencontre également avec la dimension du corps, sa matérialité. Peut-on se rencontrer en visio ? Nous ne le croyons pas. Les applis « de rencontre » démontrent à chacun, jour après jour, que c'est bien l'endroit où la rencontre ne se produit pas.

Précisément, cet exemple permet de penser le temps d'avant la rencontre. Elle est parfois inattendue et

n'est alors précédée d'aucune représentation. L'autre est là, sans qu'on ait anticipé sa présence. À l'inverse, si je prends rendez-vous chez un médecin, une représentation *imaginaire* de l'autre, plus ou moins consciente, s'installe en moi. Comment sera-t-il, saura-t-il m'écouter, sera-t-il rassurant ? On est un peu anxieux, dans l'imaginaire de ce qu'il pourrait se passer. Les applications de « rencontre » donnent l'expérience de cet imaginaire. On s'envoie des images, des photos, des vocaux... Et puis le jour de la rencontre en chair et en os, quand elle se produit, tout cet imaginaire s'évanouit à l'instant même de la rencontre, pour laisser place au *réel* de l'instant. Enfin, peut-être pas tout l'imaginaire, puisque le réel nous reste voilé par notre fantasme, mais enfin la rencontre impose, advient par le réel du corps.

Et on veut développer la télémédecine et ChatGPT à la place du psy !

Deuxième énoncé donc : pour se rencontrer, il faut être là.

Troisième énoncé : on aurait l'idée qu'il faudrait que les deux qui sont pris dans cette rencontre, se parlent, non ? Alors certains vont dire, il n'y a pas besoin de parler, « oh avec le regard, on peut dire beaucoup ». Mais enfin, il y a une adresse. Donc, même sans mot, ils se parlent ces deux-là. Et pour tout dire, on leur souhaite de se mettre à se parler avec des mots ou des gestes, enfin à faire usage d'un langage assez vite, sinon l'un ou l'autre va rapidement disparaître dans la foule avec son regard et on n'en gardera que le souvenir ému...

C'est-à-dire qu'après l'instant de voir, s'ouvre ce que Lacan désigne comme le deuxième temps logique : le temps pour comprendre.

Dans la parole échangée, la rencontre se déploie. Elle est comme un processus. Les deux sujets qui sont pris en elle s'adressent des mots, des signes.

D'ailleurs le contenu du propos n'importe pas forcément. Ça dépend un peu avec qui, à quel moment de sa vie, dans quel contexte. Au psy, on va peut-être venir dire une chose intime – encore que... – à son collègue de travail peut-être quelque chose d'un peu moins personnel...

Quant à Angus Clairvoix, on voit bien qu'il ne faut pas trop compter sur la cohérence de son propos pour espérer le rencontrer... Au point qu'on ne lui demande même pas pourquoi il lui faudrait des pansements, on les lui donne...

Il s'agit donc bien, plutôt que du contenu du discours, d'un enjeu à propos de l'engagement mutuel dans la présence l'un à l'autre. La décision de se maintenir dans l'espace transitionnel de la rencontre, pourrait-on dire, avec Winnicott du côté du lieu, ou dans le temps pour comprendre, dans la présence avec Lacan, du côté du moment, du temps.

Les deux sujets décident de rester en contact.

Nous voulons défendre que dans l'enjeu du soin psychique auprès des sujets les plus précaires psy-

chiquement, comme Angus Clairvoix, il faut soutenir la rencontre d'un certain rapport à l'inconscient. C'est la décision éthique qu'il faut assumer, comme le rappelait Oury en s'appuyant sur Lacan. « L'inconscient, ça se décide. »

La rencontre avec le sujet psychotique passera évidemment par autre chose que le pur dispositif transférentiel freudien de la parole et du symptôme. Elle a à voir avec la question d'un désir.

Il va falloir être là, à faire rien, ou bien à faire quelque chose, ensemble. Avec des sujets psychotiques. Vivre. Et pour commencer, avant même de convoquer – avec le risque de vouloir bien faire – une « médiation », l'ergothérapie, l'art-thérapie... il s'agit surtout d'être là dans le quotidien. Ce qui appelle une disponibilité.

La rencontre est donc toujours une tentative. Elle nécessite des conditions, pour espérer qu'elle adienne. Une disponibilité, une tranquillité, une écoute, un désir, une attente, une indétermination, une suspension. Ce serait là, à notre sens et à ce moment de notre réflexion, quelques-unes des conditions nécessaires à la rencontre. Pour se placer dans l'ouvert. Avec Hölderlin bien sûr, « viens dans l'ouvert, ami ».

Il s'agirait de tendre vers la rencontre, comme une trajectoire asymptotique, un horizon qu'on n'atteint jamais, mais auquel on ne devrait jamais renoncer.

Or, si l'on peut de cette façon essayer de lister les conditions nécessaires à la tentative, il faut aussi bien se représenter tout ce qui se met en travers de la rencontre. Il faut au moins autant chercher à créer les conditions de possibilité de la rencontre, que veiller à écarter les conditions d'empêchement de cette rencontre.

La rencontre est toujours rencontre d'intérêts divergents

On peut avec la triade Imaginaire – Réel – Symbolique élaborée par Lacan, formuler quelques propositions d'analyse. L'Imaginaire est du côté du même. « Je suis comme lui », « il est comme moi » et même « je suis comme ça »... « Je suis un homme »... « je suis dépressif », « je suis "TDAH"⁴ », « je suis pair-aidant »... Ce sont des identifications, et elles ressemblent fort à ce que Oury visait en mettant en garde contre le fait de « se prendre pour », « se prendre pour son statut »... Le réel est du côté de la différence radicale, c'est le non pensable, le non anticipable, ce que je ne connais pas, c'est l'étranger. C'est ce qui n'est pas moi. C'est la séparation, ça déporte dans le champ de la subjectivité. L'imaginaire est probablement en permanence à l'intérieur de chacun d'entre nous dans une tentative de résorber le réel, de le réduire à du même, d'empêcher l'effraction que représente le réel de la différence. Le fantasme a cette fonction. Le symbolique enfin serait le dispositif par lequel on traite le conflit entre le réel et l'imaginaire. Le problème qui se pose, c'est que le symbolique est fina-

**Je suis expert en TDAH,
je suis certificateur de l'établissement,
je suis un neuroscientifique, donc
je sais comment je vais te soigner,
et te soigner sans avoir besoin de
te rencontrer, puisque je sais déjà,
avant même de te rencontrer.**

lement bien trop souvent mis au service de la réduction de la différence à du même. Ça s'appelle la norme. Ce sont toutes les manifestations des technosciences psychiatriques modernes, TCC, remédiation cognitive, réhabilitation psychosociale... Mais aussi, et on sait qu'on va entrer dans une polémique en disant ça, mais on le dit quand même, la pair-aidance. Et la psychanalyse aussi, quand elle est mal pensée, mal menée, mal articulée, est un dispositif symbolique qui peut se mettre au service de l'imaginaire, du même, de l'identification imaginaire.

Penser, pointer et écarter les obstacles à la rencontre

Alors l'obstacle majeur à la rencontre, c'est de penser avoir un savoir, quel qu'il soit, sur l'autre. L'expert psychiatre, le directeur d'hôpital, le neuropsychologue, la science et son scientifique, la Haute autorité de santé (HAS) et ses recommandations de bonnes pratiques... Ce savoir que certains pensent avoir sur l'autre empêche la rencontre et devient violence quand il est redoublé par cette idée confortable que nous sommes ce que nous pensons être, cette tendance à se définir par son statut. Je suis expert en TDAH, je suis certificateur de l'établissement, je suis un neuroscientifique, donc je sais comment je vais te soigner, et te soigner sans avoir besoin de te rencontrer, puisque je sais déjà, avant même de te rencontrer. Je suis mon statut ! Mais citons de nouveau Lacan : « Si un homme qui se croit un roi est fou, un roi qui se croit un roi ne l'est pas moins. » C'est non pas s'assujettir au discours du Maître, mais s'y identifier, énoncer et croire que cet énoncé contient une vérité qui vaudrait pour tous et toutes.

Trois processus actuels nous semblent illustrer ces empêchements à la rencontre : en premier lieu, le discours de la science et ses effets d'objectalisation. Par essence, la discipline scientifique se penche sur un objet pour l'étudier. Expliquer la souffrance psychique avec les outils scientifiques, c'est de fait réduire le sujet à un objet. Un objet que l'on observe, sans jamais prendre en considération qu'observer a déjà des effets

sur un sujet, sur lequel on émet des hypothèses puis l'on fait des conclusions. Comment rencontrer quelqu'un que l'on met d'emblée dans une position d'infériorité ? Plus que d'être inférieur, autrui n'est plus Sujet. Et puis surtout, il n'a pas d'inconscient, rien n'échappe à personne, on contrôle tout et on en est responsable, rien n'agit à notre insu. Il n'y a donc pas de rencontre par la science si l'on veut, et il n'y en a pas dans les lieux qui l'utilisent comme un soin. D'ailleurs, chez FondaMental, vous n'allez pas rencontrer quelqu'un, vous allez vous faire diagnostiquer. Si vous avez envie de parler de votre vécu, vous mettre en récit, vous irez rencontrer ailleurs. Puis quand vous aurez votre diagnostic, bah vous vous en débrouillerez, circulez il n'y a rien à voir. Si tant est que FondaMental soit de la science...

Penchons-nous maintenant sur les procédures de certification et leurs protocoles comme discours du Maître, comme un savoir sur l'autre et comme un mécanisme de renforcement de nos statuts. La certification, cela émane de la Haute autorité de santé, tout est dit ! C'est un expert qui vient non pas seulement avoir un savoir sur l'autre, mais aussi sur comment il faut faire pour le soigner. Et pour le soigner correctement, il faut appliquer des protocoles. Vous rencontrerez en vous faisant mesurer le périmètre abdominal, en remplissant des projets personnalisés de soins par vous-même. Pendant que les soignants seront en train de faire des macrocibles sur les dossiers patients informatisés, ils traceront. Et pour que tout le monde sache bien qui il est et ce qu'il doit faire, des blouses. Des blouses pour les pas malades et pour l'hygiène. Il ne faudrait surtout pas confondre les patients et les soignants, trop angoissant. Dans ma blouse, on voit bien que je sais. Je suis le docteur ou l'infirmier, je sais pourquoi un tel est dans un état mélancolique ou une telle en train de décompenser sa schizophrénie et nous allons faire de l'éducation thérapeutique et tout va rentrer dans l'ordre. Voilà, on y vient, l'ordre. Il n'y a aucune rencontre entre deux sujets lorsqu'on se laisse aller à croire à la certification comme un label « faire bien ».

Enfin nous revenons ici sur la pair-aidance et son savoir « expérientiel » comme, peut-être, un empêchement parmi d'autres ? Vous ne resterez pas insensible aux équivoques que révèle l'étymologie du mot pair. Être pair, cela signifie exactement « être dans le même ». Ce serait donc penser pouvoir aider l'autre parce qu'on a la même expérience. Mais de quel « même » parle-t-on ? L'expérience de l'hospitalisation sous la contrainte ? L'expérience des neuroleptiques ? Celle d'avoir un diagnostic ? D'être déprimé ou d'avoir des crises d'angoisse ? Dès lors, se présente la question du statut de ce savoir sur l'autre : « Ce que tu vis, je l'ai vécu alors je sais comment tu devrais

faire pour t'en sortir. » C'est quand même bien remiser au placard la singularité de chacun, celle que nous nous donnons tant de mal à faire surgir. C'est être dans un registre imaginaire et pas dans la radicale différence à accueillir l'autre. Et ça reste donc une méprise. Et puis, les psychiatres, malades de leur soi-disant normopathie, seraient tellement phobiques des sujets psychosés qu'ils ne voudraient plus les rencontrer ? « Vous êtes pareils, soignez-vous entre vous, moi votre anormalité, elle me fait flipper, elle me renvoie mon dérangement de jouissance en pleine face. » Et encore : pourquoi ajouter du statut aux endroits où on essaye de s'en débarrasser pour travailler avec les rôles ? Il y aurait donc les soignants, les soignés et les pairs-aidants ? Pire, quels patients peuvent prétendre à être pairs ? Les bons ? Ceux ou celles qui se soignent bien, qui sont bien psychoéduqués, bien observants ? *Quid* de tous les autres ? Les errants, les vagabonds, les Angus Clairvoix, les personnes en rupture de traitement et de suivi, ceux et celles qui n'ont pas accès aux études supérieures et donc au DU de pair-aidance, les pauvres et les précaires ? La rencontre, en tant qu'elle est tentative nécessaire, n'est selon nous possible qu'à ne pas se faire dupe de l'imaginaire. Quel que soit l'imaginaire en question. L'imaginaire de la pair-aidance est tout aussi fantasmé que celui du savoir de la techno science psychiatrique. En ça, la pair-aidance est l'une des nombreuses manifestations contemporaines des renoncements de la psychiatrie. Elle est l'indice que nous n'écoutons pas l'autre, que nous l'écoutons mal. Et c'est vrai.

L'envers de cette réflexion, la subversion que nous soumettons à votre sagacité, la voici. Si l'angoisse est, comme nous le pensons, une condition de l'existence, alors nous sommes tous des pairs aidant. Vous pourriez vous dire que nous sommes en train d'opposer l'identification imaginaire, qui ne vaudrait rien, à l'identification symbolique, qui vaudrait pour tout. Ce serait là certainement céder à une idéalisation un peu décourageante, voire suspecte. Il nous semble que l'enjeu, pour permettre la rencontre, serait de dialectiser ces deux registres identificatoires. Travailler dans une tension entre l'une et l'autre. Cette orientation nous paraît un support pour, dans une certaine rigueur de travail, rester dans l'ouvert. L'ouvert à la rencontre, l'ouvert à l'autre. Se laisser surprendre. Se laisser traverser par le phénomène, et puis se laisser transformer. ■

- 1 M. Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, 1945.
- 2 E. Lévinas, *Totalité et infini*, 1961.
- 3 J. Lacan, « Le temps logique et l'assertion de certitude anticipée », in *Les Écrits*, Seuil, 1999, pp.195-211.
- 4 Trouble déficit de l'attention/hyperactivité.

Il y a bientôt 70 ans

Jacques Lacan à la Salpêtrière, le 16 février 1966, a dit : « Je ne vois pas que démocratiser l'enseignement de la psychanalyse pose d'autre problème que celui de la définition de notre démocratie. C'en est une, mais il y en a plusieurs espèces concevables et l'avenir nous mène vers une autre. »

George-Henri Melenotte

Psychanalyste – Groupe « Dites 33 »

Presque soixante-dix ans ont passé depuis l'intervention de Jacques Lacan devant le Collège de Médecine de Paris. Son intervention fut mal reçue, ce qu'il n'a pas manqué de déplorer. Beaucoup d'eau a coulé sous les ponts depuis, et la relecture du texte de son intervention surprend par son actualité. Car on ne trouve plus beaucoup de références chez les médecins à ce texte que Lacan leur a adressé. Je propose au lecteur d'aujourd'hui de me suivre sur quelques-uns des aspects qu'il a abordés et tenter de restituer la fraîcheur et l'actualité des problématiques abordées. Le fait majeur de la présentation de Lacan tient à ce qu'il souligne le changement important en cours provoqué par l'entrée de la médecine dans sa phase scientifique.

Fonction du médecin dans les conditions allouées par la société actuelle

Du fait de l'évolution de la science et de ses acquis récents, le médecin a vu ses fonctions conditionnées par les exigences du monde scientifique. Elles lui ont donné des pouvoirs nouveaux tant dans le domaine des investigations que de la recherche. En même temps, il doit faire face à des problèmes nouveaux auxquels il est confronté.

Le statut du médecin a changé : « Je veux dire que le médecin n'a plus rien de privilégié dans l'ordre de cette équipe de savants diversement spécialisés dans les différentes branches scientifiques. »

La perte du privilège du médecin ne tient pas seulement au déclin de son prestige relatif dans la société, mais aussi à la place croissante que la science a conquise. De plus en plus, le médecin a été intégré dans une équipe pluridisciplinaire de savants venus d'horizons divers¹.

D'autres éléments interviennent encore. Il est pris dans une organisation industrielle dont le poids croissant n'a cessé de peser. Cette organisation lui a fourni des moyens de plus en plus importants pour l'aider dans son exercice. Elle lui a permis de se doter d'instruments, Lacan les énumère : « Pour introduire les mesures de contrôle quantitatif, les graphiques, les échelles, les données statistiques, par où s'établissent

« Nous marcherons longtemps sans voir la lumière
La lumière du jour ou celle de la nuit. »

Robert Desnos

jusqu'à l'échelle microscopique, les constantes biologiques et que s'instaure dans son domaine ce décollage de l'évidence de la réussite, qui est la condition de l'avènement des faits. »

Autrement dit, la médecine a profité des progrès de la technique et de l'industrie pour accéder au plus près de l'avènement des faits cliniques. Grâce à eux, elle a serré au plus près les faits propres à la maladie.

Si la médecine est ainsi entrée dans sa phase scientifique, c'est parce qu'un monde nouveau est né, l'ayant entraînée dans son mouvement. Ce monde est lui-même effet de la science. La médecine est prise par la façon dont la science et la technique se manifestent constamment au quotidien.

La demande : une clé d'entrée dans l'acte médical

Pour décliner la demande adressée au médecin, il convient d'extraire la diversité des appels qui lui sont adressés. Sa fonction change : « Le médecin est requis dans la fonction du savant physiologiste, mais il subit d'autres appels encore : le monde scientifique déverse entre ses mains le nombre infini de ce qu'il peut produire comme agents thérapeutiques nouveaux chimiques ou biologiques, qu'il met à la disposition du public et il demande au médecin, comme à un agent distributeur, de les mettre à l'épreuve. »

Cette remarque a valu à Lacan bien des critiques sur son expression d'« agent distributeur ». Pourtant, si la médecine est entrée dans le monde de la science, elle voit sa fonction se modifier. Certes toujours physiologiste, le médecin doit maîtriser le flot « infini » que la science déverse dans ses mains : agents chimiques, appareils informatiques de plus en plus sophistiqués pour la thérapeutique, notions biologiques ou plus prosaïquement des outils de gestion de son cabinet. En fait, ce que Lacan dit est que la pression capitaliste des laboratoires pharmaceutiques les pousse de plus en plus à devenir des « agents distributeurs » des marchandises qui leur sont fournies.

Pourtant, toute cette dimension technique, sociologique, financière ne suffit pas à le qualifier comme médecin. Car en tant que tel, il doit répondre à quelque

chose qui le détermine dans sa fonction. Lacan s'interroge : « Où est la limite où le médecin doit agir et à quoi doit-il répondre ? À quelque chose qui s'appelle la demande. »

Le malade adresse une demande au médecin. C'est elle qui spécifie sa fonction au-delà des conditions censées le définir auparavant. La demande adressée au médecin change la position de ce dernier. Quel effet a la demande dans son adresse au médecin ? Il n'est plus le savant physiologiste qu'il était censé être, plus le détenteur d'un savoir pratique, plus le manipulateur d'une série d'instruments et de molécules, ce que ferait par exemple volontiers un ordinateur connecté à l'intelligence artificielle. La demande déplace le médecin ailleurs qu'à l'endroit du technicien du soin. Lacan dit : « Je dirai que c'est dans la mesure de ce glissement, de cette évolution, qui change la position du médecin au regard de ceux qui s'adressent à lui, que vient à s'individualiser, à se spécifier, à se mettre rétroactivement en valeur, ce qu'il y a d'original dans cette demande au médecin. »

Voici lâchés les mots qui qualifient la demande : individualisation, spécification, mise en valeur rétroactive de l'originalité de la demande. On saisit tout de suite que la demande met l'accent sur la parole adressée au médecin, sur la façon dont cette parole s'exprime, sur son style, son originalité qui la démarque des autres paroles qui lui sont adressées. Même si la demande peut être le plus souvent considérée comme une demande de soin, elle ne saurait être réduite à une telle visée. Car importe la réponse qui lui est faite. Lacan : « C'est dans le registre du mode de réponse à la demande du malade qu'est la chance de survie de la position proprement médicale. »

Rien que ça ! L'enjeu du mode de réponse à la demande du malade est affaire de survie de la position proprement médicale. Dès lors, il y a lieu de ne pas penser systématiquement que toute demande adressée au médecin est une demande de guérison. La demande est en fait une mise à l'épreuve du médecin. Elle vise à voir s'il arrive par exemple à sortir le malade de sa condition. Ou bien on pourra découvrir à l'inverse que ce que le malade demande est de rester malade, condition à laquelle il est en fait très attaché. Ce sera

Dans le film *Un si beau soleil*

*intérieur*², Juliette Binoche, parlant à une amie, de son amant qu'elle abhorre, lui confie combien elle jouit dans leurs échanges sexuels quand il se montre infâme avec elle.

une demande d'authentification de sa maladie, de rester le plus longtemps possible *dans* sa maladie, d'être préservé *dans* sa maladie. Ou bien ce sera encore une demande de se soigner à sa façon en vue de consolider son installation dans sa maladie.

Lacan précise que la demande est la dimension « où s'exerce à proprement parler la fonction médicale ». On voit combien elle peut être adressée au médecin comme demande de soin qui masque un désir de rester malade. Il repère l'écart, il l'appelle « la structure de faille » qui existe entre la demande et le désir. Ainsi propose-t-il cette remarque : « Il apparaît qu'il n'est pas nécessaire d'être psychanalyste, ni même médecin, pour savoir que lorsque quiconque, notre meilleur ami, qu'il soit du sexe mâle ou femelle nous demande quelque chose, ce n'est pas du tout identique et même parfois diamétralement opposé à ce qu'il désire. »

Le corps méconnu : le corps pour la jouissance

Ce que Lacan va appeler la faille épistémologique est l'effet produit par la science et son progrès sur la relation de la médecine avec le corps. Voici ce que Lacan dit du corps : « Ce corps n'est pas simplement caractérisé par la dimension de l'étendue : un corps est quelque chose qui est fait pour jouir, jouir de soi-même. La dimension de la jouissance est complètement exclue de ce que j'ai appelé le rapport épistémologique. »

Cette jouissance est le point aveugle de la médecine aujourd'hui encore. Il convient, propose-t-il au Collège de Médecine, d'en tenir le plus grand compte dans l'exercice médical.

Lacan ne parle pas de la jouissance de façon isolée. Il la couple avec le plaisir et le désir. Ainsi, donne-t-il cette définition à la jouissance : « Il y a incontestablement jouissance au niveau où commence d'apparaître la douleur, et nous savons que c'est seulement à ce niveau de la douleur que peut s'éprouver toute une dimension de l'organisme qui autrement reste voilée. »

L'on entre ici dans un nouveau registre, celui d'une terminologie psychanalytique adaptée à la médecine. Voilà ici décrit un point qui signe la méconnaissance devant laquelle nous nous trouvons le plus souvent : douleur, souffrance font le quotidien de la clinique médicale, mais le plus souvent ces manifestations de la jouissance du corps restent méconnues. Indiscutablement à cet endroit, fonctionne la faille épistémologique : le corps n'est pas tant un corps en souffrance comme on l'entend si souvent, mais un corps jouissant qui, pour des raisons qui tiennent probablement à la morale, est ignoré en tant que tel. Pourtant s'ouvre ici la porte où sadisme et masochisme peuvent venir prendre place. Dans le film *Un si beau soleil intérieur*², Juliette Binoche, parlant à une amie, de son amant qu'elle abhorre, lui confie combien elle

De ce point de vue, le plaisir fait barrière à la tension de la jouissance. Il le fait en provoquant une baisse de tension à un point tel qu'elle peut disparaître.

jouit dans leurs échanges sexuels quand il se montre infâme avec elle. Dans cet exposé, Lacan n'est pas en mal de définitions qui éclairent les notions qu'il manie. Ne s'adresse-t-il pas aux médecins qui ne sont pas censés les connaître ? Que dit-il de la jouissance ?

« Ce que j'appelle jouissance au sens où le corps s'éprouve, est toujours de l'ordre de la tension, du forçage, de la dépense, voire de l'exploit. »

Trois termes la caractérisent : tension, forçage, dépense. Ils pourront aller jusqu'à l'exploit. C'est l'incessante invitation au dépassement de soi, enregistré dans les petites machines portables qui numérisent l'effort, le nombre de pas, le nombre de kilomètres effectués, la vitesse du coureur, etc. Elles sont les manomètres fictifs de la jouissance, des encouragements à la tension plus qu'à une véritable mesure de la jouissance en soi non mesurable en termes d'intensité.

À cette tension, vient répondre le plaisir perçu comme décharge de tension. Aussi pose-t-il, de façon toute freudienne : « le plaisir est une barrière à la jouissance, en quoi Freud reprend les conditions dont de très vieilles écoles de pensée avaient fait leur loi. Que nous dit-on du plaisir ? Que c'est la moindre excitation, ce qui fait disparaître la tension, la tempère le plus, donc ce qui nous arrête nécessairement à un point d'éloignement, de distance très respectueuse de la jouissance. »

De ce point de vue, le plaisir fait barrière à la tension de la jouissance. Il le fait en provoquant une baisse de tension à un point tel qu'elle peut disparaître. Il apaise la jouissance du corps et la met à une distance certaine. La quête de plaisir devient d'autant plus efficace que la jouissance est intense.

Reste le troisième terme, le désir. Comment fait-il triplé avec la jouissance et le plaisir ? Lacan le positionne en « point de compromis » : « Qu'est-ce que le désir ? Le désir est en quelque sorte le point de compromis, l'échelle de la dimension de la jouissance, dans la mesure où d'une certaine façon il permet de porter plus loin le niveau de la barrière du plaisir. »

Le désir – le plus souvent énigmatique, désir de quoi ? de qui ? le désir qui se révèle au bout du compte insatisfait – emboîte le pas à la jouissance par la tension qu'il provoque ainsi qu'au plaisir qui, lui, ne sera jamais complètement satisfait. Il est un point de compromis entre la tension de la jouissance et la décharge sans cesse différée du plaisir. Sa nature est

particulière. Ce point de compromis est-il repérable ? Lacan le qualifie de fantasmatique tant le désir ne vise jamais qu'une satisfaction imaginaire car « il n'est pas dans sa nature d'exiger véritablement la réalisation. » Ainsi en va-t-il dans le film de Charlie Chaplin, *Monsieur Verdoux*³, dont les énoncés séducteurs auprès de femmes d'un certain âge lui permettent de les faire tomber dans son piège pour les piller à son profit avant de mettre fin à leurs jours. Il découvre que de tels actes qui devaient répondre à son désir de survivre à la crise de 1929 et de s'enrichir pour nourrir sa famille s'avèrent, au bout du compte, peu satisfaisants et il en arrive jusqu'à se laisser emmener par la justice. La scène finale de son procès est un plaidoyer en sa faveur, car qu'est-ce qui le distinguerait dans ses actions néfastes de ce que fait la plus grande part de l'humanité ? Thanatos serait-il au bout du compte plus fort qu'Éros ? Chaplin répond oui à la question.

Capitalisme et exigences de la productivité

Du capitalisme, il n'est pas question dans ce texte. Lacan va employer une formule : « les exigences de la productivité » qui évite les travers d'un mot trop connoté. Pourtant, il parle bel et bien de l'exploitation à laquelle est soumis le producteur de valeur du fait de son travail.

Adoptant le point de vue des médecins, il s'interroge : « Comment répondront-ils aux exigences qui conflueront très rapidement aux exigences de la productivité ? »

En quoi, santé et capitalisme sont-ils compatibles quand ce dernier déploie ses exigences aux dépens de la première ?

« Que pourra opposer le médecin aux impératifs qui feraient de lui l'employé de cette entreprise universelle de la productivité ? »

La figure centrale de la question ici posée laisse entendre que le médecin est sans armes devant les effets de l'exploitation capitaliste. Que lui reste-t-il comme moyen de s'y opposer ? La réponse va surprendre : « [Le médecin] n'a d'autre terrain que ce rapport par lequel il est le médecin, à savoir la demande du malade. C'est à l'intérieur de ce rapport ferme où se produisent tant de choses qu'est la révélation de cette dimension dans sa valeur originelle, qui n'a rien d'idéaliste mais qui est exactement ce que j'ai dit : le rapport à la jouissance du corps. »

La seule façon de répondre aux impératifs de l'exploitation dont dispose le médecin revient à ce qu'il se maintienne sur son terrain, soit celui de la demande dont il est l'objet. Car ce n'est qu'en tenant ferme à la place de la demande qui lui est adressée que va se révéler la grande chose méconnue du rapport épistémologique : soit qu'une telle exploitation est source de jouissance du corps. Et que tel est le piège que tend le capitaliste à l'ouvrier : l'exploiter le fait

jouir, fait jouir son corps. C'est-à-dire que l'exploitation met son corps sous tension de façon telle que, jouissant, il ne puisse plus s'en libérer. Voire s'y prenne de façon telle qu'il en demande encore plus. Une émancipation devant la machine jouissante qu'est l'exploitation capitaliste ne paraît possible qu'à condition de reconnaître que le rapport de domination qui ici se manifeste piège l'exploité dans sa jouissance. Par conséquent, le support de l'aliénation qu'est le corps peut le transformer en geôle, sous le rire du capitaliste qui extrait en douce la plus-value en termes de valeur, mais aussi le plus de jouir de l'exploité qu'il s'approprie pour en jouir à son tour.

Lacan poursuit : « Qu'avez-vous à dire, médecins, sur le plus scandaleux de ce qui va suivre ? Car s'il était exceptionnel, le cas où l'homme jusqu'ici proférait "Si ton œil te scandalise, arrache-le", que direz-vous du slogan : "Si ton œil se vend bien, donne-le". Au nom de quoi, aurez-vous à parler, sinon précisément de cette dimension de la jouissance de son corps et de ce qu'elle commande de participation à tout ce qu'il en est dans le monde ?

La jouissance du corps s'accommode de l'exploitation car la marchandisation du corps devient un fait de l'actualité médicale. Plus question de s'arracher l'œil s'il scandalise, le vendre bien plutôt comme tout objet devenu marchandise, bien qu'il soit si précieux comme organe de la vision. Voilà le corps marchandisé, réduit aux impératifs du marché, l'argent devant compter de la jouissance produite par les prélèvements d'organes. »

Position du médecin

La position du médecin est et reste depuis toujours une position originale qui n'a rien à faire avec des critères de standardisation. L'élément central de cette position est qu'il est celui – ou celle – qui doit « ré-

pondre à une demande de savoir ». La position originale du médecin consiste à donner le temps – oui, donner le temps – au malade de reprendre les énoncés de sa demande au point de pouvoir, quand cette demande est reformulée, produire de nouveaux énoncés qui pourront aller à rebours de ce qu'il aura dit une première fois.

La position du médecin consistera en ceci que, s'il utilise comme porte d'entrée la demande que lui adresse son malade, il va pouvoir découvrir la manière dont l'inconscient procède. Il procède comme une clé qui ouvre à la découverte de ce que pouvait dissimuler sa demande de départ : l'irruption de l'inattendu : « Ce qui est inattendu, c'est que le sujet avoue lui-même sa vérité et qu'il l'avoue sans le savoir. »

Lacan invite les médecins à poursuivre la découverte de Freud. L'exercice médical ne saurait se limiter à l'effectuation d'une série de gestes techniques visant à l'éradication de la maladie. Il met l'accent sur le fait que le malade comme sujet parlant est aussi animé de désir, de jouissance et de plaisir par le biais de son corps qui fonctionne comme réceptacle de ces trois catégories trop souvent méconnues. Il conclut : « Si le médecin doit rester quelque chose, qui ne saurait être l'héritage de son antique fonction qui était une fonction sacrée, c'est pour moi, à poursuivre et à maintenir dans sa vie propre la découverte de Freud. C'est toujours comme missionnaire du médecin que je me suis considéré : la fonction du médecin comme celle du prêtre ne se limite pas au temps qu'on y emploie. » **P**

- 1 George-Henri Melenotte, « Quelques considérations sur le collectif de pensée appliqué à la médecine », Groupe « Dites 33 », octobre 2024.
- 2 *Un si beau soleil intérieur*, film réalisé par Claire Denis, sorti en 2017.
- 3 Charlie Chaplin, *Monsieur Verdoux*, film réalisé en 1947. C'est le premier rôle où Charlot n'intervient pas.

L'automne de la psychiatrie

L'amendement 159 prévoyait que « à compter du 1^{er} janvier 2026, les soins, actes et prestations se réclamant de la psychanalyse ou reposant sur des fondements théoriques psychanalytiques ne donneraient plus lieu à remboursement, ni à participation financière de l'Assurance maladie. »

Alain Quesney

Pédiatre

Cet amendement proprement ahurissant a été retiré le 23 novembre au Sénat sous la pression d'une pétition qui a recueilli plus de 100 000 signatures...

Le projet de loi 385 déposé en février 2025 par un sénateur républicain vise à étendre sur tout le territoire le nombre et l'influence des Centres Experts et à les inscrire dans le code de la Santé publique. Le texte justifie cette orientation en avançant la promesse d'une économie annuelle de 18 milliards d'euros, fondée sur l'hypothèse d'une réduction de 50 % des jours d'hospitalisation pour les patients ayant consulté dans ces centres. Il sera probablement adopté, car il met en avant modernité et technique des neurosciences. L'opinion publique croit en les progrès de la Science et ses applications thérapeutiques, ce qui est légitime en cancérologie et en chirurgie non invasive, mais pas du tout en psychiatrie comme l'a démontré le livre de F. Gonon, directeur de recherche émérite au CNRS : *Neurosciences, un discours néolibéral*¹. Pourtant, le public garde une adhésion quasi intacte aux idées répandues dans les médias par certains neuroscientifiques, qui n'hésitent pas à fournir des informations simplistes, non confirmées et clivantes, dénigrant toute approche différente de la leur.

FondaMental

Pour comprendre les difficultés actuelles de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie qui sont immenses, les politiques n'interrogent pas directement les professionnels du terrain (psychologues ou psychiatres) ou à défaut leurs syndicats, mais puisent l'information qui leur manque auprès des lobbys hyperactifs de la fondation FondaMental et de certaines associations de parents.

La fondation se dit « pionnière de la médecine de précision en psychiatrie », elle reproche aux travaux des psychanalystes de manquer de rigueur et proclame, la main sur le cœur, que « la psychiatrie n'a pas besoin de querelles inutiles, mais de progrès scientifiques »².

FondaMental dispose de fonds conséquents avec parmi ses donateurs l'avionneur Marcel Dassault et le leader mondial du luxe LVMH.

Le président du conseil d'administration est l'ancien PDG d'Orange contraint à la démission en 2022 du fait de sa condamnation dans l'affaire Bernard Tapie. Ce monsieur est également président du conseil d'administration (CA) du théâtre national de l'Opéra-comique. Le CA décide de la politique d'orientation et contrôle la gestion de ladite fondation. Il y a peut-être des soucis à se faire, mais apparemment à FondaMental et à l'opéra-comique ils lui font confiance !

Un travail récent³ publiée par F. Gonon et coll. étudie de façon exhaustive et scientifique les deux seules publications mises en avant par la fondation FondaMental pour obtenir la généralisation et le caractère obligatoire des centres experts.

« Au total, la réduction de 50 % des hospitalisations après un premier bilan en centre expert n'est étayée scientifiquement que pour les patients bipolaires et ces deux publications souffrent de défauts méthodologiques sévères. Surtout, ces deux études n'ont pas de groupe contrôle et ne suivent donc pas les canons de la médecine fondée sur les preuves. » *L'evidence based medicine* est pourtant le credo de certains neuroscientifiques qui discréditent les études montrant l'efficacité réelle des psychothérapies d'inspiration analytique. F. Gonon et ses collaborateurs suggèrent donc que la proposition de loi soit reportée tant que les responsables des Centres experts n'auront pas apporté une preuve scientifiquement solide de la diminution de 50 % des journées d'hospitalisation pour les quatre pathologies psychiatriques concernées (bipolarité, autisme, autres psychoses et dépressions résistantes).

Les dispositions prévues dans le projet de loi tendent à détruire la « sectorisation » en psychiatrie, ce réseau de soins de proximité initié par la circulaire de 1960. Les fonds publics dédiés aux centres experts qui font un diagnostic, mais ne soignent pas ne seront plus disponibles pour les CAMSP, CMPP, CMP⁴ d'où une aggravation de la précarité de leur fonctionnement. L'objectif non avoué des plateformes TND (troubles du neurodéveloppement) et des centres experts est d'orienter vers des soins privés en libéral, qui par définition n'ont pas une approche pluridisciplinaire avec synthèse de l'équipe soignante et dont la cohé-

rence et la durée suffisante ne sont pas garanties. Pour mener cette politique de privatisation du service public, l'État néolibéral dispose d'un bras armé : l'Agence régionale de santé, ARS. Les fonctionnaires de l'ARS « ne se sentent plus » : ils ont compris que le vent soufflait fort dans le sens des TND.

J'ai pris connaissance d'un dialogue véridique entre un agent de l'ARS et un pédopsychiatre travaillant dans un CMPP de la région de Grenoble :

« ARS : Combien de TND s'il vous plaît ?

– Psy : 49 % de TND et le reste ce sont des troubles psychiques.

– ARS : mais ça ne va pas du tout, ce n'est pas en conformité avec la moyenne nationale qui est plus élevée pour les TND. Les chiffres sont uniformes ! Nous reverrons cela lors de la négociation du CPOM⁵, il y a des objectifs chiffrés à atteindre.

– Psy : cela veut dire qu'il ne faut pas accueillir les enfants avec des troubles psychiques pour atteindre le bon pourcentage de TND.

– ARS : Pas du tout, nous ne faisons pas de sélection ! »

Que deviennent les données médicales colligées par les plateformes TND et les CMPP ? Directement propulsées dans les ordinateurs du ministère avec copie à FondaMental ?

Aurea mediocritas

Cette locution latine peut se traduire littéralement par la médiocrité dorée,

Il existe un autre sens, plus noble, qu'avait illustré le poète romain Horace, c'est l'amour du juste milieu qui serait précieux comme de l'or (*Odes*, I, 11 et II, 10.)

Les dorures sont suivant les cas celles du palais du Luxembourg ou du Palais Bourbon.

Les hommes et les femmes du juste milieu sont-ils les sénateurs et les sénatrices républicains et centristes-macronistes, ceux-là mêmes qui, par l'amendement 159 ou le projet de loi 385 œuvrent au dépeçage de la pédopsychiatrie ? Non pas !

Nos politiques devront se contenter de la traduction littérale : ils ne sont pas loin de rouler sur l'or. Voici ce que dit Wikipédia : « Outre son "indemnité parlementaire" (5 246,81 € nets par mois, 7 100,15 € brut), le sénateur bénéficie aussi d'une "indemnité représentative de frais de mandat" (IRFM, 6 109,89 € mois au 1er février 2017), pour payer les frais liés à son mandat, et d'un "crédit collaborateur" (jusqu'à 9 138 € mois), pour rémunérer un ou plusieurs assistants en poste au Sénat. Il dispose également d'un bureau personnel, et bénéficie aussi de divers avantages en matière de transports et de communications, d'une couverture sociale, d'une caisse vieillesse et d'une

assurance chômage spécifiques. » Malgré cela, le moins que l'on puisse dire est qu'ils ne connaissent pas le dossier et n'ont pas entendu les professionnels. Sur ces questions, il ne manque pourtant pas de contributeurs clairs et pertinents : Pierre Delion, Benoît Blanchard parmi les pédopsychiatres et Blandine Ponet infirmière psychiatrique⁶ pour n'en citer que trois. Notre Collectif bas-normand pour la défense du soin psychique a écrit par deux fois à notre sénatrice (ancienne médecin) qui n'a pas jugé utile de nous répondre. On pouvait attendre des sénateurs qu'ils prennent un peu plus de recul que leurs collègues députés. Mais cela semble impossible. Quand la sénatrice retire son amendement, à la toute fin de son discours, la chaîne TV du Sénat nous la montre submergée par l'émotion. Elle narre l'histoire de sa nièce, née il y a trente ans, atteinte d'un syndrome de Rett⁷ et dont la maman aurait été maltraitée par les questions brutales et déplacées d'une psychologue-psychanalyste... Variante du fameux « mais madame, vous êtes la mère » que j'ai personnellement entendu répété dans tous les congrès et journées consacrées à l'autisme

Quand une émotion surgit trente ans après, incompressible, sûrement légitime, et qu'on en fait un cheval de bataille, une mission rédemptrice au détriment de la raison raisonnable et raisonnée, c'est sûrement contre-productif ! Il y a des mots qui font mal ou qui tuent, mais les psychanalystes n'en ont certes pas l'exclusivité (voir aussi sur ce sujet le blog de Mathieu Bellahsen).

Qui dicit de omnibus dicit de singulis ; qui dicit de singulis non dicit de omnibus : « Qui énonce des principes généraux y comprend les cas particuliers ; qui traite des cas particuliers ne dit rien des principes généraux. » **P**

- 1 Paru en 2024 voir l'analyse dans *Pratiques* n° 108 (janvier 2025).
- 2 Tribune dans *Marianne* publiée le 25 novembre 2025 signée quasiment uniquement par des universitaires
- 3 *Advocacy by nonprofit scientific institutions needs to be evidence-based: a case study*, F. Gonon, H. Gouraud, A. Gillibert, B. Falissard, I. Cosgrove, K. Kepp, F. Naudet, SSM – Mental Health, volume VII, State Published, June 2025.
- 4 Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP), Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP), Centre médico-psychologique (CMP).
- 5 CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens imposé (non négocié) par l'ARS à l'établissement médico-social : il en résulte la hauteur de son financement.
- 6 Auteure notamment de *L'ordinaire de la folie : une infirmière engagée en psychiatrie* et de *Folie, leçon de choses - Journal d'une infirmière en psychiatrie*, érès.
- 7 Syndrome génétique rare (entre 10 000 et 15 000 filles) comportant des signes autistiques.

Non-infériorité, mon œil !

Les essais de « non-infériorité », souvent mal connus ou mal compris, sont fréquemment une ruse non éthique pour vendre un traitement ou une stratégie médicale sans en démontrer l'intérêt pour les patients. Attention aux faux semblants !

Jean Doubovetzky

Médecin généraliste, rédacteur du blog anti-knock.fr

Les essais « de supériorité » : les plus classiques

En thérapeutique, les essais cliniques visent généralement à montrer que le nouveau traitement est « meilleur », c'est-à-dire plus efficace. En effet, habituellement, les effets indésirables sont moins fréquents que les effets recherchés. On doit les rechercher, les surveiller et les décompter, mais il est rare qu'on puisse en tirer des statistiques de comparaison au cours des essais.

Donc en général, on cherche d'abord à montrer que le nouveau traitement est plus efficace qu'un placebo, puis, si possible, qu'il est plus efficace qu'un traitement de référence. Ce sont des essais « de supériorité ». Bien sûr, des tas de triches sont possibles. On peut faire des essais dont l'aveugle est raté, de sorte que les thérapeutes peuvent deviner qui a pris quel traitement, ou bien on peut comparer le nouveau traitement au traitement de référence donné à dose inefficace... Si le lecteur est pressé, peu attentif ou mal informé, cela peut le convaincre.

Une nouvelle catégorie : les essais de « non-infériorité »

Depuis les années 2000, une nouvelle catégorie d'essais se développe : les essais de « non-infériorité ». Là, on ne cherche pas à démontrer qu'un nouveau traitement est plus efficace qu'un traitement de référence, mais seulement qu'il est « statistiquement non inférieur ». En pratique, cela signifie qu'on accepte une marge d'erreur statistique. Autrement dit, on accepte d'avance que le nouveau traitement puisse être « un peu inférieur mais pas beaucoup », par comparaison avec le traitement de référence. Le gros avantage technique de ces essais, c'est qu'ils demandent beaucoup moins de patients à inclure que les essais de supériorité. Ils sont donc plus faciles à monter et bien moins onéreux. Et surtout, ils sont plus faci-

lement « positifs ». Toutes ces caractéristiques arrangent fort leurs promoteurs, qui sont donc bien tentés de faire plus d'essais de non-infériorité.

Pas d'essai de non-infériorité versus placebo

Cependant, tous les essais ne sont pas éthiques. Certains essais de non-infériorité comparent un nouveau traitement à un placebo. Mais démontrer qu'un traitement n'est « pas moins pire » que rien, en quoi cela fait-il progresser les connaissances ? En quoi est-ce utile aux soins ?

Les promoteurs de ces essais argumentent parfois que ces essais permettraient de « démontrer l'absence de nocivité du nouveau traitement ». C'est une sombre plaisanterie. Les effets indésirables des médicaments sont parfois rares, mais graves. Des essais sur quelques centaines ou même quelques milliers de patients sont bien incapables de les détecter, même si ces essais durent plusieurs années, ce qui est rare. La recherche des effets indésirables des médicaments repose sur une pharmacovigilance active.

Les essais de non-infériorité versus placebo devraient être refusés par les comités d'éthique et rejetés par les agences du médicament.

Tenir compte de l'avis des patients

Lorsqu'on conçoit un essai de non-infériorité, on définit un « seuil d'infériorité », c'est-à-dire une marge qui permettra de dire que le nouveau traitement est « non inférieur » au comparateur. Par exemple, dans un essai ayant comparé deux insulines, les promoteurs ont décidé que si dans le groupe « nouvelle insuline », l'hémoglobine glyquée était inférieure de 0,4 % (en valeur absolue), son efficacité serait considérée comme « non inférieure » à l'insuline de référence.

Ce seuil d'infériorité ne devrait pas être choisi au petit bonheur, en fonction par exemple de la somme que le promoteur est décidé à payer pour réaliser l'essai, et donc du nombre de patients qu'il souhaite y inclure. En réalité, on ne devrait accepter une possible diminution d'efficacité que s'il était démontré un autre bénéfice, comme une diminution des effets indésirables ou une amélioration pratique. Et dans les deux cas, des études devraient montrer qu'une population suffisante

La recherche des effets indésirables des médicaments repose sur une pharmacovigilance active.

de patients concernés est d'accord avec le seuil d'infériorité proposé. Par exemple, quelle diminution d'efficacité les patients concernés sont-ils prêts à accepter pour utiliser un médicament par voie orale et non en injections quotidiennes ? Sont-ils prêts à échanger cette meilleure praticité contre une diminution d'efficacité de 0,5 % ? de 1 % ? de 2 % ? L'étude devrait se trouver dans l'argumentaire présenté au comité d'éthique.

Des essais conçus pour être forcément positifs

Non seulement, dans un grand nombre d'essais, aucune étude n'a porté sur les choix des patients, mais encore certains essais sont délibérément conçus pour donner forcément un résultat positif. Pour parvenir à ce Graal de tout promoteur d'essai, il suffit que le seuil de non-infériorité soit plus bas que l'efficacité du comparateur.

Supposons qu'un traitement permette de diminuer la mortalité de 5 % par rapport au placebo. Si on le compare avec un nouveau traitement avec un seuil de non-infériorité de 10 %, cela revient à se demander si le nouveau traitement est statistiquement moins efficace de 4,5 % que... rien. En effet, si la mortalité sous placebo est de 100, la mortalité sous traitement de référence (moins 5 %) sera de 95. Si dans un essai nouveau traitement versus traitement de référence, on accepte un seuil de non-infériorité de 10 %, cela veut dire qu'on accepte que dans le groupe « nouveau traitement » il y ait une mortalité de $95 + 9,5 = 104,5$, soit 4,5 % de plus qu'avec un placebo ou en l'absence de traitement. Le résultat est donc couru d'avance.

Ne riez pas, de tels essais existent. Par exemple, l'essai de non infériorité MyPebs étudie un dépistage des cancers du sein par une méthode variable en fonction d'une évaluation personnalisée du risque de chaque femme. Ce dépistage « stratifié » est comparé au dépistage habituel organisé en France tous les deux ans. Le critère de jugement est l'incidence des cancers

avancés, dont on sait qu'il est directement lié à la mortalité. Jusque-là, pourquoi pas. Mais le seuil de non-infériorité choisi est 25 %. Autrement dit, si le nombre de cancers avancés est supérieur de 25 % avec le dépistage « stratifié », celui-ci sera considéré comme non inférieur au dépistage classique. Alors qu'au mieux, le dépistage permet une diminution de 15 % de la mortalité... Il n'est pas abusif de considérer que le résultat est couru d'avance et qu'on est en présence d'un « essai marketing ».

Non-infériorité : méfiance !

Bien sûr, certains essais de non-infériorité sont justifiés et utiles. Malheureusement, ils semblent être une minorité. Les comités d'éthique et les agences du médicament semblent accepter facilement des essais mal conçus ou au contraire trop habilement conçus, en lieu et place d'essais de supériorité bien conduits. Comme dans tous les essais, les décisions prises par les concepteurs doivent être justifiées et, en particulier, les décisions concernant le seuil de non-infériorité choisi, qui doit faire l'objet d'une discussion approfondie, le plus souvent appuyée sur une étude des préférences des patients. Ce qui est hélas bien rare. **P**

Sources

M. Herr et coll., « Essais de non-infériorité et d'équivalence : les points clés de leur méthodologie », *Rev Med Interne*, 2018 ; 39 (5) : 352-359.

Prescrire rédaction, « Concepts et méthodes : lecture critique des essais de non-infériorité », *Prescrire*, 2006 : 26 (271) : 249 et « Essais cliniques : ceux de "non-infériorité" doivent rester une exception », *Prescrire*, 2024 : 44 (494) : 951.

S. K. Bowalekar, « *Non-inferiority and equivalence trials: Need for a standardized process* », *Perspect Clin Res*, 2011 ; 2 (4) : 115-118.

S. Garattini, V. Bertele, « *Non-inferiority trials are unethical because they disregard patients' interests* », *Lancet*, 2007 ; 370 (9602) : 1875-1877.

L'hôpital au miroir du néolibéralisme

L'épuisement soignant est le symptôme d'une pathologie systémique : le trouble de la personnalité néolibérale de l'institution. Entre narcissisme bureaucratique et solipsisme administratif, le soin s'efface devant le chiffre. Pour résister, nous devons passer de la Flèche au Panier.

Armelle Royline
Infirmière DE

Le soignant est face à une fracture identitaire. L'épuisement professionnel est classiquement réduit à une surcharge de travail. Ce que nous nommons burn-out est souvent une fracture identitaire. Le soignant est sommé de choisir entre sa rigueur clinique et les exigences de rendement d'un système muté. Cette tension inflige une blessure morale : un traumatisme survenant lorsqu'un individu est contraint d'agir en contradiction avec ses valeurs éthiques. Le système a cessé de considérer l'humain comme une fin pour n'en faire qu'un moyen.

Anatomie d'une psychopathologie institutionnelle

L'institution présente les symptômes d'un trouble de la personnalité néolibérale. Il se manifeste par une dysmorphie du chiffre : une obsession de la quantification où seul ce qui est cotable, comme la file active ou les indicateurs de performance, existe. Le soin relationnel, rétif à la statistique, est relégué au rang de temps mort. Le réel est remplacé par cette représentation jusque dans ses ressources humaines avec ses numéros d'agent ou équivalent temps plein.

Ce trouble s'articule autour d'un narcissisme institutionnel profond, dont le déménagement des directions dans des structures excentrées constitue la manifestation spatiale : une véritable sécession symbolique. En s'extrayant physiquement du lieu de soin, l'institution rompt le lien avec le réel pour ne plus contempler que son propre reflet à travers des indicateurs de performance.

Cette performance instaure une mise en concurrence délétère où l'on compare les « files actives » à des chiffres d'affaires, érigeant le service le plus *bankable* en modèle de réussite. Ce fétichisme du rendement s'opère au mépris total des spécificités cliniques : dans cette logique comptable, les unités accueillant les situations les plus complexes – celles qui demandent du temps, de l'imprévu et de l'humanité – sont stigmatisées comme déficitaires. Ce qui constitue pourtant le cœur battant du soin est alors perçu comme une anomalie budgétaire à réduire.

Le simulacre : égotisme et solipsisme administratif

L'institution déplace sa faillite sur la psyché de l'individu par un déni organisé. Le *gaslighting*¹ consiste à nier des faits évidents pour créer une confusion mentale : l'hôpital pathologise la lucidité. Si un soignant dénonce un manque de moyens, l'institution retourne l'accusation. Cette mécanique s'appuie sur un égotisme structurel : la centration absolue de l'organisation sur ses propres besoins et son langage, au mépris du réel. Pour protéger ce « Moi » bureaucratique, le système devient hermétique. C'est un solipsisme administratif où ce qui n'est pas dans le tableau de bord n'existe pas. Nous basculons dans l'absurde : tout soin qui n'est pas coché n'est pas fait.

La QVCT (Qualité de Vie et Conditions de Travail) : entre instrumentalisation et oasis. Pour masquer cette impasse, le système propose des solutions de surface ciblant le stress physiologique tout en ignorant la blessure morale. Pourtant, ces journées – de relaxation, de méditation, de jeux et de défis – sont parfois les dernières oasis permettant aux soignants de recréer du lien avec ses pairs. C'est l'instrumentalisation de ce besoin que je pointe : un véritable *care-washing* institutionnel.

La semaine de la QVCT est un dispositif qui sert de blanchiment éthique pour ne pas traiter les demandes de fond : du temps, des moyens et du sens. Un paradoxe violent persiste : participer à une séance de relaxation pendant que les collègues luttent pour compenser l'absence renforce la culpabilité. Le système organise parallèlement le glissement de tâches, où le soignant porte des responsabilités sans formation. En cas d'erreur, le *gaslighting* institutionnel opère : l'institution se retire, le laissant seul face à une responsabilité qu'elle a elle-même rendue insoutenable.

Souffrance éthique et TSPT (Trouble du stress post traumatique) institutionnel. La souffrance éthique survient lorsqu'un sujet prête son concours à des actes qu'il réprouve. En collaborant à une dégradation de

la qualité des soins, le soignant devient l'instrument de sa propre dépossession. Sur ce terreau se développe la violence horizontale. Dans une organisation malade, maintenir une exigence réflexive devient un acte de dissidence. J'invoque ici « l'Éthosoin » : cette boussole interne qui nous alerte sur la violence faite à nos valeurs. Ce que l'on nomme épuisement est souvent couplé d'un stress post-traumatique lié à l'institution : une réaction saine face à un environnement pathogène.

Au-delà de la carotte budgétaire

La survie de l'hôpital public ne dépendra ni d'une réforme budgétaire, ni d'une prime d'assiduité, ni d'une revalorisation. Ces mesures sont des carottes administratives destinées à masquer l'hémorragie de sens. La pérennité du système dépendra de la capacité des soignants à réclamer leur droit à la pensée clinique. Si soigner est un acte politique, la lucidité est notre seule protection.

Du récit-Flèche au soin-Panier

Le soignant est épuisé par le récit-Flèche : une trajectoire unique vers un objectif comptable (profit, acte technique). Dans ce schéma, l'humain n'est qu'un numéro, un carburant à brûler ou un obstacle. À l'inverse, je propose le contre-récit du soin-Panier² : une structure conçue non pour transpercer, mais pour contenir et protéger.

Cette alternative repose sur trois piliers :

1. La limite capacitaire : Contrairement à la flèche qui prône la croissance infinie, le panier a des bords. C'est la reconnaissance humble et politique de ce qu'une équipe peut porter sans se rompre. Dire « stop » n'est pas un aveu de faiblesse, c'est l'acte de préservation du soin lui-même.

2. La subsistance partagée : Le soin n'est plus un « service » rendu par un sachant à un patient, mais une ressource commune cultivée ensemble. On y dépose des besoins hétérogènes pour garantir la santé mentale du groupe (soignants, patients, proches).

3. L'économie de la réparation : C'est le refus de l'obsolescence humaine. Au lieu d'extraire la force de travail jusqu'à l'usure pour ensuite « remplacer » le soignant, on investit dans le temps long des liens et du sens.

C'est là tout l'enjeu de la justice narrative : sortir du carcan institutionnel pour redonner au sujet le pouvoir de choisir son histoire. Il s'agit d'affirmer que sa vie n'est pas une trajectoire de performance, mais un espace de soin qu'il définit lui-même.

Du Capitalocène au Carecène

Le changement de paradigme est radical : il s'agit de renoncer à l'idéal de la conquête – celle de la rentabilité

financière, de la performance technique et de l'extraction de valeur sur les corps et la santé mentale – pour embrasser celui du *care*.

Là où le « récit-Flèche » nous somme de dépasser nos limites pour atteindre des objectifs comptables et générer du profit, le carecène nous invite à la contenance. Il ne s'agit plus de « gérer » des flux pour optimiser des budgets ou de « produire » des actes, mais de prendre soin, de protéger les fragilités et de réparer ce qui s'abîme.

Soigner l'hôpital impose de nommer son trouble : celui de la personnalité néolibérale. Ce diagnostic révèle un narcissisme organisationnel centré sur sa propre image de performance, une obsession du chiffre qui remplace la pensée, et une absence d'empathie structurelle³ masquée par un discours de façade. Dans ce système, le « récit-Flèche » remplace la confiance par un hyper-contrôle instrumental permanent, alors que le Carecène la rétablit comme socle de l'action. Soigner n'est plus une transaction surveillée, mais un acte de foi envers l'autonomie et l'expertise du professionnel.

Le néolibéralisme a divorcé de la morale pour ne plus valider que la trajectoire financière. Mais l'efficacité sans éthique n'est qu'une forme de barbarie comptable qui affame le sens du métier. Nous ne sommes pas des outils d'extraction, mais les artisans d'un monde où la vulnérabilité est notre condition partagée.

Le seul vrai déficit hospitalier est celui du *care*. **P**

- 1 *Gaslighting* institutionnel : processus par lequel une organisation nie la réalité vécue par ses membres ou ses usagers tout en déplaçant la responsabilité du dysfonctionnement sur l'individu.
- 2 Concept inspiré de la « Théorie du Panier » d'Ursula K. Le Guin, qui propose de voir l'histoire de l'humanité non comme une suite de lances et de conquêtes (récit-flèche), mais comme un sac contenant les choses nécessaires à la subsistance et au lien.
- 3 L'absence d'empathie et la vision utilitariste de l'autre imposent un hyper-contrôle instrumental. La confiance est évacuée car elle suppose une vulnérabilité et une réciprocité que le système refuse. L'injonction de tout « tracer » systématiquement dépasse largement les enjeux de sécurité ou de qualité. Elle s'est muée en un outil de domination visant à s'assurer que le soignant reste une ressource docile, une force de travail au sens le plus mécanique du terme. Dans cette logique, la trace numérique sert à valider la conformité de l'individu à des processus standardisés, le dépouillant de son discernement clinique au profit d'une soumission procédurale.

Références

- C. Dejours, *Souffrance en France*, Points Essais, 2014.
 U. K. Le Guin, *The Carrier Bag Theory of Fiction*, Hesperus Press, 2024.
 F. Goupy & C. Le Jeune, *La médecine narrative*, Medline, 2017.
 M. Fisher, *Le Réalisme Capitaliste*, Entremonde, 2018.
 D. J. Haraway, *Vivre avec le trouble*, Éditions des mondes à faire, 2020.

Anachroniques similitudes

Les lueurs de l'histoire peuvent nous permettre de mettre en perspective, d'enrichir par un pas de côté l'analyse nécessaire une fois le choc de la crise passée, un évènement effrayant et récurant comme celui de l'irruption d'une épidémie. Et peut-être de tirer des leçons de son traitement politique pour éviter la reproduction de ses errements à l'avenir.

Françoise Hildesheimer

Archiviste et historienne, docteur en histoire conservateur général du patrimoine aux Archives nationales, professeur associée à l'université Paris 1

« Nous sommes en guerre... » Qui ne se souvient de l'irruptive déclaration d'état de « guerre » adressée, le 16 mars 2020, par Emmanuel Macron à un coronavirus inédit, ainsi que des épisodes qui ont suivi et ont donné lieu *a posteriori* aux commentaires les plus variés ? Pourtant, traditionnellement, la mémoire de l'épidémie de l'Ancien Régime, en l'espèce la peste, était courte et sa cessation s'accompagnait d'un oubli rapide qui faisait de sa réapparition périodique une découverte à chaque fois renouvelée. Subir semblait alors plus réaliste que de prétendre soutenir une guerre contre un ennemi invisible dont on ignorait tout et qu'on se bornait à cantonner par des procédures d'isolement que nous avons, quant à nous, retrouvé prôné par le pouvoir comme le réflexe salvateur. C'est pourquoi il peut paraître utile aujourd'hui de se rappeler ce passé en se demandant en quoi il aurait pu peser sur notre récent vécu et régir nos propres attitudes mentales. À rebours toutefois des amateurs d'histoire, toujours enclins à chercher chez les historiens des « leçons » à tirer du passé et à développer par-là une lecture régressive de leur présent, c'est à prendre la mesure des changements et ruptures intervenus dans l'histoire de nos sociétés qu'une telle démarche peut nous aider. Sans jamais oublier qu'il nous faudra éviter le péché majeur d'anachronisme qui consisterait à identifier sans nuance ce passé à notre présent. Ce sont des mondes bien différents que je vais tenter, avec toutes les précautions d'usage, de confronter pour dégager ces quelques éléments de réflexion en forme de tendances de longue durée et de petites touches plus anecdotiques révélatrices de nos réflexes et comportements à travers nos liens modifiés et persistants avec ce passé.

Des mondes si différents

Je vais prendre pour point de départ et de référence la grande épidémie de l'Ancien Régime, c'est-à-dire la peste, « grand personnage de l'histoire d'hier », un acteur social, dont il convient d'abord de présenter rapi-

dement les manifestations et la connaissance que l'on pouvait avoir de sa nature et de ses modes d'action.

Phénomène global, la peste impacte l'économie, les relations sociales comme les mentalités. En se gardant de transpositions et d'analogies simplistes, compte tenu de pathogènes et de modes de transmission différents, des réactions qu'elle a suscitées (qu'il s'agisse de la peur, de la culpabilité ou de l'isolement...), elle apparaît comme une composante permanente de l'expérience humaine. Toute « concordance des temps » recouvre au moins autant d'apparence que de réalité, et trop de différences, de révolutions, nous séparent du passé pour que son évocation puisse avoir d'autre conséquence que de nous aider à mesurer et l'ampleur du changement et les traces de continuités. Par ailleurs, notre expérience peut, quant à elle, permettre une relecture des épisodes passés avec des interrogations nouvelles ou renouvelées et, par là même, participer de la responsabilité citoyenne particulière de l'historien.

Disons simplement, pour notre propos, que le monde de la peste de l'Ancien Régime n'avait rien à voir avec le nôtre fait de mondialisation, d'immédiateté de l'information et d'accélération technologique inouïe. Sa société était dominée par la religion qui emportait l'explication par les croyances de phénomènes que, faute de connaissance scientifique, on se contentait de contenir empiriquement. Pour ce faire, il fallait tenir compte d'un espace-temps rythmé par des échanges commerciaux essentiellement maritimes

L'évolution démographique

contemporaine accentue le contraste entre l'ampleur du confinement et, en regard, le nombre relativement limité de morts

entre nos régions occidentales, périodiquement en proie à l'agression d'une épidémie importée avec les marchandises via la Méditerranée, et des régions orientales, où elle sévissait à l'état endémique. De cet état de choses révolu, s'est dégagée une distinction qui demeure essentielle : elle oppose et réunit le domaine du sanitaire, administratif et policier, et celui du médical, scientifique et curatif. La brutalité du premier, autrefois premier et qui nous paraît aujourd'hui archaïque, nous est largement incompréhensible quand elle nous est imposée dans un contexte médical qui en refuse la démarche quand bien même elle s'impose à lui.

L'évolution démographique contemporaine accentue le contraste entre l'ampleur du confinement et, en regard, le nombre relativement limité de morts, grand changement par rapport à l'épidémie ancienne où la mort était massive et visible par tous, quasiment un phénomène collectif, bien différent de notre perception de la maladie comme curable, rapportant le nombre de malades (et de morts) à la capacité de l'hôpital.

Il y avait donc une géographie ancienne de l'épidémie qui arrivait en Europe par la mer dont le temps était soumis au rythme lent de circulations maritimes. Pour la France, le regard se tournait immédiatement vers Marseille, porte de l'Orient, la troisième ville du royaume, jouissant du monopole du commerce avec le Levant, qui, face à Paris, capitale politique plus à l'abri à l'intérieur des terres, faisait figure de véritable capitale sanitaire située en première ligne. Stendhal, consul de France à Civitavecchia, pourra écrire en 1831 : « On regarde cette ville ici comme le quartier général de la santé ». Marseille, s'était dotée d'une institution spécifique, le Bureau de la santé, en charge du contrôle des entrées dans le port et des quarantaines effectuées par les personnes et les marchandises dans des établissements nommés lazarets.

La conjonction des monopoles sanitaire et commercial donnait ainsi à la cité phocéenne une place éminente, à la fois tragique et glorieuse, de barrière, mais aussi de porte d'entrée de la catastrophe, où il fallait la contenir pour assurer la défense du royaume. Ce rôle était encore amplifié par la lenteur des communications administratives qui, compte tenu de la nécessité de réactions immédiates en cas d'apparition de cas suspects, rendait tout contrôle du lointain pouvoir central plus théorique que réel. Une fois la présence de l'épidémie déclarée, les communications étaient interrompues, les rassemblements interdits et les procédures de confinement pouvaient se mettre en place.

Le lieu de soin hospitalier qui était vu comme un danger de rassemblement et était anciennement fermé, est devenu le recours normal. Tous ceux qui aujourd'hui disposent d'un savoir scientifique, source de thérapies curatives ou préventives, se sont tout naturellement tournés vers l'hôpital considéré comme

une institution à défendre pour en bénéficier, et vers l'État pour les protéger et les assister. Il s'est finalement agi de gérer la capacité hospitalière en retardant l'épidémie, et on verra plus loin ce qu'il en a été d'éventuelles modalités de sélection face à des ressources d'accueil et de soins limitées. Car, avec la Covid, on a immédiatement su qu'il s'agissait d'un virus dont on connaissait le nom mais dont on ignorait comment le vaincre jusqu'à la mise au point en urgence de vaccins dont on peut se demander s'ils ont été perçus comme un soin ou une barrière sanitaire. C'est bien l'opposition entre une mondialisation qui s'est imposée et des solutions nationales mises en œuvre qui domine alors l'histoire de la pandémie, celle-ci mettant en lumière la forme des régimes politiques démocratiques (occidentaux) ou autoritaires avec, pour les premiers, la nécessité de prendre en compte dans les pratiques l'affirmation des libertés individuelles perçues comme universelles et les pratiques sans limitations des seconds.

Une constante : l'irréaliste confinement

Une constatation s'impose : pour tous et en tout temps, le confinement constitue un recours universel face à l'irruption de l'inconnu. L'épidémie prolonge jusqu'à nous les anciennes pratiques sanitaires : décrochée par définition, elle impose le cloisonnement, et l'essentiel de la lutte réside dans une pratique collective acceptée.

Revenons aux procédures de l'Ancien Régime. Dès les premières alertes, la fuite hors de la ville des plus aisés possiblement infectés constituait *a priori* une brèche dans le dispositif à venir. Puis, à la reconnaissance de la présence de l'épidémie, on assistait à des tentatives de la contenir, dans la précipitation de l'urgence, par une multiplicité de mesures-précautions particulières prises par la municipalité à l'endroit de l'hygiène urbaine et de la salubrité de l'air, des boucheries, moulins, boulangers, fours, la suppression des rassemblements et visites et, dans ce cadre, la fermeture des hôpitaux et la mise en place d'une justice d'épidémie. Toutes ces dispositions confluaient dans une quarantaine générale imitée des procédures sanitaires maritimes, dont le but était de protéger la société en séparant sa partie saine de sa partie contaminée ou susceptible de l'être. Pour juger de son efficacité, nous laisserons la parole à un témoin qui, comme administrateur, a réfléchi sur ce sujet. Jean de Geoffroy d'Antrechaus, premier consul de Toulon en 1720, entré en fonction alors que la peste sévissait à Marseille, s'était alors signalé par son dévouement. Il œuvra en faveur de la salubrité et de l'urbanisme et, en 1756, publia une *Relation de la peste dont la ville de Toulon fut affligée en 1721, avec des observations instructives pour la postérité*. Il y observe que le choix d'imposer une quarantaine générale ne repose que sur la tradition et non sur quelque certitude de

réussite pour affirmer en termes non équivoques que tout confinement non dûment préparé en amont tourne en confusion : « Je conclus de tout ceci qu'une quarantaine forcée nous prive d'un grand nombre d'habitants que nous tenons enfermés, qui nous seraient utiles et qui ne périssent pas moins. [...] »

Une quarantaine n'est vraiment salubre qu'à ceux qui savent se l'imposer eux-mêmes, et ce sont bien les seuls qui soient parvenus à se garantir...

Il n'entrera sûrement dans l'idée de personne qu'on eût pu soumettre à cette quarantaine, que nous appelons cependant générale, ni les soldats de garde en différents quartiers... les balayeurs, les maréchaux, les charrons, les voituriers pour le transport des farines et des grains, les boulangers, les bouchers... »

De fait, certains savaient que, quand il était possible, seul le renfermement volontaire, précoce et durable pouvait protéger efficacement : les moines de l'abbaye de Saint-Victor à Marseille en avaient apporté l'égoïste démonstration en se renfermant dans leurs murs, comme, avant eux, les jeunes et riches Florentins qui avaient trouvé leur salut hors de la ville et se divertissaient de leur réclusion par la production de nouvelles constituant *Le Décaméron* de Boccace. Mais, dans ces cas, il ne saurait s'agir d'une protection collective à l'échelle de la cité !

Plus spécifiquement, la surveillance de la frontière maritime, on l'a vu, relevait de la protection et de la prévoyance. Du côté de la terre, un cordon sanitaire, constitué de militaires, pouvait compléter le dispositif afin de rendre la frontière plus étanche qu'à l'accoutumée en refoulant toute personne en provenance de régions suspectes de contamination. La lutte contre l'épidémie aboutit alors à préciser le tracé de la frontière et à la matérialiser : le confinement c'est, au sens propre, l'enfermement dans les limites de frontières

C'est le temps qui apportait et la régression du mal et l'expérience. Le temps du retour à l'ordre supposait une inversion progressive des facteurs, la régression des décès et la montée en puissance des soignants. Car pour ces derniers (en l'espèce, non les médecins, mais les chirurgiens que l'on peut assimiler à nos infirmiers et aides-soignants), il était nécessaire d'avoir

été atteints et d'avoir survécu pour être immunisés et efficaces en aussi grand nombre qu'il est nécessaire. La pénurie de chirurgiens et d'infirmiers cessant, la levée de la quarantaine n'interdisait point de poser des diagnostics corrects et d'assister les malades ce qui avait pour conséquence la diminution de leur mortalité.

Un décret du 9 mai 1793 confirma les pratiques marseillaises qui se poursuivront sous un contrôle de plus en plus marqué du pouvoir central jusqu'au milieu du XIX^e siècle, moment où elles sont remises en question par les théories non-contagionnistes qui se développent. En effet, les théories contagionnistes et les quarantaines, qui font obstacle à la liberté du commerce, sont objet de contestation au moment où la navigation à vapeur délivre le trafic maritime de la soumission aux caprices des vents et lui ouvre des routes rapides et sûres.

Enfin, un horizon scientifique véritablement nouveau s'affirme à la fin du siècle avec la découverte du bacille de la peste par Yersin en 1894 et de son mode de transmission par les puces en 1898, permettant une prophylaxie véritablement fondée ; les vieilles croyances abandonnent le terrain ; le sanitaire est emporté par le médical et l'État balaye les autonomies locales. La vénérable intendance marseillaise disparaît en 1850 au profit d'un service sanitaire d'État dépendant du ministère de la santé qui deviendra le Service du contrôle sanitaire aux frontières maritimes.

Quelques siècles plus tard, nous n'avons pu que constater le retour réflexe au confinement général face à un virus à transmission interhumaine : l'incertitude a ressuscité la conduite traditionnelle, avec, de surcroît, le handicap de frontières démultipliées et à l'intérieur même des États du fait du trafic aérien qui anihile la protection de l'espace et du temps. Avant que la science ne reconquière sa place, on a été confronté à un même désarroi des politiques abrités derrière un conseil scientifique face à une institution hospitalière débordée. Emmanuel Macron le justifiait en ces termes : « Respectons les gestes barrières, les consignes sanitaires. C'est le seul moyen de protéger les personnes vulnérables, d'avoir moins de concitoyens infectés et ainsi de réduire la pression sur les services de réanimation pour qu'ils puissent mieux accueillir, mieux soigner. »

Nous avons à cette occasion pu mesurer l'inanité de ces mesures dont la mise en œuvre reposait sur notre acceptation et que nous avons pratiquées jusqu'à l'absurde de l'auto-attestation de déplacement. Il reste que le confinement traditionnel, ultime recours face à l'inconnu, nous apparaît non seulement insupportablement violent et contraignant, mais encore dépassé, voire incompréhensible et porteur d'une peur ancestrale retrouvée. De toute façon et quelle que soit la période ou le caractère autoritaire, voire violent, de son imposition, l'efficacité absolue de ce recours réflexe apparaît impossible.

Un horizon scientifique véritablement nouveau s'affirme à la fin du siècle avec la découverte du bacille de la peste par Yersin en 1894 et de son mode de transmission par les puces en 1898, permettant une prophylaxie véritablement fondée

La peur : entre religion, police et écologie

Là où la monarchie absolue ne se posait pas la question des limites, celle-ci doit être rendue conciliable avec les principes démocratiques. E. Macron argumentait ainsi : « Jamais la France n'avait dû prendre de telles décisions, évidemment exceptionnelles, évidemment temporaires en temps de paix. Elles ont été prises avec ordre, préparation, sur la base de recommandations scientifiques avec un seul objectif : nous protéger face à la propagation du virus. » En conséquence, l'état d'urgence sanitaire, un régime juridique temporaire spécial, a été créé par la loi du 23 mars 2020 pour s'appliquer aux « menaces et crises sanitaires graves ». Pour les démocraties, c'est la suspension du contrat social au profit d'une technocratie toute-puissante. Pour les régimes autoritaires, il va de soi que les choses ne se posent pas en ces termes limitatifs et que le confinement sanitaire peut le cas échéant prendre place sans problème dans leur arsenal répressif.

En effet, la tentation d'une dictature sanitaire pourrait en découler si elle n'était contrée par le caractère temporaire du temps d'épidémie qui en limite la possibilité à long terme ; mais il demeure qu'elle se met temporairement en place sous la direction des dirigeants. Les historiens ont reconnu l'importance de ces contraintes et en ont proposé diverses analyses. Michel Foucault a mis l'accent sur ce contrôle de l'espace où il a vu comme le laboratoire des procédures disciplinaires (il parle alors de « biopolitique »). Il y discerne comme un « rêve politique de la peste », « l'utopie de la cité parfaitement gouvernée », et explique que, « pour faire fonctionner selon la pure théorie les droits et les lois, les juristes se mettaient imaginativement dans l'état de nature ; pour voir fonctionner les disciplines parfaites, les gouvernants rêvaient de l'état de peste »

Depuis Hippocrate en effet, l'épidémie peut être définie comme un danger qui plane au-dessus du peuple, dans le sens médical d'un ensemble de syndromes mortels ; un mal invisible qui engendrait évidemment la peur, ce qui emportait des conséquences notables. Avec la famine, la guerre et la mort, elle était traditionnellement identifiée comme l'un des quatre cavaliers de l'Apocalypse.

Dans la même optique, l'historien du religieux Jean Delumeau a décrypté le discours massif et pesant de l'Église catholique, où il a décelé une majoration des dimensions du péché par rapport au pardon qu'il considérait comme une « dérive » historique qui aurait transformé cette crainte révérencielle (légitime) en peur de Dieu (pathologique). Il a développé un concept de « pastorale de la peur », soulignant la présence continue d'une lourde « sur-culpabilisation » dans l'histoire occidentale, dont la peste aurait été l'un des facteurs notables. Car l'agent pathogène, invisible et surnois, rôde dans l'ombre comme un démon, et

c'est bien le repentir qui détournera le fléau envoyé par Dieu aux pécheurs comme une punition ; les meilleurs recours sont alors la prière et la pénitence. Cette conception pénitentielle interdit de percevoir l'épidémie comme un « ennemi » contre lequel on serait en « guerre » ; elle incite davantage à la recevoir comme une épreuve que l'on peut tenter de fuir mais contre laquelle on ne saurait se révolter. Dans ces conditions, une telle explication religieuse à valeur universelle avait le pouvoir de transformer un message, a priori perturbant car culpabilisant, en source d'explication rassurante et de cohérence sociale (Ph. Martin, *Les religions face aux épidémies : de la peste à la Covid-19*, Cerf, 2020).

C'est à la science qu'il appartiendra de prendre le relais, mais le passage contemporain de témoin entre la religion et la science ne se fera pas sans problème et ne résoudra pas toutes les incertitudes. Ainsi, après l'apparition en 1981 du Sida dont le virus n'est découvert qu'en 1983, l'humanité – qui se croyait protégée des maladies infectieuses par la science – se trouvera à nouveau en proie à la peur, dans un contexte nouveau de médiatisation. En témoignera la réaction du cardinal Siri, archevêque de Gênes, alors âgé de quatre-vingts ans, qui réactualisera l'attitude ancienne : pour lui, le sida demeure un « châtiment de Dieu » frappant directement le péché.

Entre science et religion, les relations en effet sont toujours complexes : faut-il comprendre ou subir ? S'opposant au dogme religieux fixe et non discutable, la science est recherche et progrès. Entre le prêtre et le médecin, c'est un véritable conflit de compétence qui se joue sur fond de laïcisation (et aujourd'hui de judiciarisation) de la société.

Par ailleurs bien des questions demeurent et, dans ce nouveau contexte certaines, inédites, sont apparues eu égard aux valeurs démocratiques : l'idée de la nécessaire intervention de l'État pour corriger les inégalités et protéger les plus fragiles dans la mesure où la rareté des biens de santé et des ressources de soins oblige à mettre en œuvre leur optimisation (tri des malades et répartition du vaccin) difficilement compatible avec les impératifs moraux (tout récemment : P. Le Coz, « Les épidémies aujourd'hui. Comment gérer l'incertitude et les dilemmes moraux »)

Mais il suffit toujours de quelques images pour ressusciter les peurs du passé et provoquer le retour de fantômes ancestraux : les masques n'évoquent-ils pas le costume du médecin de peste avec son bec menaçant. Quant à l'accélération de l'information, dont la télévision impose la présence quotidienne dans les foyers, elle est porteuse d'une lourde charge émotionnelle à l'endroit d'une maladie inédite causée par un virus auparavant inconnu et postulant pour l'avenir la survenue de nouveaux agents pathogènes.

La mémoire courte et l'oubli des siècles passés se sont, dans ce nouveau climat, transformés en un stress post-traumatique où la mort imprévue et subite

peut être comme anticipée par l'organisation anticipée de ses obsèques ; et, passé le temps du choc du confinement, l'isolement du télétravail, devenu une pratique ordinaire, participe sans doute du problème de santé mentale qui affecte une jeunesse privée de lien social, voire stigmatisée comme un vecteur privilégié de la Covid, et vivant de ce fait avec une blessure émotionnelle persistante (alors que l'accueil de cette souffrance psychique n'est pas au rendez-vous). La peur entretient l'anxiété et alimente l'agressivité, voire la violence et la société ne s'affranchit pas aisément d'un épisode de confinement qui lui a été imposé.

Et comment ne pas évoquer, enfin, la pseudo-religion antivax, contestation alimentée par la prise de parole politico-médiatique de certains soignants ? La cacophonie des opinions a envahi l'espace jadis occupé par la foi unanime, où l'humanitaire et l'écologie ne parviennent pas davantage à imposer une vérité. On peut aller jusqu'à parler d'une véritable anxiété écologique face à un bouleversement à venir qui devient chaque jour plus manifeste, au point que l'on peut estimer que la négation du changement climatique proclamée par Donald Trump ne serait autre qu'un effet de la peur qu'il susciterait en nous. De l'information, on passe ainsi aux *fake news* et leur association n'a rien de nouveau.

Le secret : entre propagande et information

« Le secret, lorsqu'il meurt quelqu'un de la peste, doit être inviolablement gardé pour ne pas effrayer le public, à qui l'ombre du mal contagieux est presque aussi nuisible que le mal même », professaient localement les intendants de la santé de Marseille auxquels, au sommet de l'État, le chancelier d'Aguesseau faisait écho en ces termes : « Le bien public demande que l'on persuade le peuple que la peste n'est point contagieuse, et que le ministère se conduise comme s'il était persuadé du contraire ». À son origine, la présence du mal était traditionnellement minimisée : ainsi, à Marseille en 1720, la première mort en ville a lieu le 20 juin et est suivie de bien d'autres, mais ce n'est que le 26 que l'épidémie est déclarée et le 10 juillet que les échevins en prononcent le nom. À ce secret, qui correspondait à des nécessités de trois ordres : psychologiques (rassurer), économiques (lutter contre

C'est au XIX^e siècle que les choses changent quand les institutions sanitaires locales échappent aux représentants du négoce pour passer sous domination médicale

les concurrents) et politiques (contrôler) et à l'interruption des communications et de l'économie brutalement imposée par l'épidémie déclarée, s'adjoint progressivement une intensification de l'information, une fonction qui participe notablement à l'originalité des institutions sanitaires. Secret et information sont alors les deux piliers contradictoires de ce secteur administratif technique qui constitue, de ce point de vue, un cas de figure exemplaire et complexe.

Les institutions sanitaires étaient en effet destinataires d'une information dont on peut estimer qu'elle constituait en fin de compte leur principale richesse, qu'elles transmettaient jusqu'au sommet de l'État. La fonction de leur correspondance avec l'administration centrale était de rendre compte des événements sanitaires, mais aussi de toute information notable parvenue à la connaissance des intendants de la Santé, ce qui se révélait particulièrement intéressant en temps de guerre. Elle pouvait, pour divers motifs puissants d'intérêts particuliers, se transformer en mensonge et en désinformation à l'égard des pays étrangers : à leur endroit, tout était le plus souvent fait pour ne pas ébruiter la présence de la peste afin de ne pas entraver le commerce.

C'est au XIX^e siècle que les choses changent quand les institutions sanitaires locales échappent aux représentants du négoce pour passer sous domination médicale. La fonction d'information passe alors à un autre niveau sur la scène internationale. À partir de 1851, c'est dans le cadre de conférences internationales que sont traitées les affaires et définies les mesures sanitaires au fil de conventions diplomatiques de portée mondiale prises en fonction de l'évolution des connaissances médicales. En 1908 est établi à Paris un Office international tandis qu'en 1920, la Société des Nations crée à Genève une Organisation internationale de l'hygiène ; ces deux organismes sont réunis en 1948 pour former l'Organisation mondiale de la Santé.

Reste l'incertitude de la reconnaissance initiale, toujours de mise et impliquant les relations entre des États aux pratiques divergentes. La Chine totalitaire en a fourni le parfait exemple sur lequel on ne s'étendra guère tant il prolonge les pratiques anciennes du secret d'État...

Notre comparaison diachronique a permis de mettre en lumière, à propos de la peste, quelques analogies reliant le présent au passé. Dans l'attente de nouveaux épisodes qui ne manqueront pas de survenir, deux permanences semblent susceptibles d'être soulignées en conclusion : le lien essentiel avec le commerce, et les mouvements d'hommes et de marchandises, fonde le poids de l'économie qui est à l'arrière-plan de toute cette histoire. Catastrophes économiques, les périodes d'épidémies ont de tout temps posé la question de l'équilibre, ou plutôt du déséquilibre, entre les impératifs de santé publique et les impératifs économiques dans le cadre d'une compétition désormais planétaire

qui voit l'explosion des mobilités. Négociants et notables composant les vieux bureaux de santé y servaient (bénévolement) leurs intérêts, puis, à l'époque contemporaine, les milieux économiques ou financiers ont contribué à la défaveur des mesures de quarantaine ; quant à nous, nous avons tous connaissance du poids de l'industrie pharmaceutique qui constitue un enjeu majeur de la lutte médico-sanitaire. Acteurs scientifiques, économiques et politiques participent aux controverses et rivalisent à coups d'arguments juridiques et commerciaux pour faire prévaloir leurs intérêts. Point n'est besoin d'insister sur cette donnée économique d'ordre général qui, en fin de compte, a fait des pays les plus riches les pays les plus armés pour intervenir et mieux se protéger.

On rappellera également la place évidente qui sera tenue par les épidémies, au fil de la découverte de leurs modes de propagation à l'époque contemporaine, pour la promotion de l'hygiène et de la salubrité de l'air, tandis que la crise sociale qui en résultait avait eu pour conséquence les premières mesures ponctuelles d'assistance résultant de la nécessité de maintenir l'ordre public possiblement mis à mal par les fractures, voire les haines de classes, qui en résultaient : distribution de secours, achat de grains et de denrées de première nécessité par les municipalités relayées par le roi ou encore la charité privée, ultérieurement soins gratuits aux indigents, des pratiques auxquelles souscriront ensuite les différents gouvernements. Aujourd'hui, la protection assurée par un « quoi qu'il en coûte » littéralement coûteux en est un aboutissement qui revient à accumuler de la dette pour sauver l'économie. À la vigoureuse reprise démographique et à l'oubli rapide qui accompagnaient l'épisode épidémique ancien a succédé un impact sidérant et durable.

Surtout, que la médicalisation n'ait point annihilé, en dépit de son inefficacité, le vieux réflexe liberticide du confinement constitue la grande et permanente leçon de cette histoire, mêlant obscurantisme ancien et mondialisation contemporaine. Toujours perçue comme essentielle dans l'arsenal d'une guerre qui perpétue la violence d'un État volontiers sécuritaire et répressif cette disposition implique une résolution forcément violente des conflits contre ce qui est perçu de manière anthropomorphique comme un ennemi.

Au-delà du repli sur soi imposé par l'isolement, le

« en même temps » macronien peinait à maintenir la cohésion de notre société : « Renoncer à voir ses proches, c'est un déchirement. Stopper ses activités quotidiennes, ses habitudes, c'est très difficile. Cela ne doit pas nous empêcher de garder le lien, d'appeler nos proches, de donner des nouvelles, d'organiser aussi les choses avec nos voisins. D'inventer de nouvelles solidarités entre générations. De rester [...] profondément solidaires et d'innover là aussi sur ce point. »

Il ne s'agit alors plus de la guerre annoncée, mais du triomphe d'une division/contradiction sociale en discordance avec une utopie de fraternité universelle (et de progrès). On peut ainsi affirmer qu'on a affaire, en cas d'épidémie et quelle qu'en soit l'époque, à une société inhospitalière de fermeture, bien davantage qu'à la mise en œuvre de liens de solidarité véritable et désintéressée.

Aujourd'hui, dans un contexte technologique inédit, cette fermeture se manifeste par un auto-enfermement d'individus isolés communicant via leurs écrans, une expression d'un climat de stress post-traumatique, où l'épidémie de Covid a assurément joué un rôle majeur, avec le déséquilibre psychique durable qui en résulte. Téléenseignement, télé médecine... l'estompement de la rencontre personnelle, du rapport humain direct, si essentiels en ces domaines également essentiels, qui en résulte fait partie d'un bilan que l'on doit dresser et méditer.

Une fois posées ces tendances fondamentales appelées à persister, l'avenir paraît plus instable. L'heure est à l'accélération de l'histoire et, devant nous, dans un monde grisé par la vitesse, se profilent de nouveaux agents infectieux ainsi que des épidémies de plus en plus pandémiques prolongeant ce stress post-traumatique par la peur des lendemains. Surtout, l'évolution sans précédent des technologies et une situation écologique nouvelle causée par l'emprise de l'humanité, et au sein de laquelle les épidémies tiennent leur place pour redéfinir tous les équilibres stratégiques, devraient rendre de plus en plus ténues et anachroniques les références concrètes à un passé de moins en moins apte à servir de référence à un monde appelé à s'en éloigner chaque jour davantage. Ce qui ne saurait pour autant signifier qu'il deviendrait inutile de savoir d'où l'on vient et de faire l'impasse sur le rappel de l'histoire... **P**

Prière d'insérer

C'est un avis de décès passé inaperçu : le médecin de crèche est mort, prière d'insérer ! Longue vie au RSAI ! Entendez Référent santé et accueil inclusif. Prononciation non garantie, Hersaille comme bonsaï ou marmaille ?

Alain Quesney
Pédiatre

Je n'avais pas été convié à cette réunion du réseau Établissement accueil petite enfance (EAJE). J'en reçois le compte rendu le 5 décembre dernier. C'est un PowerPoint de 50 *plaques*, agrémenté d'un quiz. Partout des bulles, des encadrés, des flèches, des tableaux, dans tous les sens ! Une prolifération qui perd n'importe quel lecteur par un fouillis inextricable, mais au moins la couleur est donnée : ce n'est pas ici qu'on comprendra le réel métier des gens qui travaillent en crèche. La forme d'un exposé n'est pas une question secondaire, j'en dirai un mot tout à l'heure.

Je n'aime pas beaucoup les PowerPoint et je déteste les quiz.

Ça commence par une étude des différents accueils dans le Calvados qui distingue crèches collectives et microcrèches. Il est constaté sur une quinzaine d'années l'ascension inexorable des microcrèches. Je ne comprends pas pourquoi l'étude ne fait pas le distinguo entre les crèches municipales, les parentales et les privées. Intuitivement, le poids du privé peu contrôlé par l'administration me paraît s'être beaucoup accentué. Mais ce ne sont que graphiques et courbes, c'est très difficile à décrypter.

Les diapos suivantes du PowerPoint sont consacrées aux textes réglementaires :

D'abord la loi Accélération et simplification de l'action publique (ASAP) du 7 décembre 2020. Se méfier quand une loi prétend accélérer et simplifier l'action publique ! Puis ça s'empile : lois, décrets, ordonnances, arrêtés, modifications... Une seule chose paraît importante là-dedans : le cadre réglementaire, s'y référer, le faire respecter, pratiquer une « veille réglementaire ». En passant, je lis en tout petits caractères : « La surveillance constante des enfants sur tous les temps de la journée avec nécessité de se conformer aux règles fixées dans le référentiel bâtimentaire ». Curieuse formule sécuritaire où enfants et bâtiments sont amalgamés. C'est complètement illusoire et stressant de penser qu'un professionnel doit se tenir devant chaque berceau contenant un petit endormi, que le dortoir des bébés doit avoir des vitres et de la lumière comme en plein jour. À quand le scope pour tous les petits bébés comme dans un service de réanimation néonatale ?

Je continue de faire défiler le PowerPoint et je découvre qu'il y a eu la mise en place du Service public de la petite enfance (SPPE) en janvier 2025, personne ne m'en a parlé, mais nul n'est censé ignorer la Loi.

Le SPPE vise à « garantir à chaque famille une solution d'accueil de qualité pour son jeune enfant, à un prix raisonnable et comparable quel que soit le mode d'accueil ». Quelque chose comme le 0 enfant/adulte en situation de handicap au bord de la route ! Comment ne pas être d'accord tout comme avec les dix principes pour grandir en toute confiance issus de la Charte Nationale d'accueil du jeune enfant, sur la *plaque* 13 ?

J'arrive à comprendre que les microcrèches ont la possibilité d'augmenter leur capacité jusqu'à douze places et peuvent être dirigées par du personnel non formé à la pédiatrie. Par contre, elles sont désormais tenues, comme toutes les autres crèches d'ailleurs, à bénéficier des services du RSAI.

Ce dernier peut être :

« 1° Un médecin possédant une spécialisation, une qualification ou une expérience en matière de santé du jeune enfant. »

« 2° Une personne titulaire du diplôme d'État de puéricultrice. » Ça, c'est une nouveauté tout comme les lignes suivantes :

« 3° Une personne titulaire du diplôme d'État d'infirmier disposant d'un diplôme universitaire en matière de santé du jeune enfant ou d'une expérience minimale de trois ans à titre principal auprès de jeunes enfants comme infirmier. »

Je ne mets pas en doute les compétences de la puéricultrice ni de l'infirmière, mais il me semble que le médecin a obligatoirement un autre regard. S'il devient une option facultative, c'est bien de sa mort dont il s'agit.

Feuilletons le *Guide d'accompagnement* des missions du référent, rédigé par l'Association nationale des puéricultrices diplômées et des étudiants (ANPDE). Curieux quand même qu'avant de légiférer, on n'ait pas jugé utile de solliciter le moindre médecin d'enfant quand on sait que la revue *Le pédiatre* avait en 2019 consacré un cahier de 16 pages¹ au sujet.

Je lis qu'une crèche dite de taille moyenne accueille 25 à 39 enfants. Mais avant la réforme, la jauge était de 20 à 30 !! Il y a pour cette crèche la nécessité d'un 0,20 ETP puéricultrice ou infirmière DE, soit une journée par semaine qui devra obligatoirement coïncider (pour coordonner) avec la venue du RSAI. Ce 0,20 ETP existait déjà sur le papier, mais n'était pas mis en place dans nombre de crèches faute de budget et/ou de candidates.

Le RSAI de cette moyenne crèche devrait intervenir 30 heures par an minimum, ce qui revient à trois heures par mois ouvrables. C'est insuffisant pour toutes les missions qui lui sont attribuées². Cela exclut en pratique de voir systématiquement avec leurs parents tous les nourrissons de moins de 4 mois et les enfants qui posent problème à l'équipe.

Pourquoi je priorise ces deux catégories dans mon exercice de médecin de crèche ?

– L'arrivée d'un tout jeune nourrisson à la crèche réalise une séparation qui peut être traumatique si le bébé, mais surtout la maman, n'y sont pas prêts. La fréquence de la dépression maternelle du post-partum est en augmentation constante, on l'estime de 10 à 20 % des naissances et nombre de dépressions blanches ne sont pas repérées. La dyade mère-enfant peine à se tisser. Le bébé pleure beaucoup, a des manifestations étiquetées RGO (reflux gastro-œsophagien) ou allergie aux protéines du lait vache, il risque d'être profondément fragilisé par une séparation vécue dans le catastrophisme ou l'ambivalence. Il nous est arrivé de différer ou de refuser l'admission d'un petit si la directrice puéricultrice et moi-même pensions que la séparation serait traumatique. Comme le cabinet du généraliste ou la PMI, la crèche est un lieu de dépistage, mais aussi de prévention et de soins. Pour reconstituer la dyade, ce n'est pas d'un protocole qu'on a besoin. Il faut beaucoup de douceur et de constance dans le maternage au bébé, mais aussi des paroles rassurantes, enveloppantes pour les parents.

– Le bébé qui alerte dans son développement et/ou son comportement. Sans inquiéter ni banaliser, il faut se donner le temps d'une bonne observation, cheminer avec la famille et le médecin traitant, trouver les bons intervenants, c'est-à-dire travailler, c'est ça le boulot... Chronophage !

Dans les *plaques* suivantes, toutes plus incompréhensibles les unes que les autres, ça ruisselle du haut vers le bas, des gestionnaires à l'administration, de l'administration à l'équipe... Puis l'inévitable QR code apparaît et se multiplie comme eczéma nummulaire³ : difficile de suivre une cohérence dans cette course d'obstacles où les lois s'emberlificotent, les imprimés CERFA se superposent et coexistent avec les obligations vaccinales, la création et la certification des structures.

À la *plaque* 19, j'apprends que la qualité d'accueil se mesure. Et comment ? « Par ce juste équilibre opérationnel qui repose sur une parfaite connaissance des textes réglementaires, de la responsabilité de chaque partie et qui suppose une clarté d'organisation associée à une confiance pour une transparence du fonctionnement. » Ça, c'est de la puériculture !

Pour faire passer ce jargon, il faut de la pommade et c'est là que la forme intervient. Je sais bien que le PowerPoint est un support, un aide-mémoire pour l'orateur. S'il est trop long et/ou entièrement récité, il n'y a souvent pas de place pour des interruptions ou des questions, et là, il fait cinquante diapos !

En fond d'écran, la mer, l'inévitable coucher de soleil orageux sur la Côte de Nacre. De l'humour, probablement involontaire : par exemple, deux dessins d'embarcation. Dans l'un, le chef observe l'horizon à la longue-vue, pendant que les professionnels souquent ferme. Dans l'autre, on a carrément oublié les rames.

Le top du top se trouve à la *plaque* 33. On y voit en super-héros le couple idéalisé du pédiatre masculin et de la directrice puéricultrice. Ils arpentent d'un pas martial main dans la main les couloirs d'un hôpital. Des mots étonnants tournent autour de l'image et disent : « Le RSAI est un super-héros aux pouvoirs sous-évalués. » Ce cliché est ridiculement genré et machiste.

Renseignement pris, on le doit à DUTRA Jobwear, entreprise belge leader dans la confection des vêtements des professionnels de la santé. Il avait été réalisé pour rendre hommage – aux professionnels, pas aux vêtements – lors de la crise Covid. Merci de l'avoir recyclé !

Le quiz de 22 *plaques*, joint au PowerPoint, est un QCM servant d'évaluation des connaissances de la législation récente. Rien sur les bébés, rien sur les métiers, mais l'art de les vider de leur sens. Toute cette mascarade, cette mise en scène fallacieuse m'attriste profondément.

Pour conclure : il est un oubli majeur dans cette présentation, la souffrance de celles qui travaillent dans les lieux d'accueil de la petite enfance. Combien d'arrêts de travail, de burn-out, de réorientations professionnelles la mort dans l'âme ? Quelles sont actuellement les difficultés de recrutement et comment va-t-on y remédier ? Les rares médecins et puéricultrices de PMI seront-ils les volontaires désignées RSAI ?

Je prends le pari que l'IA va investir les crèches avec des outils de dialogue numérique qu'elle baptisera « chattes bottées ». **P**

- 1 « La crèche, place du pédiatre de crèche dans l'organisation et le fonctionnement », *Le Pédiatre*, n° 292, année 2019-3, mai-juin, bimestriel, tome LIII.
- 2 Inclusion, projets d'accueil individualisé (PAI), enseignement aux professionnels de la crèche, protocoles médicaux, etc.
- 3 Du latin *nummus* : petite pièce de monnaie.

Le totalisme de la science en santé

1992-2026. Nous y sommes. Ce moment, nous ne l'avions pas imaginé. Ce sont 34 ans d'une longue dérive, sous couvert de la nécessité de réformer l'hôpital et la « psychiatrie clinique », devenue aujourd'hui « santé mentale » selon le terme malheureux de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

René Fiori

Psychanalyste, fondateur et président de Souffrances Au Travail, membre de L'envers de Paris et de l'association des psychologues freudiens

Nous voici donc avec une science d'apparat, régressant dans sa totalité le domaine de la santé, depuis le moindre acte du soignant jusqu'à la parole du patient, en passant par les thérapies imposées. Un « totalisme », selon le terme d'Asma Mhalla (Auteur du livre *Technopolitique, qui découle d'une volonté de gouverner par la science*¹), soit la primauté accordée à la productivité et à l'efficacité.

En 2007, la Fondation FondaMental est créée sur décret du ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, suivie, en septembre 2008, de la publication d'un recueil de conférences prononcées entre 2006 et 2007, à l'initiative du Pr Marion Leboyer, sous le titre : *Nouvelles stratégies thérapeutiques et diagnostiques en psychiatrie*. C'est une date marquante dans la course à la découverte de biomarqueurs pour toutes sortes de troubles, et donc aussi pour la course à la captation de l'argent public.

Dans ce livre, on plaide pour une prescription plus efficace, avec « la mise en place de dépistages plus précoces, dans le cadre de "centres experts" ; pour le "démembrement" (*sic*) de l'hétérogénéité des maladies et l'identification de groupes homogènes de malades » ce qui n'est pas une nouveauté, mais qui fait plaisir à l'administration ; et « la compliance au traitement par la généralisation de groupes de psychoéducation pour les patients et leur famille ». Outre le recours aux psychotropes, on parle surtout de stimulation magnétique transcrânienne répétée, dans le traitement des dépressions résistantes (aux médicaments), des hallucinations auditives dans la schizophrénie, avec neuro-imagerie cérébrale des hallucinations verbales, du traitement de la dépression par stimulation corticale non invasive, de stimulation cérébrale dans le trouble obsessionnel compulsif, et de couplage et découplage des neurones monoaminergiques ; un modèle non-dopaminergique des psychopathologies.

Voilà déjà annoncée « la psychiatrie de précision », une expression qui fait depuis florès, et qui séduit les politiques. Les « centres experts », sont aujourd'hui un réseau national. Troubles bipolaires, schizophrénie,

troubles du spectre de l'autisme, conduites suicidaires, troubles de stress post-traumatique, auxquels s'ajoute une nouvelle catégorie, à savoir la dépression dite « résistante », ou encore profonde, c'est-à-dire la dépression qui résiste aux médicaments. C'est probablement ce qui a séduit le sénateur Milon, lui-même médecin et, à sa suite, l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, qui invitèrent le Pr Leboyer pour un débat en table ronde, le 17 décembre 2008, ce qui donnera lieu à un rapport.

Concomitamment, six mois plus tard, le Sénat adopte en première lecture le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), mais dans lequel la psychiatrie et la santé mentale ne sont pas encore traitées.

Ce projet de loi reprend plusieurs propositions du document de l'institut Montaigne (fondé en 2000 par le PDG du groupe d'assurances AXA), intitulé *L'hôpital réinventé*, dont celle relative à l'instauration de la tarification à l'activité (T2A), qui aujourd'hui fait débat, proposant aussi de nouvelles méthodes de gestion et de management. Cette loi HPST sera renforcée par une autre en 2010, où les Agences régionales de santé (ARS) se substitueront aux Agences régionales hospitalières (ARH).

Parallèlement, avait été créée en 1993 la Mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM) confiée au Dr Massé, psychiatre à l'hôpital Sainte Anne. Ce dernier avait remis en 1992, au ministre de la Santé et de l'Action humanitaire, un rapport intitulé *La psychiatrie ouverte, une dynamique nouvelle en santé mentale*. Il y est formulé que le recours aux cabinets de conseil est nécessaire pour aider au changement organisationnel dans les lieux psychiatriques, et au changement de paradigme de la psychiatrie vers celui de la santé mentale. Le comité de pilotage de la MNASM qui se réunit annuellement est alors composé : du directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, de la Direction générale de l'action sociale, de la Direction générale de la santé, des ARH et des services extérieurs de l'État, soit la

Direction des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS).

Notons qu'il ne se sera jamais question de réguler cette bureaucratie, ce qui aboutira à la situation d'aujourd'hui, sans pour autant que le budget de la santé ne s'en trouve allégé, bien au contraire, et alors que l'accès aux soins est dégradé, tout comme le sont les métiers afférents.

Le pilotage par les néolangues

Cette dérive est donc la conséquence de la séduction opérée par la science sur l'administration de la santé publique, et plus spécifiquement, pour ce qui nous concerne, la santé mentale. Cette séduction est partagée par nos élites politiques qui ne savent plus à quel expert se vouer, emportés qu'ils sont par le jaillissement des néolangues : la managériale, la technologique, la neurobiologique, et la médiatique que rejoint celle de l'opinion qui, sélectivement, les absorbe. Mais qu'est-ce donc qui tous les séduit dans la science ? Les conséquences dans les institutions, que nous verrons dans la suite, en sont le motif : face à la science, on se tait. La science rend mutique. Du moins, c'est la fonction qu'on lui fait supporter. Toutes les néolangues, les dialectes, récents ici cités, qui ont infusé, fécondé, altéré, fertilisé, infléchi les langues spécialisées et la langue quotidienne sont les marques indélébiles de cette séduction.

La rigueur mathématique de « La science » : physique, biologique, informatique, qui s'élabore en lois, telle celle de la gravitation par Newton, n'est pas duplicable dans d'autres domaines. Et quand on parle de sciences politiques, de sciences humaines, de sciences économiques, de science médicale, de sciences cognitives, il faut alors nettement et fermement dégrader le sens de ce terme de « science » au rang de celui de savoir – à quoi renvoie d'ailleurs son étymologie – si on ne veut pas effectuer un abus de langage.

Mais c'est justement ce qui a eu lieu, c'est-à-dire que l'attraction du terme « science », par le prestige qu'il dégage, est si fort, qu'il arrive à faire se confondre l'une, « La science », et les autres.

Pourquoi donc, en 1911, Frederick Winslow Taylor intitule-t-il son livre sur l'organisation du travail *Principes d'organisation scientifique* ? La philosophe Simone Weil nous donne la réponse : « Le mot "scientifique" a encore plus de prestige que le mot rationnel. Chacun dans son domaine, par un forçage qui lui est propre, veut démontrer aux yeux du public, sa légitimité à se revendiquer de la science. Ici, dans le cas de l'organisation du travail, c'est par la méthode du séquençage des tâches, alliée à la mesure de leur temps d'exécution, précurseur de la robotisation. »

C'est là cette fameuse division du travail, qui aujourd'hui, comme nous avons commencé à le voir

avec la réforme des organismes et établissements de santé, touche les intervenants dans les institutions médicales et médico-sociales. Car cette division commence par la séparation entre exécution du travail et réflexion et initiative de celui qui va produire cet objet dans lequel il devrait pouvoir se reconnaître. Autrefois, cet objet était aussi le produit de son rapport au symbolique quand on lui en laissait l'initiative et le temps.

Cette méthode, le psychanalyste Jacques Lacan la formule d'une phrase lapidaire comme étant : « la division non pas du travail mais du désir et du travail ». C'est là, en effet, la racine des débats d'aujourd'hui sur le non-sens rencontré par celui qui travaille dans l'exécution de son activité – on n'ose plus dire son « métier » –, tant il en est dépossédé par les automatismes contraints, par les protocoles pensés par le management et par l'automatisation numérique des machines qui lui ravissent les gestes de son savoir-faire, de son habileté. À ce propos, il faut relire le texte de Claude Lévi-Strauss, publié dans son livre *La pensée sauvage*. Comme il l'indique, le travail est aussi une parole du sujet, résultant de l'intentionnalité symbolique propre à l'homme².

Le trouble du neuro-développement comme masque de la vacuité scientifique

C'est le terme de trouble qui a finalement été choisi pour traduire l'anglais *disorder*. Il introduit une équivoque pour le public français, équivoque qu'il n'a pas en anglais. Un trouble, ce n'est ni un désordre, ni une maladie. Ne dit-on pas d'une personne qu'elle a été troublée par une autre ? Celui de neuro-développement qui l'accompagne, pour le public, reste flou, mais se veut aggravant, médicalement parlant.

Dans l'analyse argumentée de la pédopsychiatre Anne Delègue, publiée dans le n° 88 de *Pratiques*, et intitulée « "Les troubles neuro-développementaux" : analyse critique », le terme de « masque », apparaît approprié pour qualifier le « trouble du neuro-développement ».

Il l'est en effet en plusieurs sens. D'abord il n'est fondé sur aucune preuve scientifique. Puis, parce qu'il jette la confusion en invoquant « pour tous un mécanisme similaire ».

Du fait aussi d'instaurer le doute sur le fait de savoir s'il s'agit d'un état descriptif, ou d'une explication étiologique ou étiopathogénique.

Enfin, parce qu'il écarte les « contextes relationnels, psychologiques, affectifs, socio-économico-culturo-historiques dans le développement humain ». A. Delègue souligne la fonction performative du terme, dans la mesure où le mot instaure la chose chez les parents, créant la croyance. Enfin, il essentialise l'enfant comme marqué à jamais dans ses neurones. C'est aussi ce que relève le psychiatre Patrick Landmann

dans le chapitre de son livre : « Le DSM comme stigmatisation des jeunes enfants ». Ce qui est bien autre chose, car la codification de ces pathologies par le *Manuel diagnostique et statistique* a été dictée, aux États-Unis, pays où il a été conçu, par les assurances de santé, base pour leur remboursement,

Ces « troubles du neuro-développement » déterminent, par ailleurs, la course aux marqueurs neurobiologiques, lesquels en constitueraient la preuve visible. À ceci près que le « visible » dont il est question serait très relatif puisque, comme le rappelle Pierre Cassou-Noguès dans son livre *La bienveillance des machines*³, ils ne peuvent être « vus » que par une machine numérique du type IRM fonctionnel, puis interprétés par un ordinateur entraîné.

La taylorisation des métiers de la santé

La référence à ce qui est survenu avec la transformation des PTT (Postes, télégraphes et téléphones) en une société privée France télécom, puis l'actuel Orange⁴, peut paraître ici saugrenue. Il n'y a en effet d'analogie d'aucune sorte, tant les domaines sont éloignés et peu propices à la comparaison ; je voudrais cependant relever une homologie de taille, et qui en détermine d'autres à sa suite : le changement d'objet. Avec la création de France télécom, un nouvel objet a fait son apparition, imposé par la nouvelle direction qui entame la privatisation de cette société, auparavant étatique. Cet objet, c'est l'objet à moindre coût. Ce n'est donc plus le technicien qui va le concevoir selon son savoir-faire, son habileté, décidant depuis sa conception jusqu'à la vente au client, comme c'était jusque-là le cas, mais les administratifs et les commerciaux, lesquels ne connaissent rien à la technicité de l'objet. Pas plus d'ailleurs que les nouveaux managers récemment nommés, lesquels vont se servir de l'entretien individuel personnalisé nouvellement institué, pour écrémer la masse salariale. Dès lors, cet objet à moindre coût va conduire au plan social qui concernera quelques vingt-deux mille salariés, sans compter les mutations, avec plusieurs dizaines de suicides et de tentatives de suicide.

Dans le champ de la santé mentale, les séquences d'intervention sont là aussi prédéfinies, déterminant la place des acteurs, à partir d'un objet décrit par François Gonon : « La recherche scientifique est donc un discours décrivant des objets choisis et définis par une collectivité de chercheurs. Une petite partie de ce discours par les spécialistes est reprise par les médias. Ce débat public influence alors la décision politique, y compris les choix dans les financements de la recherche. » Dans le champ de la santé mentale, cet objet à moindre coût, c'est donc le trouble du neuro-développement, décidé par les autorités intervenant dans le champ du soin. La science est donc doublement présente. D'une part, dans la conception initiale de l'objet à soigner avec le médicament cor-

respondant à appliquer ou à ingérer, d'où procède la réorganisation du champ de la santé, d'autre part, dans les méthodes de travail importées de l'entreprise privée.

L'intentionnalité symbolique

L'humanisation du travail est corrélative de la mise en œuvre de l'intentionnalité symbolique du sujet, autre nom de son désir au sens large du terme. Elle s'exprime certes par la parole, mais aussi par son travail, tous deux corrélatifs de la structure de langage. Nommer le symptôme « trouble du neuro-développement », c'est d'une part le considérer comme une maladie, et d'autre part en faire un objet standardisé propre à intégrer une chaîne de soins dont la productivité pourra être systématiquement au premier plan.

L'intentionnalité symbolique se manifeste dans le travail avec la possibilité pour le sujet, comme il le fait avec les mots, de combiner des éléments divers à l'aide d'opérations différentes : permuter, substituer, assembler, agencer, construire, calculer, déduire, induire etc. selon une certaine latitude donnée à son initiative. Le « jeu » de ces opérations est la source d'une grande satisfaction, laquelle participe du sens du travail. C'est dans un tel travail qu'il peut se reconnaître. À laquelle s'ajoute sa valeur d'adresse à cet autre, pour qui il travaille. À l'inverse, solliciter la machine dans l'homme, comme dans le travail à la chaîne, c'est le déshumaniser en désymbolisant le travail.

Les conséquences dans les institutions

L'enquête de l'ARS Île-de-France sur les centres médico-psychologiques (CMP) francilien en 2025 nous montre combien l'évaluation des compétences pour trois types d'accueil et de suivi que sont les troubles du neuro-développement (TND), les troubles du spectre autistique (TSA) et le trauma, tient une grande place à l'exclusion de toute autre, annonçant la réorganisation qui a suivi, en imposant une formation orientée TND à tous les psychologues et autres agents de soins.

Ajoutons-y un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) qui, d'une part, rappelle les énormes prérogatives d'un « Directeur Général » d'ARS, d'autre part formule l'idée d'une rémunération à la performance des chefs d'établissement, Voilà qui dessine les contours des contraintes de ce totalisme scientifique : un objet standardisé qui ne tient pas compte de ce que peut en dire le patient lui-même, et une organisation de travail du type managérial⁵.

Les Centres médico psycho pédagogiques (CMPP) en sont actuellement un exemple. Une psychologue de tel établissement témoigne⁶. À partir de 2023, les salariés se sont vu imposer de « prévenir, dépister et accompagner des enfants porteurs de TND », et spécifiquement pour les professionnels « de se former à

comprendre, diagnostiquer, et rééduquer ces troubles ». La direction administrative a progressivement imposé son langage dans des réunions de formation. Les termes de « contenance », « angoisse », « difficultés de séparation », « traumatisme », « transfert », ont été interdits en réunion d'équipe, car « issus du vocabulaire de la psychanalyse ». Les échanges cliniques se sont réduits à des transmissions d'informations pour rédiger des « projets de soins », avec des objectifs SMART (Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste, Temporairement défini). Il ne faut plus parler de patient, mais d'usager.

Ainsi les psychologues cliniciens ont-ils été accompagnés vers une réorientation de leur pratique ou vers un départ de l'établissement. Dans ce milieu contraint, c'est-à-dire où vaut le principe de subordination et d'obéissance, l'intervenant, psychologue, éducateur, infirmier, orthophoniste... est donc sommé de détecter en termes de troubles du neuro-développement les symptômes de l'enfant, terme pour lequel un poste de délégué interministériel à la stratégie nationale pour les troubles du neuro-développement, autisme, dys, TDAH, TDI a spécialement été créé.


Comme le rappelle aussi une autre collègue, désormais les médecins du département adressent en premier lieu vers des plateformes de coordination et d'orientation (PCO) qui financent et prescrivent une prise en charge dite spécialisée jusqu'à un an ou deux ans maximum quand il s'agit par exemple d'un trouble du spectre autistique (TSA). La plateforme a été mise au point par l'Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP) qui est la machine-outil du Conseil national de pilotage des agences régionales de santé.

Dans sa communication elle propose : « un accompagnement modulable et personnalisé, quel que soit l'âge et le handicap, un décloisonnement des services existants (groupés autour d'un établissement, d'un dispositif ou d'une tranche d'âge) a été mené, avec une restructuration de l'offre autour de sept services de prestations directes :

- La coordination de parcours, qui fonctionne comme porte d'entrée sur la plateforme (auprès des jeunes avec ou sans notification) et décide d'activer ensuite les différents services pertinents.

- L'aide aux aidants.
- Le développement et maintien à l'autonomie.
- L'appui à la scolarisation et à la formation.
- L'accompagnement vers et dans l'emploi.
- La participation sociale.
- L'appui aux soins et accompagnements thérapeutiques ».

Cela occasionne une réorganisation en cascade dans les établissements des territoires de santé où elle est adoptée. « Toutes les équipes des anciens dispositifs ont été redistribuées dans ces sept services. Cela a conduit à la disparition des chefs d'établissement et à la création des directeurs de services », y lit-on pour la région concernée.

Par ailleurs, ces derniers jours, l'intervention du service d'inspection de l'ARS auprès de l'hôpital de Gentilly de l'établissement Paul Guiraud-Fondation Vallée, au préalable scénarisée dans le magazine *L'Express* et le journal *Le Monde* par des journalistes incriminant la psychanalyse et diffusant des informations erronées sur les maltraitances du personnel à l'égard des patients, a conduit à la fermeture de plusieurs services et à la suppression de plusieurs lits. La HAS avait choisi peu de temps avant de lui retirer sa certification. La CGT a alors vivement réagi dans un document en quatre pages relatant l'histoire de la Fondation Vallée depuis la nomination de Roger Mises au poste de directeur et réfutant une à une les fausses accusations. Le forum en visioconférence, organisé par l'École de la cause freudienne, sous le titre : « Les esbrouffes de la HAS » (disponible sur internet), en rend compte. 

- 1 Y. Deloye, O. Ihl, A. Joignant, *Gouverner par la science*, Paris, Libre Cours, 2013.
- 2 J. Miller, A. Silet, cours du 25 janvier 1995 ; internet.
- 3 P. Cassou-Noguès, *La bienveillance des machines*, Paris, Seuil, 2022.
- 4 Y. Dervin, « Ils m'ont détruit ! » *Le rouleau compresseur de France Télécom*, Paris, Lafon, 2009.
- 5 Inspection Générale des Finances, Inspection Générale des Affaires Sociales, Annexe X, Pilotage de la politique d'efficacité, septembre 2025.
- 6 Institut Psychanalytique de l'Enfant, Veille d'actualité.

Du Covid non soigné au Covid long

Avant le Covid, je menais une vie normale. En bonne santé, j'exerçais un métier qui me plaisait avec de très bonnes perspectives. Je mangeais sainement. Je faisais beaucoup de sport. Je buvais peu d'alcool et rarement. Je n'avais jamais fumé. J'avais la trentaine...

Le Chardon

Durant la semaine qui a précédé le confinement, je ne m'inquiétais pas du Covid. Le nombre de cas était soi-disant très réduit en France suivant nos médias et nos experts. Le taux de mortalité rapporté au sujet de la Chine était faible. Le risque m'apparaissait donc limité et lointain. Le Covid était alors un sujet banal d'actualité parmi d'autres dans le cadre d'une vie bien occupée. Au pire, si je l'attrapais, ça serait probablement une grippe un peu plus forte que les autres, me disais-je sans y penser plus que ça.

À la fin de la semaine qui a précédé le confinement, je me suis mis soudainement à avoir une fatigue physique et des maux de tête diffus. Ces jours-là j'étais en télétravail, et j'arrivais à travailler sans problème. Je me disais alors que ça n'était peut-être pas le Covid puisque je n'avais aucun symptôme pulmonaire et que le nombre de cas rapportés était très bas. Je me disais aussi que si c'était le Covid, il serait bien que j'aie le traitement hydroxychloroquine et azithromycine. Mais sachant que sous la menace de l'Ordre des médecins, les médecins de ma ville ne me l'auraient probablement pas prescrit, il aurait fallu pour cela que je prenne le train pour Marseille pour aller à l'IHU. Cependant, le trajet aurait été beaucoup trop fatigant et si j'avais le Covid, me disais-je, j'aurais risqué de contaminer les autres passagers, malgré des masques rudimentaires que j'avais par chance à la maison. Ou alors j'aurais risqué d'être contaminé si je n'avais pas le Covid. Ce n'est certainement pas mon médecin traitant d'alors par ailleurs fort peu aimable qui m'aurait accordé ces traitements. J'aurais fait un déplacement très fatigant. J'aurais attendu trois heures dans le cabinet pour au final n'obtenir que du Doliprane® avec de surcroît des remarques humiliantes comme il aime tant en faire à ses malades.

Dans la nuit du jeudi 12 mars au vendredi 13 mars, les premiers symptômes apparaissent. Le vendredi 13 mars, je travaille en télétravail du fait de ma fatigue. Dans la nuit du lundi 16 mars au mardi 17 mars, je me mets soudain à avoir de la fièvre et des douleurs à la poitrine. J'essaye de joindre le secrétariat de mon médecin traitant le mardi 17 mars, en vain. À l'époque, je n'avais aucune connaissance de l'existence d'ap-

plications de consultation en ligne comme Qare. J'essaye donc de joindre différents secrétariats de médecin de ma ville, où on me répond à chaque fois qu'on ne prend pas de nouveaux patients. Grâce à une recommandation d'un collègue de travail, j'arrive enfin à obtenir un rendez-vous téléphonique avec un médecin qui me prescrit par téléphone un arrêt maladie, chose la plus urgente. Je lui demande si elle peut me prescrire aussi de l'hydroxychloroquine et de l'azithromycine. Elle me répond que ce n'est pas possible, probablement par peur de l'Ordre des médecins. Elle me dit aussi que même si elle me prescrivait ces médicaments, ils ne pourraient m'être délivrés car ils étaient « contingentés », c'est-à-dire réquisitionnés et indisponibles dans les pharmacies de ville. J'ai vérifié plus tard en posant la question à des pharmaciens de ma ville qui m'ont confirmé que c'était vrai. J'ai malgré tout dit que je pouvais essayer dans d'autres villes grâce à des proches. Elle a quand même refusé. Finalement, je suis partagé envers ce médecin. Elle aurait pu refuser de me consulter comme ses collègues, mais elle aurait aussi pu avoir au moins le courage de me prescrire l'azythromycine convenant à une pneumonie.

Elle m'a appelé au téléphone plusieurs fois par semaine pendant quelques semaines pour vérifier mon état et renouveler mes arrêts maladie. Elle était aimable, et me disait (à tort), que tout serait fini en trois semaines. Mon état était alors trop sérieux pour sortir de chez moi. Elle n'était prête à me prescrire que du Doliprane®, seul médicament alors permis par les autorités sanitaires. J'ai refusé (à raison) le Doliprane®, me disant que, quitte à n'avoir aucun soin réel, autant laisser la fièvre faire son travail antiviral. J'avais alors ce qui fut diagnostiqué plus tard comme une pneumonie : dyspnée, fièvre, fatigue intense, céphalées violentes. Le symptôme le plus pénible fut la dyspnée : à certains moments, j'ai été obligé de réfléchir consciemment pour chaque inspiration et chaque expiration. Ceci m'empêchait de dormir et me faisais peur. Je me sentais suffoquer. Lorsque j'ai appelé le SAMU, on m'a répondu que comme j'arrivais à parler au téléphone, c'est que j'allais suffisamment bien pour ne pas avoir besoin de leur intervention. Je suis

intensément et buvais jusqu'à dix litres d'eau par jour, essentiellement de la tisane au gingembre.

Au bout de quatre semaines, je pus enfin me rendre chez mon médecin traitant, au prix de grands efforts. Il me diagnostiqua une pneumonie et me prescrivit de la clarithromycine, un antibiotique de la famille des macrolides. Il semblerait que pour certains médecins traitants, la ruse pour contourner l'Ordre des médecins et le « contingentement » de l'azithromycine ait été de prescrire cet autre antibiotique macrolide. À partir de là, mon état s'améliora quoiqu'étant toujours sévère. À aucun moment, ma saturation d'oxygène n'a été mesurée.

Environ cinq semaines après le début de mes symptômes et, me semble-t-il, peu après l'arrêt de la prescription d'antibiotiques, j'ai ressenti une douleur à la poitrine. J'ai eu de la chance dans la malchance puisque dix ans auparavant, j'avais fait une péricardite. J'ai reconnu immédiatement les symptômes. Je savais que cela se traitait avec des doses massives d'aspirine. Je n'avais pas osé prendre d'anti-inflammatoires jusque-là. On recevait des mises en garde sur le risque que cela aggrave la maladie. Fort heureusement, l'Aspégic® n'étant pas encore interdit à la vente libre, j'en avais dans mon placard. Je pense que cela m'a sauvé. Si je n'avais pas su reconnaître les symptômes et que je ne m'étais pas automédiqué à l'Aspégic®, je serais aujourd'hui soit mort, comme tant de gens qui sont morts chez eux du Covid sans soins à l'époque, soit dans un état pire que la mort. Selon diverses études, l'aspirine aurait de multiples effets bénéfiques contre le Covid : effets anti-inflammatoires, antiviraux, des effets contre la Spike¹ également. Mon état a pu s'améliorer partiellement grâce à l'Aspégic®.

Au bout de sept semaines de ce calvaire, arrivant à peine à marcher, mon médecin traitant me dit que je souffrais d'anxiété et que je devais retravailler à mi-temps. Je pensais alors dans mon état d'épuisement que le 50 % m'était imposé et j'ai alors dû travailler à 50 % avec de grandes difficultés, heureusement en télétravail, sinon cela aurait été impossible. J'ai su plus tard que j'aurais pu demander un temps encore plus partiel à la médecin du travail qui me voyait avec suspicion. Mon médecin m'accusait alors de faire un trouble psychosomatique, j'ai cherché un autre médecin. J'en ai enfin trouvé un de la vieille génération, celle du temps où ils étaient un peu plus empathiques (c'est quand même aussi cette génération de médecins qui a voulu et obtenu la pénurie de médecins par le *numerus clausus*, soit dit en passant).

Un problème assez cruel est que comme beaucoup de Covids longs à l'époque, j'étais négatif aux anticorps, alors que de toute évidence, j'avais eu le Covid. C'est d'ailleurs cela qui a été utilisé plus tard en 2022 par les auteurs d'une étude biaisée dans le journal *JAMA* avec Brigitte Ranque et Cédric Lemogne pour faire croire que la maladie était psychosomatique. Je

remercie ce médecin à l'époque de m'avoir cru quand il disait lui-même que ses collègues ne croyaient pas à la réalité de la maladie. Au cours de la deuxième moitié de l'année 2020, je passais progressivement de l'hypersomnie à l'insomnie totale. J'ai alors réussi à convaincre mon médecin de baisser mon temps de travail puis d'avoir un arrêt complet. Je suis allé à Lyon fin 2020 pour faire, à mes propres frais, de l'oxygénothérapie hyperbare à 1,5 bars pendant une semaine puis, au cours du printemps 2021, pendant 1 mois en Espagne à 2 bars. J'ai pu alors faire passer mon temps de sommeil de 0 à 3 puis à 4-5 heures. J'ai remonté au fil du temps jusqu'à 6, 7 heures de sommeil par nuit. Cela m'a coûté avec les frais d'hôtel environ 7000 euros, mais je pense que cela m'a sauvé la vie. Ne plus dormir du tout est une torture. Les centres d'oxygénothérapie hyperbare publics ne prennent toujours pas en charge les Covids longs en 2026 (sauf une rare exception à Bordeaux, vous imaginez la liste d'attente). Lorsque j'avais appelé un centre d'oxygénothérapie hyperbare à Nice, on m'avait répondu que la maladie était « somatique » (*sic!*).

Les symptômes de dyspnée et de tachycardie ont progressivement disparu au cours de l'année 2020. Sont restés les problèmes de sommeil, les céphalées 24 heures sur 24, la fatigue intense, le manque de repos profond, et le malaise post-effort qui caractérise l'encéphalomyélite myalgique. Les médicaments qui m'ont le plus permis de tenir au cours de ces années sont la cétirizine et l'aspirine.

Le Covid long est une maladie cruelle aussi parce qu'elle passe au travers des examens standards. Par exemple, on ne voit souvent rien à l'IRM, sauf si on utilise des IRM à très forte puissance qu'on ne trouve que dans une poignée de centres de recherche dans le monde. Dans ma malchance, j'ai tout de même eu la chance de pouvoir passer quelques examens qui ont permis de prouver ma maladie. Ainsi, j'ai d'abord passé en 2021 à Uccle un électro-encéphalogramme de concentration qui a montré des anomalies. Les électro-encéphalogrammes standards souvent ne montrent rien chez les Covids longs. Mais les électro-encéphalogrammes de concentration impliquent des exercices de concentration pendant l'électro-encéphalogramme et permettent de prouver des problèmes neurologiques. J'ai ensuite eu la chance plus tard dans l'année 2021 de passer un PET-Scan qui a montré un hypométabolisme du glucose dans le cerveau caractéristique de l'encéphalomyélite myalgique. Ceci permet de prouver l'encephalomyélite myalgique et démontre par ailleurs que celle-ci n'est pas psychosomatique. J'ai enfin passé une épreuve d'effort chez un pneumologue qui a montré une intolérance sévère à l'effort et une hypocapnie à l'effort. Sans ces examens, il y a de fortes chances que je n'aurais pas pu faire reconnaître ma maladie et j'aurais plongé dans une précarité grave, comme c'est le cas pour tant de malades du Covid long, y compris en France.

Aujourd'hui, je vis une vie limitée, ayant renoncé à tous mes projets professionnels et familiaux. Ceci tombe d'autant plus mal que l'IA fait disparaître les emplois à une vitesse accélérée, dont le mien. J'ai donc perdu les années pendant lesquelles j'avais les meilleures opportunités de me construire un patrimoine. J'ai la conviction que j'ai une vie bien différente de celle que j'aurais eue si les médecins que j'ai vus en 2020 avaient accepté de me faire une ordonnance d'azithromycine. Et pourtant, je m'en sors mieux que beaucoup d'autres malades : j'ai réussi à faire reconnaître ma maladie. J'ai pu recourir à ce qu'il nous reste d'une assurance maladie en cours de démolition. Mes moyens financiers et mes capacités physiques m'ont permis d'accéder à des traitements qui ont amélioré partiellement mon état. J'étais en CDI au moment où je suis tombé malade. Pour beaucoup de malades, c'est bien pire. Je subis une descente sociale, mais d'autres subissent un dénuement absolu ou des conditions de vie grabataires pires que la mort. Sans parler des nombreux enfants et adolescents malades depuis 2020 dans l'indifférence générale.

Le Covid long

Le Covid long est le nom donné aux séquelles à long terme engendrées par le Covid-19 chez les personnes infectées, même après la période de convalescence typique. La persistance virale prouvée du SARS-CoV2 dans les tissus, la réactivation d'autres infections persistantes (virus herpétiques, Lyme, etc.), des dégâts organiques sont les causes les plus communément admises pour cette maladie.

Le Covid long touche en grand nombre tous les âges. Sans surprise, il n'y a pas de statistiques en France sur le Covid long. Cependant, l'actuel ministre de la santé américain Robert F. Kennedy a cité le chiffre de 16 millions de malades aux États-Unis en 2025 lors d'une audition, soit 4 % de la population américaine. Des études récentes indiquent un lien potentiel entre l'infection par le Covid-19, notamment chez les personnes souffrant de Covid long, et un risque accru de développer des maladies neurodégénératives. Cette association semble découler d'une inflammation persistante, d'une dysrégulation immunitaire et d'une invasion virale directe du système nerveux central. Un sujet plus inquiétant encore, pour le long terme, est la production d'amyloïdes et le caractère priogénique de la Spike. C'est un sujet sur lequel la biologiste Annelise Bocquet fait un travail d'information important.

Afin de faire croire qu'elles agissent, les autorités sanitaires ont mis en place autour de 2021 des programmes de ré-entraînement physique, totalement contre-productifs, chez la majorité des malades du Covid long qui souffrent d'encéphalomyélite myalgique. Ayant dès 2020 pris connaissance de ce qu'était l'encéphalomyélite myalgique que je me suis auto-

diagnostiquée à raison, j'ai refusé catégoriquement ces offres. Je connais plusieurs cas de personnes qui sont passées d'un état modéré à un état sévère du fait de ces séjours de « réadaptation à l'effort ».

La France a continué ces pratiques même après l'annulation de la « thérapie par exercice gradué » chez les malades de l'encéphalomyélite myalgique en Grande Bretagne (changement des directives PACE). On a affaire avec ces rééducations à un scandale sanitaire dans le scandale sanitaire. Ces programmes qui ont fait tant de dégâts n'auraient jamais dû continuer aussi longtemps. Les médecins et kinésithérapeutes participant à ces programmes ont vu l'état de leurs malades se dégrader sous leurs yeux. Et au lieu de les écouter ou de prendre en compte la littérature de qualité sur l'encéphalomyélite myalgique, ils les ont maltraités et poussés sur une pente mortifère. Mais ces programmes de rééducation arrangent tout le monde. Cela génère du profit pour les cliniques privées. Les autorités sanitaires font semblant d'agir pour se prémunir de poursuites. On est dans un cercle vicieux : des chercheurs malhonnêtes font de la fausse recherche mais ne risquent pas la justice pour ça. Les autorités se disculpent en disant qu'elles se sont appuyées sur cette fausse recherche. Personne n'est tenu responsable. Les fonds pour la recherche sont très faibles. Le scandale de la négligence du Covid long est la continuation du scandale de la négligence des malades de l'encéphalomyélite myalgique documenté par la journaliste Hillary Johnson dans son livre *The Why*. Aujourd'hui encore, des professeurs de médecine propagent au sein de nos institutions le mensonge suivant lequel le Covid long est psychosomatique.

C'est le cas de l'équipe CASPER. Ces gens captent les rares fonds de recherche pour le Covid long empêchant ainsi sa reconnaissance en disant que c'est psychosomatique et que le sport va aider. La non-reconnaissance du Covid long va ainsi arranger les responsables de la gestion de la crise sanitaire en cachant l'étendue du désastre. Les assureurs et les employeurs qui ne veulent pas payer pour les malades vont ainsi faire des économies. Cela va favoriser l'industrie pharmaceutique pour qui un malade chronique guéri est un bon client perdu. Le jour où on aura une institution judiciaire suffisamment fonctionnelle, il faudra faire une enquête sur ces gens-là. D'autres professeurs de médecine et médecins se disant opposés à la gestion de la crise sanitaire proclament partout sur les réseaux sociaux qu'il n'y a pas eu de pandémie, que le Covid est sans gravité.

Leurs interventions sont des armes qui ont pour effet l'abandon et la précarisation des malades. Il est quand même incroyable que Christian Perronne, professeur d'inféctiologie spécialiste des infections persistantes telles que le VIH et Lyme, ait proclamé pendant des années que l'épidémie était « fausse », « surtout médiatique et financière », se disant « ras-

suriste » tout en faisant comme si le Covid long n'existait pas. Il ne pouvait pas ne pas connaître le danger posé à long terme par les infections avec un nouveau virus. Son titre de professeur d'infectiologie a décuplé les effets de ses interventions toxiques sur l'opinion publique. Il me paraît improbable que cela ne soit pas délibéré de sa part. Il y en a d'autres tout aussi nocifs, que je ne peux citer...

Il serait temps de mettre fin à ces cours de « psychosomatique » du Covid long dans les universités de médecine, qui sont un problème de santé publique pour tous les malades chroniques.

Comme l'a montré Dana Paris dans son livre *Chronic*, le grand secret de l'industrie pharmaceutique est que les maladies chroniques ont souvent une origine infectieuse qu'il convient de ne pas traiter car ces maladies sont une source de revenu particulièrement grande. D'ailleurs dans un rapport Goldman Sachs encourage à ne pas guérir les maladies chroniques pour cette raison.

Les malades du Covid long ont ainsi été attaqués des deux côtés du spectre politique : Il y avait ceux qui étaient dans la sensibilité *mainstream* et qui soit n'avaient pas connaissance de ce sujet rarement abordé, soit ne retenaient que son imputation à une étiologie psychosomatique, et ceux pris dans une sensibilité « complotiste », persuadés que le Covid n'a jamais été grave.

Avec le Conseil Scientifique Indépendant d'un côté et l'équipe CASPER des AP-HP de l'autre, les malades du Covid long se sont retrouvés entre le marteau et l'enclume. Quelle que soit la sensibilité politique,

ils n'ont été défendus par presque personne. Le problème est global : partout dans le monde, les États et les opinions publiques font le choix de l'oubli pour les malades du Covid long.

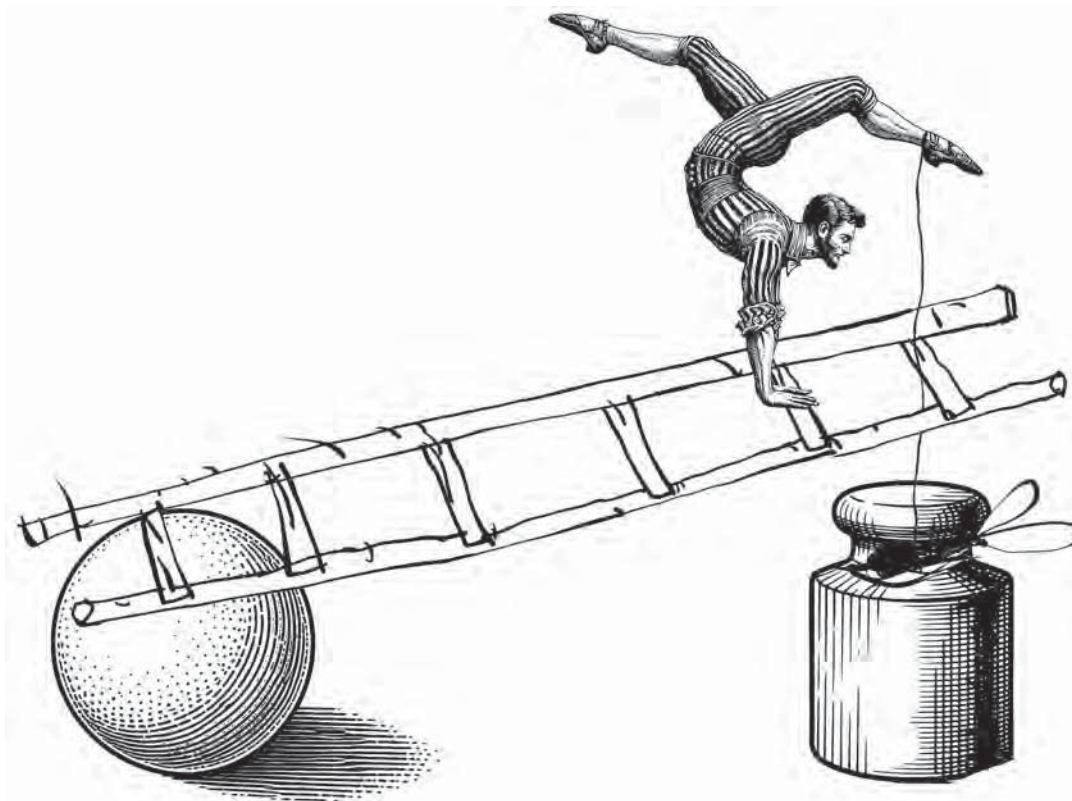
Il a fallu attendre le 24 janvier 2022, soit deux ans après le début de la crise en France, pour que soit votée une loi de recensement des Covid longs. Pourtant, à l'heure où j'écris ces lignes en février 2026, cette loi n'a toujours pas été appliquée. La loi sur l'euthanasie est expédiée tandis que la recherche pour aider les malades du Covid long est en quantité très insuffisante.

Conclusion

Notre pays voit des pans de plus en plus grands de sa jeunesse tomber dans l'invalidité mais préfère regarder ailleurs. Dans notre système, la vie humaine perd en valeur sociale pendant que l'intelligence artificielle diminue la valeur économique de la vie humaine. Dire que le corps médical n'a pas été à la hauteur est un euphémisme. Les décisions autoritaires mortifères, les attermolements et prises de position intempestives et erratiques de chercheurs et praticiens comme de décideurs politiques contribuent à saper la confiance des patients envers le système de soin et ceux qui le font vivre.

Notre système de santé a pris une direction inquiétante. **P**

1 La protéine Spike est la clé qui permet au SARS-CoV2 de pénétrer dans les cellules.



Miser sur l'inexpliqué

Après ce moment Covid où nous avons vu la science médicale s'abîmer entre les mains de la doctrine, quelle place dans le soin pour d'autres approches que cette science officielle n'a pas encore su valider ?

Frédéric Teste

Ostéopathe

Auteur de : *Conversations tissulaires* (Sully-2022) et *L'ostéopathie au-delà de la matière*, Marco Pietteur, 2025

Nous avons été les témoins, un peu effarés, lors de la crise du Covid-19, de l'avènement d'un vaste mouvement de post-vérité scientifique semblant avoir envahi une partie majoritaire du débat médical. Un discours à l'évidence fondé sur bien peu de science, voire sombrant carrément dans le grotesque, fut imposé à la population jusqu'à décréter par exemple que l'usage des masques chirurgicaux devait être interdit au public, avant d'être rendu obligatoire dans les rues quelques jours plus tard, tandis qu'il serait plus risqué de boire son café debout qu'assis dans les bars... *Libres d'obéir*, pour reprendre le titre d'un ouvrage de l'historien spécialiste du nazisme Johann Chapoutot, on nous rendait un vaccin obligatoire, au prétexte d'éviter la contagion, tout en avouant qu'il ne protégeait pas de la contamination...

Des mauvaises habitudes, héritées de cette période de délire collectif, semblent alors avoir été prises : tenir un discours se réclamant d'une science une et indivisible – en vérité une pseudoscience souvent dictée par des enjeux à l'évidence politiques ou même suspectement commerciaux – aboutissant à abandonner un réel complexe à une doctrine ne supportant plus, par définition, la réfutation de ce qui nous fut présenté comme un consensus qui s'est révélé illusoire.

Souvent, dans l'histoire, le prétexte de la santé publique a été mis au service d'intentions discutables, n'ayant que peu à voir avec une réalité scientifique et ayant ensuite pu perdurer. On pourra citer typiquement cette campagne du gouvernement de Pierre Mendès-France, dans les années 1950, qui imposa l'avènement d'une surconsommation de produits laitiers réputés bons pour les familles, devenus depuis omniprésents dans l'alimentation française, mais en réalité, destinés à l'époque à écouler les surplus de production des éleveurs¹.

Encore aujourd'hui, nous assistons, exemple parmi tant d'autres, à un discours intransigeant sur une vaccination contre la grippe que certains voudraient rendre obligatoire pour une partie de la population, dont les soignants... Prêche tenu par les missionnaires, habitués adorateurs du tout-vaccin, mais basé sur quels chiffres ? Tirés de quelles études ? Un spectacle nous en a été donné récemment dans la controverse qui op-

posa un médecin de plateaux de télévision réputé agressif, pris en flagrant délit d'ignorance, quand un autre praticien lui opposa les chiffres officiels de l'efficacité du vaccin antigrippal publiés sur le site de Santé Publique France. Le séide de la piqûre obligée « on ne les reçoit pas à l'hôpital » (parlant des patients non vaccinés) semblait en découvrir l'étonnante faiblesse : efficacité chez les plus de 65 ans vaccinés : 26,3 % ! Si mon sujet n'est pas de savoir si cette vaccination est utile, on doit tout de même se demander où se niche encore la connaissance dans ce *galimatias*, exemple parmi tant d'autres du triomphe d'une pseudoscience indépassable, en vérité une parodie.

Passons sur ces errances, car l'objet de notre discussion, recherchant la vérité là où elle se niche vraiment, est d'opposer à cette caricature de science dévoyée, qui se réclame pourtant d'être l'unique et officielle, le fait que des pratiques réputées empiriques peuvent apporter des bienfaits que le savoir académique du moment peine encore à éclairer... Peut-être pourrions-nous ouvrir cette discussion dans les pas de Paul Feyerabend² qui introduit ainsi *Contre la méthode – esquisse d'une théorie anarchiste de la connaissance* : « La science est une entreprise essentiellement anarchiste : l'anarchisme théorique est davantage humanitaire et plus propre à encourager le progrès que les doctrines fondées sur la loi et l'ordre. »

Un cas d'école : l'univers sans limite d'une proto-science ostéopathique pour partie encore en attente de validation

J'exerce depuis bientôt quarante ans une médecine particulière, une de ces « autres médecines », qui restent encore souvent méconnues de beaucoup de mes collègues soignants, partageant en France mon titre d'ostéopathe avec des médecins, des kinésithérapeutes, des vétérinaires et des ostéopathes dits exclusifs. Tous ces praticiens, à des degrés divers de spécialisation dans cette approche, ont reçu une solide formation fondée sur les connaissances théoriques nécessaires à leur pratique, étayant en particulier le recours aux traitements des tissus vivants par des techniques essentiellement manuelles : anatomie, physio-

logie, biomécanique, etc. Depuis toujours, j'ai ainsi vécu le sentiment d'avoir gardé un pied dans des connaissances que je partageais avec nos collègues médecins académiques, et posé un autre pied, plus aventureux et qui m'apparaît chaque jour le plus intéressant, dans un univers restant, pour une grande part, totalement inexploré par la science du moment. C'est de cette partie-là dont nous pouvons débattre aujourd'hui, dont nous ne pourrions pas nous passer et dont nous devons accepter qu'elle reste, pour un temps, impossible à valider par les outils bien trop grossiers d'une science médicale par nature (si on laisse de côté les approches s'intéressant au psychisme), figée dans la matière. Cette démarche de connaissance, héritière d'un positivisme espérant tout expliquer du monde, n'entrevoit qu'au loin ce courant postmatérialiste hérité de la physique contemporaine, qui ouvre désormais une tout autre compréhension du monde à notre curiosité d'humains... Cette voie nouvelle expliquera sans doute un jour une grande part des approches ostéopathiques avancées, l'homéopathie si décriée, totalement incomprise et caricaturée, et pourquoi pas aussi les diagnostics des kinésioles ou l'action étonnante des coupeurs de feu...

Pour échapper à l'écueil d'une illusion de consensus pouvant se réclamer d'un universalisme académique de façade, on peut commencer par signaler la difficulté des différents courants de la médecine manuelle (ostéopathes, chiropracteurs, médecins vertébrothérapeutes, etc.) à caractériser la nature réelle des dysfonctions qu'ils abordent au sein du corps de leurs patients. Chaque branche propose une terminologie et une définition différentes de ces lésions, du « micro-dérangement vertébral » des médecins, au « blocage articulaire » des ostéopathes, jusqu'à l'idée plus innovante de certains praticiens qu'une lésion ostéopathique est à prendre, non comme un désordre orthopédique imposé au corps par un traumatisme physique ou un faux mouvement, mais bien plus comme un *engramme informationnel*³ complexe. On serait finalement en présence d'une « solution » que le corps aurait adopté comme « parade » face à un aléa existentiel aux origines variées, traumatique, émotionnelle, métabolique, posturale, etc. : la dysfonction se révélant alors comme une fonction physiologique, une sorte de moindre mal que l'ostéopathe tente de décoder au mieux.

En réalité, nous en sommes donc encore à échafauder des hypothèses, semblant connaître surtout de ces problématiques pourtant abordées quotidiennement dans notre travail, le délicieux sentiment de leur résolution sous nos mains et les bienfaits évidents obtenus ainsi pour la santé de nos patients.

Dans les formes les plus sophistiquées de la pratique ostéopathique, nous mettons en place des séquences d'interrogations des ensembles dysfonctionnels des patients, sous forme d'ouvertures et de fermetures de

portes algorithmiques « oui-non », dans une approche diagnostique holistique que nous nommons « communication tissulaire ». Nous proposons des hypothèses mentalement – par exemple telle lésion est-elle dominante ou adaptative à telle autre ? – recevant en retour une réponse sous nos mains dans des variations subtiles de la mobilité d'une structure prise comme référence palpatoire. Ainsi, nous pouvons, avec l'entraînement, caractériser à un haut degré de précision et de fiabilité la nature des dysfonctions investiguées, si elles sont à réajuster ou ne sont que secondaires à telle autre lésion et donc à laisser tranquilles... Nous pouvons de plus accéder grâce à ces techniques aux multiples informations contenues dans ces ensembles lésionnels, afin de nous rapprocher au plus près de la réalité de leur nature.

À titre d'exemple et sans rentrer dans une description trop complexe, je peux citer le cas d'une personne venue à mon cabinet il y a quelques jours : cette jeune femme était arrivée chez moi avec un bassin totalement verrouillé par un lumbago, se plaignant par ailleurs d'une sensation de blocage cervical haut, assorti de tensions sur les muscles trapèzes et d'une impression d'oreilles bouchées. À l'interrogation tissulaire, le schéma lésionnel m'avait renvoyé en quelques secondes vers la découverte d'une zone de fortes tensions abdominales sous-ombilicales, à l'évidence le fruit d'une récente et très douloureuse intervention sur une hernie de la ligne blanche, une dizaine de centimètres au-dessus de cette zone pathogénique à libérer. Il m'aura suffi alors de réajuster cette tension abdominale en mobilisant une technique spécifique de relâchement tissulaire assez simple, pour que tout se libère, déclenchant cet agréable effet domino que nous vivons quotidiennement dans nos cabinets, depuis un sacrum ayant perdu toute mobilité à l'examen jusqu'à une base du crâne adaptée à ce désordre...

Cette interrogation tissulaire fut mise en place les mains sous l'occiput de la patiente en décubitus dorsal, en recevant, en réaction à mes propositions silencieuses, les variations subtiles dans la mobilité de cette pièce anatomique, que seules les mains entraînées d'un ostéopathe peuvent percevoir. Mais comment expliquer ce phénomène d'échange d'informations ? Je l'entrevois, pour ma part, comme l'exploration d'une conscience tissulaire, d'une intelligence du vivant totalement ignorée de la science du moment. Faudrait-il s'interdire de recourir à ces démarches parce qu'elles dérangent des esprits scientifiques, absurdement persuadés que tout ce qui n'est pas encore expliqué est à nier ? Quel gâchis, alors qu'elles procurent un merveilleux outil diagnostique au praticien, lui permettant en quelques secondes d'aller poser ses mains sur une clef anamnétique parfois très éloignée de la plainte du sujet ou même ignorée de lui, et surtout de l'aborder dans la juste intention issue d'une compréhension raffinée et salutaire de sa maladie.

Alors, faut-il croire à l'ostéopathie ?

L'idée qu'il faudrait croire à notre médecine pour bénéficier des effets supposés essentiellement placebo de cette approche a été battue en brèche depuis longtemps, par la démonstration de ses bénéfices auprès des bébés, des patients déficients mentaux, des animaux, etc., tous êtres innocents très réceptifs à nos pratiques, mais bien incapables, au sens intellectuel, de croire ou pas, en notre travail. Les composantes restant mystérieuses de ces pratiques cohabitent par ailleurs avec des résultats biomécaniques facilement objectivables, si on domine une palpation assez éduquée pour savoir analyser leurs effets en temps réel sur les structures vivantes abordées. Palpation clinique objective mais ignorée, à l'évidence, par ceux qui parlent toujours de nos approches sans rien en connaître, ne les ayant même, la plupart du temps, jamais observées.

Et pourtant, force est de constater que plus nous progressons dans l'étude de notre propre médecine manuelle, et plus nous l'expliquons, mais plus la part d'inexpliqué semble grandir en même temps face à nous... Faudrait-il pour cela renier l'excellence des services rendus tous les jours à nos patients par ces soins, qui ne se pratiquent qu'avec les mains ? Au contraire, la seule personne qui se devrait vraiment de croire à l'ostéopathie n'est-elle pas l'ostéopathe lui-même ? Le voilà, à la fois émerveillé par ces bienfaits et rendu songeur par ses parts d'ombre, l'amenant à s'interroger sur tout un implicite révélé et qui dépasse largement sa simple pratique...

L'empirisme n'est pas un gros mot, tous ces vieux cliniciens faisant l'admiration des apprentis en témoigneraient et il me semble que c'est à la science de progresser pour comprendre ce qui advient et non au praticien de se soumettre à la science perfectible de son temps, en se limitant dans ses actions au prétexte qu'elles ne seraient pas encore expliquées. Alors,

on considérera que tout est bon à prendre dans nos pratiques si elles soignent vraiment, même quand, pour une part paradoxalement grandissante, elles mobilisent des modèles inexplicables : un « paranormal » qui n'est, au bout du compte, que le normal de demain. N'est-ce pas le lot éternel de l'être humain, qui depuis toujours – c'est plus fort que lui – cherche à comprendre le monde qui l'entoure ?

Une science médicale abîmée versus une science médicale en devenir

Je crois que la médecine ne devrait jamais se satisfaire d'être soumise comme un alibi à une doctrine émanant de cabinets de conseils totalement détachés de la connaissance scientifique en matière médicale, en même temps que la médecine ne peut plus laisser de côté des formes de soins émergeant de toutes parts, qu'elle peine à comprendre et donc à intégrer au parcours de soins malgré l'évidence de leur intérêt. On verra peut-être un paradoxe à confronter ces deux sujets : un diktat institutionnel qui s'est à l'évidence éloigné de la connaissance et une science médicale qui n'arrive pas à agréger à elle-même des savoirs expérientiels. Posons-nous alors simplement la question de ce qui soigne sans être prouvé et de ce qui est parfois validé mais ne soigne pas : finalement, c'est à l'évidence le soin et ses résultats tangibles rapportés par les patients qui devraient arbitrer ce faux paradoxe.

Un nouveau pari de Pascal

Nous pouvons alors nous proposer ce nouveau pari de Pascal : miser aussi sur l'inexpliqué, en attendant les progrès de la connaissance, dont on peut parier qu'ils ouvriront à leur tour d'autres fenêtres, offrant une vue imprenable sur un nouvel inexplicable... Mais, en attendant, il faudrait être fou pour se passer des bienfaits de ce que nous ne comprenons pas encore ! **P**

1 Voir sur le site de l'INA la publicité « Le lait, un ami pour la vie. »

2 Paul Karl Feyerabend (1924-1994) est un philosophe autrichien, un des plus importants philosophes des sciences du XX^e siècle, connu pour son idée critique du rationalisme et son approche anarchiste de la science : « Tout est bon ».

2 Engramme informationnel : dans l'approche ostéopathique par la communication tissulaire, on considère que la dysfonction abordée peut être comprise comme le résultat d'un évènement qui est resté en mémoire dans le tissu vivant ayant dû gérer cette intrusion. On parle ainsi d'un ensemble d'informations, pour partie immatérielles, que le praticien peut décoder par des tests précis, pour pouvoir ensuite en libérer le tissu lésé. Par exemple, face à un verrouillage de la colonne cervicale, le diagnostic s'attachera à la fois à déterminer quelle est vraiment la structure qui est la clef dominante à libérer, quelle est la qualité causale, quelle est la date de l'intrusion en particulier si on s'adresse à une pathologie ancienne, etc.

Ode à la relation de soin

Où l'auteur fait l'éloge de la relation, des dispositifs et médiations thérapeutiques qui peuvent permettre d'accompagner les patients au cœur du soin.

François Maréchal
Médecin gériatre

La valeur de la relation soignante : la rencontre de l'inattendu

Comment avons-nous pu oublier toutes les valeurs de la relation soignante ? Est-ce en raison d'une fuite en avant techno-solutionniste qui tend à nous faire croire qu'à coups d'algorithmes, d'écrans et de bots, nous pourrions faire fi du manque de soignants ? Est-ce parce que le numérique prend une place de plus en plus importante dans les soins que nous avons tendance à nous identifier à des machines ?

S'identifier à une pensée désincarnée qui répond en réaction à l'autre, sans être sensible à la rencontre véritable. Rencontre toujours source de conflits exprimés ou latents, conscients et/ou inconscients avec l'autrui. Une rencontre chosifiée via le numérique est certes sûrement plus confortable, mais on risque alors de passer à côté du plus important de toute rencontre humaine : l'inattendu.

Oui, toute relation humaine est inattendue dès lors que l'on se débarrasse de nos certitudes (ce qui n'est pas simple pour un médecin). C'est grâce au respect de cette dimension d'inattendu que l'on peut être dans une relation authentique avec l'autre. Pourquoi ? Parce qu'accepter d'être surpris par l'autre, c'est lui donner la possibilité de renaître dans et par la relation à chaque fois, lui laisser ainsi la possibilité de se dégager du rôle dans lequel il, ou sa maladie, l'avait enfermé. Chaque patient n'est pas que sa maladie, il est aussi celui qui la vit, qui y répond, qui s'en défend ou au contraire s'allie avec elle. S'ouvrir à l'inattendu, c'est aussi laisser au patient la possibilité de se raconter autrement et de se redécouvrir dans la relation : c'est lui faire entendre l'in-entendu de lui-même, ce que son corps dit pour lui, malgré lui. Le scandale arrive toujours par le corps mais comment être à l'écoute de ce langage singulier ?

La psychanalyse : une aide pour s'ouvrir à l'in-entendu de l'Autre dans le soin ?

L'in-entendu du patient, c'est tout ce que le corps et le cœur du patient veulent nous dire au-delà des mots, au-delà de sa pensée consciente et rationnelle. C'est une manifestation de ce que les psychanalystes ont appelé l'inconscient. À notre époque, où la psychanalyse continue d'être raillée et que l'on voudrait

la faire dérailler de nos circuits de soin, quelle épistémologie peut prétendre apprendre à décrypter tous les langages de l'Autre avec autant d'acuité et de façon aussi complète ? Ici, je ne fais pas seulement allusion à rechercher dans le discours des patients le retour du refoulé freudien, mais toutes les écoutes qu'ont développées les psychanalystes depuis. Par exemple, un psychanalyste contemporain comme Christopher Bollas nous apprend comment la théorie analytique peut ne pas se concentrer uniquement sur l'écoute sélective du refoulement, mais aussi sur celle de la réception et perception inconsciente du soignant, et ainsi de la communication inconsciente dans chaque relation. Développer cette écoute permet d'accéder à tout ce qu'un patient veut nous dire, parfois malgré lui, avec une sensibilité perceptuelle qu'il compare à l'écoute d'une symphonie musicale avec son rythme, ses silences, ses à-coups et après-coups, les mouvements corporels qui la ponctuent ou la contredisent¹. Être attentif à tout cela, c'est démultiplier la puissance évocatrice du discours du patient et ainsi être sensible à toute la complexité de celui-ci, afin de mieux l'entendre, peut être parfois l'aider à mieux se comprendre et mieux se découvrir. Cela même chez les patients ayant des troubles cognitifs qui continuent à nous dire beaucoup de choses par leurs langages singuliers, malgré parfois un manque de mots terrible... En effet, quand l'échange avec ces patients est difficile, nous nous efforçons de lire sur leur visage et leur corps tout ce qu'ils ont à nous dire. À nous de traduire, d'interpréter ce qu'ils veulent ou peuvent encore nous communiquer. L'expression de leurs esprits incarnés et la communication dont ils peuvent faire preuve à travers les mouvements de leurs corps viennent tordre le cou à l'illusion de la toute-puissance de la raison dans la communication humaine intersubjective. Alors oui, on a le droit de ne pas être d'accord avec certains concepts de la psychanalyse, mais en nier l'apport à la pensée de la relation dans les soins semble faire preuve d'un aveuglement dérisoire. Pourquoi chercher dans la nouveauté, ou la technique ce que d'autres ont su développer via des remaniements théoriques, techniques et l'invention de dispositifs originaux et singuliers ? Peut-être d'une part parce que la métapsychologie vient nous rappeler que l'Autre nous échappe toujours ? Qu'il n'est pas toujours quantifiable, voire qualifiable ou objectivable par des ima-

geries comme dans les neurosciences. Mais aussi parce que la psychanalyse vient sans cesse nous remettre en question, et notamment sur ce que l'on ressent au contact de l'Autre. Il est intéressant d'ailleurs, lorsque l'on regarde les recommandations de l'Académie de médecine concernant la relation médecin-malade, de constater que ce qui est en lien avec la psychologie et le ressenti du praticien est peu pris en compte en 2021, alors qu'il l'était quelques années plus tôt en 2011. Les médecins et soignants ne ressentent-ils plus rien depuis ? Alors oui, la psychanalyse a été hégémonique à une époque et a pu desservir sa propre cause comme tout courant de pensée dès qu'il est exclusif. Est-ce une raison pour ne plus utiliser certains de ses concepts et les techniques relationnelles qui en dérivent ? Elles aident à comprendre et mettre au travail tout ce que l'on ressent dans la relation de soin et qui peut être utile alors pour mieux soigner. Encore faut-il accepter de se faire toucher par l'autre, parfois d'en souffrir, d'en être hanté quelque temps... Plus facile d'être une machine, un soignant opératoire sans âme... Une fois de plus, pour faire face aux différents abîmes dans lesquels les soignants peuvent être plongés dans les soins, le courant psychanalytique a inventé et structuré des dispositifs réflexifs. Méta cadres individuels ou groupaux pour penser et panser l'inouï, l'impensable et l'insurmontable qui se vivent dans le drame de certaines rencontres se jouant dans la relation de soin, et ainsi soutenir et protéger les soignants de l'épuisement, du traumatisme vicariant... Encore faut-il que du temps soit sanctuarisé pour cela, temps investi d'un développement durable qui ne montre ses effets en partie qu'indirectement. Mais la mise au ban de la psychanalyse n'est-elle pas due aussi au fait qu'elle n'est pas considérée comme un traitement, au sens d'un médicament, dans un paradigme de prise en soin focalisé sur la toute-puissance de la prescription médicale. Ne vient-elle pas rappeler aux médecins que d'autres relations, d'autres dispositifs de soin peuvent soulager ou guérir les patients sans eux ?

Les approches complémentaires, et l'effet placebo au service des soins

Michael Balint précisait que le médicament le plus utilisé était le médecin lui-même, ce que l'on pourrait compléter par la relation de soin pour y inclure tous les soignants et soignés. On peut soigner sans médicament, oui, pas tout certes, mais déjà soulager l'autre dès qu'une relation de confiance médiée par une écoute sensible et sincère peut prendre place. Les médicaments sont nécessaires, indispensables pour des pathologies, nous le savons bien, mais la relation est intrinsèquement soignante, car elle démultiplie les effets des médicaments quand ceux-ci sont nécessaires. Tout d'abord, parce que la confiance dans la relation améliore l'observance des traitements par les

patients, mais surtout car elle en démultiplie l'effet placebo. Ce maudit effet placebo, qui renvoie à ces représentations d'inefficacité, de tromperie ou de maladie imaginaire, alors que cet effet repose sur des mécanismes neurophysiologiques dont certains sont bien élucidés et d'autres échappent en partie encore à la science, d'où le fait qu'il dérange certains... D'où peut-être aussi les critiques virulentes qui sont adressées aux approches complémentaires (acupuncture, hypnose, aromathérapie...) parce que pour certains, l'essentiel du succès de ces méthodes résulte d'un effet placebo très sensible à la qualité de la relation entre les patients et ceux qui les pratiquent. Cet effet détrône la toute-puissance du médicament, qui rappelle-le, peut faire autant de bien que de mal, et être source d'effets secondaires responsables d'hospitalisations, voire de décès, et n'être que partiellement efficace dans certaines pathologies fonctionnelles et symptômes douloureux, par exemple. Comme le précisent certains auteurs : « Il ne faut jamais confondre vérité culturelle et vérité scientifique. Et si la maladie-état, enracinée dans le corps, ne peut être connue et soignée par les voies de la recherche scientifique et de ses applications, la maladie-représentation, enracinée dans l'individu-au-monde ne peut être comprise et soignée que par les voies qu'indique l'anthropologie. Le "territoire" de l'effet placebo, fait du pouvoir de la parole et du symbole sur la représentation, est toujours peuplé des attentes et des angoisses. Il requiert une action. Non par des produits actifs, mais par ce travail au cours de la représentation qui vise les interprétations des malades et qui seul peut, en les changeant, en alléger le poids². »

Alors ne faut-il pas associer les approches traditionnelles médicamenteuses et les approches non médicamenteuses complémentaires pour réaliser ce que certains qualifient de médecine intégrative ? Faire cette association peut rentrer dans une véritable démarche scientifique d'ailleurs, en recherchant les données qui viennent affirmer ou infirmer ces différentes approches. Il en existe déjà beaucoup pour les médicaments, et elles sont bien développées pour beaucoup d'approches complémentaires (acupuncture, hypnose...) et pour différentes psychothérapies (y compris la psychanalyse !). Le risque est de « Discréditer l'effet placebo en acceptant seulement les traitements dont l'efficacité spécifique est prouvée et reléguer au second plan des facteurs comme la relation médecin-malade, le contexte, ou les composantes symboliques d'un remède. Or ces facteurs "non spécifiques" peuvent tout à fait soulager. Pourquoi alors se priver d'un traitement pour la seule raison qu'il optimise et s'explique par ce que l'on appelle l'effet placebo³ ? » Réaliser cela, c'est admettre que ce qui soigne, c'est l'association de la relation de soin, d'un environnement de soin, d'un rituel de soin et d'un médicament en plus ; selon les indications. C'est admettre qu'il faut prendre soin des environnements de soin et des soi-

gnants afin que tous les éléments sus cités puissent entrer en résonance pour le mieux-être du patient et de ses soignants, car les processus de soin, de thérapie et de guérison peuvent difficilement se passer de résonance comme l'a décrit Harmut Rosa⁴. Enfin, c'est admettre comme le dit aussi ce même auteur que « l'horizon de l'inaccessible s'accroît à mesure que progresse l'accès scientifique et technique au monde. Le monde recule et se dérobe. Et cela quelle que soit notre approche, scientifique et technique, quotidienne ou expertocratique. L'espoir de voir le programme de la science arriver un jour à son terme, [...], s'est renversé en son contraire : le monde, du point de vue notamment de la physique moderne, devient toujours plus énigmatique à mesure que le savoir progresse⁵. » Alors restons humbles, nous acteurs du soin, et admettons qu'il nous reste encore beaucoup à comprendre et à découvrir dans la science, chez nos patients et en nous-même...

L'intelligence rusée des soignants et des aidants : savoirs professionnels et expérientiels

Enfin n'oublions pas que l'intelligence soignante n'est pas qu'une intelligence rationnelle cérébrale, mais aussi une intelligence incarnée et situationnelle, un savoir par corps, faisant usage à chaque instant de la *Métis*, l'intelligence rusée conceptualisée par les Grecs et bien décrite par Jean-Paul Vernant, pour soigner au mieux avec les moyens du bord, pour improviser à chaque instant avec l'autre. Cette intelligence du geste, cette capacité à épouser chaque situation singulière et à s'engager entièrement dans son corps et sa pensée permettent aux soignants de trouver toujours des variables d'ajustement entre le travail réel et le travail prescrit. Cela malgré un environnement de soin changeant, parfois défectueux ou peu soutenant au niveau institutionnel... Cette *Métis* permet d'instaurer ainsi du jeu dans le soin, afin que celui-ci puisse rester, à chaque instant, source : d'un plaisir de soigner, de transmissions de soins, d'attention à l'autre, et d'ouverture à ce que l'on ne comprend pas, à ce qui nous dépassera toujours...

Ce travail parfois improvisé est une des caractéristiques du travail du *care*. Il se caractérise par un accordage des soignants, autour de chaque patient, pour s'adapter au mieux à lui par des dispositifs singuliers. Tout ce travail est un travail de l'ombre, invisible, qui nécessite du temps, un partage d'informations et, pour cela, des espaces pour échanger sur et à partir des pratiques. Ces temps-là, lorsqu'ils ne sont pas présents de façon formelle ou informelle, peuvent majorer le risque de maltraitance des patients ou d'épuisement des soignants. Tout ce temps d'accordage permet à l'équipe soignante de connaître parfaitement les patients et de savoir ruser avec eux, tout en les respectant,

d'utiliser certains subterfuges du soin pour pouvoir les soigner, mieux, sans les contrarier, sans paraître violent et sans imposer les soins. C'est l'art de la ruse maîtrisée à la perfection dans les soins avec toutes ses ambivalences décrites par Pascale Molinier dans son livre *Le travail du care*.

Cette expression singulière demande d'adapter considérablement nos représentations et nos manières d'entrer en communication avec certains patients de manière non verbale, corporelle et sensible, honorant, ainsi, l'intersubjectivité à l'œuvre dans la relation de soin. Cela demande une attention sensible à chaque patient, un style perceptuel unique afin de rester ouvert à la perception délicate de chaque situation. Malheureusement, ce savoir-faire du *care* des soignants est moins valorisé que les soins techniques relevant du *cure*, tout comme d'ailleurs les savoir-faire des aidants.

En écoutant les aidants, très souvent des femmes, agents « non professionnels du *care* », au fur et à mesure de notre pratique, nous mesurons à quel point elles sont détentrices d'un savoir pratique, d'un savoir expérientiel. Elles sont de véritables bricoleuses du quotidien dans leur manière de concevoir le soin de leurs proches. Dès lors que l'on s'intéresse à tous ces savoirs, ceux-ci peuvent être transmis aux soignants qui peuvent à leur tour essayer de les utiliser afin que les soins et l'environnement des soins soient moins hostiles pour les patients. Cette connaissance, les aidants l'ont glanée au fur et à mesure de leur vie, de leur apprentissage : cette forme de savoir n'est pas assez reconnue par nous, les médecins. Si ces savoir-faire sont peu mis en valeur, c'est qu'ils viennent brouiller les limites entre les savoirs professionnels d'initiés et les savoirs profanes. Ils viennent interroger ainsi une fois de plus la toute-puissance de certains dispositifs de soin. Pourtant nous savons à quel point nous devons nous appuyer sur elles, si nous voulons que la relation de soin puisse offrir à la confiance un cadre professionnel comme l'indiquait Donald D. Winnicott dans son texte *Cure*. Le soin et le sens du soin n'appartiennent pas qu'à la science et au savoir des médecins mais aussi à tous les agents du *care*, visibles et invisibles qui soutiennent les malades par leur présence. Le soin n'est pas unique mais pluriel, travaillons ensemble de concert pour que le savoir-faire et les savoir-être de chacun puissent être valorisés et cela au profit des patients à domicile, en EHPAD ou à l'hôpital. **P**

- 1 C. Bollas Chapitre 6 : « Annoter la partition de l'inconscient », dans *La question Infinie*, Ithaque, Paris 2025.
- 2 C. Jousselin, G. Ostermann, *Apaiser la douleur*, Odile Jacob, Paris 2014, p. 140-141.
- 3 C. Jousselin, G. Ostermann, *Apaiser la douleur*, Odile Jacob, Paris 2014, p. 142.
- 4 R. Harmut, *Résonance*, La Découverte, Paris, 2021, p. 619.
- 5 *Ibid*, p. 659-651.

Les déclinaisons d'une autre médecine

Cet article explore trois « déclinaisons » d'une médecine autre – narrative, participative et « une » – qui réinsèrent l'humain, l'éthique et l'interconnexion avec l'environnement au cœur du soin, offrant des pratiques concrètes pour renouveler la confiance et la réflexion dans le système de soins.

Emmanuel Kosadinos
Psychiatre des Hôpitaux

Introduction. La médecine, dans sa pratique dominante, repose largement sur des protocoles standardisés, des outils techniques et des critères de performance mesurables. Si ces orientations visent à assurer sécurité et efficacité, elles réduisent souvent l'expérience du patient à des données biologiques ou à des processus strictement opérationnels et limitent l'espace pour la réflexion éthique, l'écoute approfondie et la coconstruction des décisions.

Pourtant, d'autres courants existent, porteurs d'une vision plus humaniste et réflexive du soin. Ces approches interrogent les pratiques dominantes et réintègrent l'expérience, la subjectivité et la dimension éthique dans la relation de soin, en mettant l'accent sur l'humain, la responsabilité partagée et l'interdépendance entre patients, professionnels et environnement.

Cet article analyse cette « médecine autre » à travers trois déclinaisons identifiables pour leur cohérence conceptuelle et leur originalité pratique :

- La médecine narrative, qui place l'histoire et la voix du patient au cœur du soin.
- La médecine participative, traduction française de l'approche *participatory medicine*, qui engage patients et professionnels dans la coconstruction des décisions et la défense de leurs droits.
- La médecine « une », interprétation française de l'approche *one medicine*, qui élargit la réflexion à la santé humaine, animale et environnementale comme un système intégré, soulignant l'interdépendance de toutes les formes de vie.

Ce découpage ne vise pas à fragmenter la médecine ni à proposer une alternative : il rend visibles des orientations spécifiques, encore minoritaires dans le système de soins, mais théorisées, expérimentées et documentées. En distinguant ces courants, nous clarifions leurs objectifs, méthodes et apports, et montrons en quoi ils enrichissent la médecine classique sans la contredire.

Parler de « déclinaisons » assume la pluralité des pratiques et offre un cadre pour analyser des apports émergents à la périphérie des systèmes traditionnels, en soulignant l'importance de l'humain, de l'éthique

et de l'interdépendance. Cette perspective fonde l'exploration de la médecine narrative, participative et « une » dans le contexte français contemporain.

La médecine narrative : remettre l'histoire du patient et l'humain au cœur du soin. La médecine narrative est apparue à la fin des années 1990 aux États-Unis, sous l'impulsion de Rita Charon, en réaction à une médecine de plus en plus technicisée et fragmentée, centrée sur les données biologiques et les indicateurs mesurables au détriment de l'expérience du patient. Elle s'inscrit dans les humanités médicales, champ interdisciplinaire combinant médecine, littérature, philosophie et sciences sociales pour enrichir la compréhension du soin et de la relation médecin-patient.

Elle propose d'intégrer des outils issus de l'analyse littéraire et de l'écoute attentive des récits des patients dans la formation et la pratique médicale. Chaque patient est considéré comme porteur d'une histoire unique, faite d'expériences, perceptions, émotions et significations. L'écoute devient un outil clinique éclairant symptômes, comportements et besoins de soins.

La médecine narrative affirme le droit du patient à être entendu et reconnu, tout en offrant aux professionnels un espace pour développer esprit critique et réflexion éthique. La consultation se transforme en dialogue actif, où subjectivité du patient et attention du soignant sont centrales à la qualité du soin. Elle favorise aussi la réflexion collective, le partage d'expériences et renforce l'autonomie professionnelle dans un cadre éthique, enrichissant l'adaptation des interventions au contexte humain.

La médecine participative : coconstruire le soin et défendre les droits de tous. La médecine participative, ou *participatory medicine*, a émergé au début des années 2000 dans les pays anglo-saxons, dans un contexte d'accès élargi à Internet et aux informations médicales, et de revendications accrues pour les droits des patients. Le patient cesse d'être un récepteur passif pour devenir acteur et partenaire du soin.

Au cœur de cette approche : le patient participe activement aux décisions thérapeutiques et stratégies

de prévention, tout en bénéficiant de l'expertise des professionnels. Elle valorise autonomie, responsabilité et dialogue transparent, impliquant partage d'informations et coconstruction des décisions pour un choix éclairé.

La médecine participative favorise un système de soins équitable et inclusif, basé sur la confiance et la collaboration, et permet aux professionnels de mieux comprendre attentes et besoins des patients pour ajuster leurs interventions. Elle transforme la consultation en espace de coresponsabilité, compatible avec les exigences cliniques et éthiques.

La médecine « une » : penser le soin comme une responsabilité globale. La médecine « une », interprétation française de *one medicine*, élargit la réflexion et l'action à tous les êtres vivants et à leur environnement. Elle propose une vision intégrative où santé humaine, animale et environnementale sont interconnectées : aucune pratique ne peut être isolée sans tenir compte des impacts sur le vivant.

Préfigurée dès le XIX^e siècle par Virchow, Osler et Steele, reformulée au XX^e siècle par Calvin Schwabe, elle a évolué vers *One Health*, qui formalise que crises sanitaires humaines, animales ou environnementales ne peuvent être comprises ni résolues dans des disciplines séparées. La pandémie de Covid-19 a illustré cette interconnexion, montrant que la transmission zoonotique de virus peut avoir des conséquences globales sur santé, économie, société et écosystèmes.

One Health souligne aussi des facteurs aggravants souvent négligés : destruction des habitats naturels, déforestation, urbanisation et fragmentation des zones naturelles qui poussent les animaux sauvages à migrer vers les villes, augmentant les contacts entre humains et animaux et favorisant l'émergence de maladies zoonotiques.

Concrètement, *One Health* fournit un cadre opérationnel pour anticiper et prévenir ces risques. Elle encourage la collaboration entre médecins, vétérinaires, biologistes, épidémiologistes et acteurs environnementaux, ainsi que la prévention, la formation et la communication pour protéger la santé collective. Elle invite les professionnels à une réflexion intégrative, évaluant l'impact des interventions sur l'ensemble du vivant et tenant compte de la complexité écologique et biologique.

Expériences vivantes en France : mettre en pratique ces approches. Malgré leur reconnaissance académique, ces approches restent marginales : peu intégrées aux cursus universitaires, rarement valorisées dans les évaluations hospitalières et souvent limitées à des initiatives locales. La logique gestionnaire et les

contraintes budgétaires réduisent le temps pour l'écoute, la coconstruction et la réflexion interdisciplinaire.

Exemples :

- École des patients, Pitié-Salpêtrière (Paris) : met en pratique la médecine participative par l'éducation thérapeutique, l'échange et la coconstruction pédagogique.
- Consultations narratives dans certains hôpitaux universitaires : appliquent la médecine narrative pour recueillir l'expérience des patients et adapter les soins.
- Projets *One Health* en milieu rural ou vétérinaire-humain : mobilisent équipes pluridisciplinaires pour prévenir les zoonoses et protéger la biodiversité, illustrant l'interconnexion santé humaine, animale et environnementale.

Une médecine qui inspire confiance : humaniste et réfléchie. La « médecine autre » se révèle comme une pratique vivante, capable de transformer la relation aux patients, de favoriser la collaboration entre professionnels et d'enrichir la réflexion globale sur le soin. Les approches narrative, participative et « une » illustrent une médecine humaniste, critique et attentive aux multiples dimensions du soin, qui valorise l'humain, le dialogue et la réflexion éthique.

Au cœur de ces pratiques se construit une confiance à plusieurs niveaux : celle des patients, qui voient leur expérience reconnue et leur rôle actif affirmé ; celle des professionnels, soutenue par l'autonomie, la réflexion critique et le respect des valeurs éthiques ; et enfin une confiance collective, fondée sur la prise en compte des interdépendances entre humains, animaux et environnement. Cette confiance ne se décrète pas : elle émerge à travers des pratiques visibles, responsables et réciproques, où chaque acteur voit son engagement et sa responsabilité reconnus.

Ainsi, la médecine narrative, participative et « une » offrent des outils concrets pour réinventer le soin comme un engagement partagé, intégré et profondément respectueux du vivant. **P**

Bibliographie essentielle et choisie

- Julien Betbèze & Gérard Ostermann, *De la Médecine narrative à la thérapie narrative*, Med Mal Metab, 2022.
- Jakob Zinsstag, Esther Schelling & Michael Whittaker, *One Health : The Theory and Practice of Integrated Health Approaches*, CABI, 2020.
- Rita Charon, *Médecine narrative : Rendre hommage aux histoires de maladies*, traduit de l'anglais par Anne Fourreau, Sipayat, 2015.
- Leroy Hood & Charles Auffray, *Participatory Medicine: A Driving Force for Revolutionizing Healthcare*, Genome Medicine, 2013.
- Barbara Natterson-Horowitz & Kathryn Bowers, *Zoobiquity : What Animals can teach us about being human*, 2012.

Il faut sauver les SEC-Pa

Il y a de nombreuses raisons de sauver les SEC-Pa. Il est difficile de choisir la plus importante, car chacune de leurs actions nourrit la finalité d'enfin lutter efficacement contre les inégalités territoriales de santé qui ne cessent d'augmenter.

Didier Ménard

Coopérateur de la Coopérative communautaire Santé Bien Être, administrateur de la fédération des MSP d'Occitanie (Fécop), enseignant vacataire à l'École des hautes études en santé publique (EHESP)

En France, nous savons bien décrire les inégalités territoriales de santé, mais nos politiques publiques agissent comme si les décrire les faisaient reculer.

Nous avons créé les SEC-Pa (Structures d'exercice collectif participatif) pour sortir de cette illusion.

Il faut toujours avoir à l'esprit que si les inégalités territoriales de santé diminuent l'espérance de vie de millions de personnes, ce n'est pas uniquement une malheureuse histoire individuelle, c'est aussi une mise en péril de la démocratie.

En sauvant les SEC-Pa, on prolonge la vie en meilleure santé de personnes vulnérables habitant préférentiellement les quartiers populaires de nos villes et de nos campagnes, on reconstruit un lien social qui redonne de la citoyenneté, on fortifie le vivre ensemble. Nous ne sommes donc pas seulement l'alliance entre des professionnels de la santé et du social avec la population pour une meilleure santé, nous sommes aussi la preuve que nous pouvons faire reculer le cancer social des inégalités.

Les SEC-Pa s'inscrivent dans l'histoire de la santé communautaire qui existe en France depuis longtemps, même si leur reconnaissance est faible au sein du système de distribution des soins qui est peu concerné par la santé, étant soumis au modèle biomédical de la maladie. La Santé Communautaire se nourrit de la lutte des femmes pour la contraception et l'avortement, de la mobilisation des malades du Sida pour être acteurs de leurs traitements. De nombreuses ONG comme Médecin du Monde inscrivent leurs actions en France et à l'international dans le cadre de la santé communautaire. Les SEC-Pa sont une tentative de transformation du système de soins pour enfin considérer plus la personne malade que la maladie, surtout quand la personne est en situation de fragilité. Cinq grandes actions sont mises en œuvre au sein des SEC-Pa :

- Les accueillantes dans nos structures sont des vigies pour observer la situation sociale et la vulnérabilité des personnes. Cette nouvelle profession permet de renseigner l'équipe sur la vie du territoire, d'entendre les demandes des habitants, et de faire des salles d'attente des lieux d'empathie.
- La médiation en santé permet un accompagnement psycho-social des personnes en situation complexe du fait de la maladie associée à un contexte social

précaire. Les médiatrices et médiateurs animent le travail collectif lieu de tissage du lien social. Elles et ils font partie de l'équipe soignante.

- La participation des habitants est une mission des SEC-Pa. Sachant qu'elle ne se décrète pas, toute l'équipe est mobilisée pour permettre aux usagers et habitants du quartier ou du canton d'apporter leurs savoirs et compétences pour ensemble trouver des solutions aux problématiques de santé du territoire.
- Le soutien psychologique avec la présence dans l'équipe de psychologues afin d'apporter au projet une prise en compte efficace dans la lutte contre le mal-être.
- L'interprétariat est formalisé pour lutter plus efficacement contre l'errance dans le système de soins et améliorer la littératie en santé.

Un peu d'Histoire

C'est la Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté (DIPLP) qui, à la sortie de la crise Covid, sous l'impulsion du docteur Marine Jeantet, se rapproche de la Place Santé à Saint-Denis (93) et de la Case Santé à Toulouse pour, dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2018, trouver un modèle financier pour pérenniser notre travail de santé communautaire. Le Village Santé à Échirolles, le Château en Santé à Marseille et la MSP de Neuhoff à Strasbourg renforcent rapidement l'équipe du départ.

Il est reconnu d'emblée que le modèle de référence des SEC-Pa sera la santé communautaire telle que nous la pratiquons dans les centres de santé et maisons de santé communautaire comme à la Case de Santé depuis 2008 et à la Place Santé depuis 2011.

Au début, l'expérimentation devait se nommer Structures d'exercice collectif de santé communautaire. Pour le ministère de la Santé, le mot « communautaire » posait un problème. Le risque était majeur que cela entraîne la confusion entre communautaire et communitarisme et qu'il faudrait beaucoup d'énergie pour expliquer aux acteurs de la politique publique et aux parlementaires où était la différence !! De plus, la faible connaissance de l'histoire mondiale de la santé portée par l'Organisation mondiale de la

santé, à savoir la promotion de la santé communautaire, référence à la charte d'Ottawa (1986), pourtant signée par la France, ne faciliterait pas la reconnaissance de notre projet !!

Nous n'avons pas eu trop de difficultés pour construire le cahier des charges des SEC-Pa puisqu'il mettait en forme un existant qui faisait ses preuves. Treize Centres de santé communautaire et treize Maisons de santé pluriprofessionnelles de santé communautaire se lancent dans l'aventure de la reconnaissance de la santé communautaire en France.

Des principes forts de la santé communautaire ont été affirmés. Nous ne nous contentons pas de prendre en charge des maladies, nous accompagnons des personnes malades sur des parcours de soins, de santé et de vie, en mobilisant les ressources des champs professionnels de la santé, du social et des personnes malades et de la communauté de vie de tous. Nous sommes dans une démarche collective et citoyenne de reconquête du lien social comme facteur essentiel du « aller-mieux ».

Pour porter journalièrement ce travail, nous travaillons en équipe avec des soignants et aussi les nouveaux métiers de la santé communautaire, la médiation en santé, les accueillantes et accueillants, les coordinatrices et coordinateurs. Les habitants usagers citoyens nous rejoignent pour, ensemble, trouver des solutions aux situations de vie complexes des personnes malades. L'interprétariat s'invite dans nos actions, cela fonctionne bien.

L'ambition des SEC-Pa est de diffuser la santé communautaire vers tous les exercices collectifs des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)¹ et les Centres de santé (CDS) en s'appuyant sur notre expérience.

Le plus difficile fut de trouver le bon modèle économique. L'inspection générale de l'action sociale fut mobilisée pour nous aider à trouver le bon niveau de subvention. Il apparut rapidement que la subvention devait être à la hauteur des besoins. C'était beaucoup par rapport à l'existant, mais faible par rapport à d'autres dépenses moins ambitieuses et surtout, c'était un investissement pour diminuer à terme les dépenses de soins dues aux inégalités territoriales de santé.

Le comité de suivi des SEC-Pa, après une évaluation

poussée, concluait à la pertinence de la santé communautaire. Il devenait possible d'ouvrir des SEC-Pa dans le droit commun, mais nous devions modifier la délivrance des subventions en procédant par étapes de la mise en œuvre du cahier des charges. Cette bonne nouvelle fut annoncée aux rencontres nationales de l'association Avec-santé au Havre les 16 et 17 mars 2025 par Madame Cécile Lambert du ministère de la Santé.

Le 29 janvier 2026, ce même ministère de la Santé reniait sa parole et annonçait la fin des SEC-Pa avec comme perspective une mort rapide fin avril 2026. Motif : coupes budgétaires !!!

Ce n'est pas seulement une trahison, c'est un terrible choix idéologique de faire des économies en compromettant l'accès aux soins et à la santé des populations vulnérables, surtout quand, au même moment, ce gouvernement renonce à taxer les dépassements d'honoraires des médecins du secteur 2 ! Les MSP et les CDS sont renvoyés dans le nouveau gadget ministériel appelé Maison France Santé qui n'est en rien comparable aux SEC-Pa, avec un budget de fonctionnement divisé par 7 !! La fin des SEC-Pa ne serait pas la fin des entités des CDS et MSP, mais serait la fin de la lutte efficace contre les inégalités territoriales de santé.

Comment croire un seul instant les membres du gouvernement et affiliés avec leurs beaux discours politiques sur la démocratie participative, sur la santé pour tous et tous autres boniments sur les valeurs de la République.

Le coup est sévère, la trahison de la parole publique doit nous faire comprendre que nous ne pourrions pas développer la santé communautaire sans une forte mobilisation des citoyens, des professionnels de la santé et du social.

Cette mobilisation est au rendez-vous, il ne tient qu'à nous de la faire grandir pour garder l'espoir qu'il est possible dans ce pays de bien accompagner les personnes malades même et surtout quand elles sont en situation de vulnérabilité. **P**

1 Il faut maintenir le terme « santé » pour le différencier de soins. Les MSP ne sont pas des Maisons médicales. C'est une équipe pluriprofessionnelle qui fait du soin et surtout de la santé, c'est une différence fondamentale.

« Claquer la porte »

« J'ai débarqué à l'hôpital Beaujon en novembre 2018. Personne ne me connaissait et je ne connaissais personne (tiré d'une intervention aux Rencontres de Saint Alban 2024).

Jamal Abdel-Kader

Psychiatre

J'essaie de me familiariser avec le territoire et de comprendre les enjeux. J'étais le seul psychiatre de liaison dans cet hôpital général. J'ai essayé de répondre aux différentes demandes. Je m'occupais essentiellement des grands accidentés et des polytraumatisés, des personnes qui avaient des maladies rares du système digestif, c'est-à-dire des personnes qui avaient des souffrances psychiques liées à des maladies chroniques touchant les organes viscéraux, et des urgences.

J'étais le seul psychiatre à temps plein, aidé par quelques étudiants et un interne. Initialement, les psychiatres n'étaient pas très bien vus dans l'institution, parce qu'ils ne répondaient pas tellement à la demande qui leur était faite de soigner ces personnes. Comme je suis du style bon élève, j'ai fait en sorte que le travail soit bien fait, pour qu'on reconnaisse ma compétence. Et comme j'avais beaucoup de gardes, je pouvais étaler mon travail jusqu'à minuit, parce que sur une journée de huit heures, je n'avais pas assez de temps pour tout faire.

Et donc après quelques semaines, on a commencé à me repérer. Au début, on pensait que j'étais un interne, puis on m'a fait confiance et donc, progressivement, c'est devenu un terrain de jeu assez sympa pour moi, parce que quand j'entraais le matin tout le monde me disait bonjour. On m'a reconnu des qualités, des compétences, alors on a commencé à me demander... « J'ai mon frère qui ne va pas bien, et moi aussi je vais pas bien... », et en fait, en plus de soigner les différentes personnes hospitalisées, progressivement je me suis occupé de mes collègues et... les semaines, les mois sont passés, on est arrivé à la rentrée scolaire de 2019, et là il y a eu ce mouvement social dans les hôpitaux qui a pris de l'ampleur et qui faisait un peu suite au mouvement des Gilets Jaunes. J'avais été repéré dans l'hôpital comme celui qui intervient dans tous les services, qui connaît un peu tout le monde et qui est assez sympa, alors on m'a demandé d'être le porte-parole pour l'hôpital et de m'occuper un peu de ça. J'étais très flatté d'être reconnu et ça avait pour moi beaucoup de sens, mais ça m'a encore rajouté du travail supplémentaire... Et puis est arrivée la pandémie et là, ça a porté un gros coup d'arrêt à mon enthousiasme.

En entrant dans cette institution, je savais que j'entraais dans la gueule du loup, le fonctionnement était évidemment une bureaucratie tentaculaire, il fallait

en permanence que je déjoue tout ça pour faire à ma sauce, pour trouver le temps d'accueillir tout le monde. Avec ce mouvement de représentation et en portant la parole, j'ai cru qu'on allait avoir la main sur l'organisation du travail, j'ai cru qu'on allait pouvoir jouer d'un rapport de force en menant des actions symboliques, qu'on allait pouvoir poser le débat du côté du financement de l'hôpital...

Et puis, la pandémie est arrivée et tout ça s'est arrêté, toute cette énergie a été séquestrée à domicile. Ça a été le moment de ma plus grande détestation et j'ai vu des soignants se comporter comme s'ils pouvaient mettre des gens dans les trains et dire plus tard « je ne suis pas responsable, je n'ai fait qu'obéir ». L'interdiction de veiller les mourants et de pratiquer les rituels funéraires est un exemple de ce que la panique peut conduire à la barbarie. Je voyais mes collègues ne pas se rebeller contre des injonctions qui m'apparaissaient extrêmement folles, mais je continuais de faire « à ma sauce ». Comme j'avais cette confiance des uns et des autres, on me laissait faire malgré tout un peu comme je voulais. Par exemple, par rapport à ces injonctions de ne plus faire des groupes thérapeutiques, je dis : « ben non, pas du tout, les gens qui sont les plus isolés, au contraire on va les réunir encore plus à ce moment-là ».

Heureusement c'est aussi au printemps 2020 que nous nous sommes rencontrés avec Nicolas Peduzzi, le réalisateur du documentaire *État limite* (sorti en 2023), et qu'il a posé sa caméra sur moi. C'est sans doute son amitié et celle de son entourage qui m'ont aidé à tenir. Mais septembre 2021, c'est au moment de prendre des vacances que je tombe malade. L'angoisse ne me lâche plus, la pensée devient pénible, les préoccupations planent en permanence. Je reprends le travail et tente de le masquer pendant trois mois avant de consulter un médecin qui me révèle que je suis tombé malade de m'être rendu prisonnier d'un métier dont les attentes avaient été déçues au sein d'une institution qui aura finalement eu raison de moi. Sans m'en rendre compte, trois années étaient passées, et chaque année j'avais fait deux mois de temps de travail additionnel en plus. À force d'être tout le temps à l'hôpital, je me suis isolé de mes amis, je suis complètement indisponible pour ma compagne jusqu'à oublier la date des funérailles de sa grand-mère... Je me dis à ce moment-là que je ne peux pas faire mon travail et prendre soin d'elle, je finis par

me séparer et je me retrouve véritablement tout seul. Dans l'hôpital, je tenais tout, alors quand le fardeau est devenu trop lourd, le mal au dos s'est manifesté !

Quand je décide d'aller voir pour la première fois de ma vie un psychiatre, je lui demande donc de me rassurer. Je suis allé chercher auprès de lui un référent pour qu'il me dise ce que j'avais besoin d'entendre, c'est-à-dire que j'avais un peu trop déconné. Il fallait que je reprenne un chemin de vie un peu plus raisonnable, que je m'occupe un peu plus de moi... Le simple fait de l'entendre de la part d'une personne en qui j'avais confiance et sur laquelle je pouvais me reposer m'a tout de suite permis d'aller mieux. J'ai commencé de questionner le fait que je travaillais autant. J'en ai parlé à ma hiérarchie médicale et à l'administration, je tente d'obtenir un réaménagement des tâches qui m'incombent et de faire reconnaître tout le travail additionnel, mais la bureaucratie a plutôt décidé de faire à sa manière.

En guise de réponse, on m'a expliqué que ce n'est pas à moi de décider de l'organisation de mon travail et je me suis fait balader. Je rencontrais des administrateurs tous les trois mois avec des promesses de changement jamais tenues. Évidemment les techniques habituelles, il n'y avait pas de traces, pas de mails, pas de machin, on vous fait une promesse orale... et donc progressivement, moi qui suis très patient, je me mets en colère... Plus je suis en colère et plus on dit « Jamal est fou ». Et donc on me met au placard, on m'isole davantage, on me retire la supervision des internes, des externes, et des étudiants en psychologie. Je reste seul avec la présence de Nicolas et de sa caméra.

En colère, j'envisage de partir, mais comme dans cette institution il y a quand même un certain nombre de postes de titulaires vacants, on est bien embêtés et on me propose d'aller ailleurs au sein de la même institution, à Cochin, « une mobilité interne ».

J'arrive là-bas, mais là, j'essaie de faire mon boulot plus raisonnablement, toujours en prenant le temps nécessaire pour accueillir la souffrance psychique, et

en étant évidemment insubordonné à certains endroits, mais rien de très grave.

Personne ne me connaît, et le fait que je fasse à ma sauce attire des jalousies.

Je me fais embêter ou plutôt je me fais agresser par un tôlier des urgences, deux fois, puis ça enchaîne avec des signalements d'évènements indésirables me concernant, comme quoi je ne porte pas très bien mon masque. Et dans la foulée, je suis convoqué par mon chef de service, un type qui se donne la réputation d'être hostile à la stupidité bureaucratique... Je pensais qu'on allait parler de recrutement, de l'accueil des futurs internes... Mais voilà qu'il finit par me dire : « Alors vous allez le porter ou pas le masque ? »

Je pensais que ce n'était pas très sérieux cette affaire, d'autant que je ne le portais pas plus mal que les autres. Mais il me dit : « Vous allez le porter ou pas ? Parce que si vous ne le portez pas vous partez ! » Alors comme je n'étais pas d'humeur ce jour-là, je lui dis : « Je préférerais ne pas ! » et lui qui continue : « Ah vous ne voulez pas le porter !!! ».

« Non ce n'est pas tout à fait ça, mais j'aimerais autant ne pas le porter ». J'ai cru qu'il serait sensible au clin d'œil littéraire, mais il s'est mis devant son ordinateur et puis il a écrit à la direction : Le docteur Abdelkader refuse de porter son masque ! Alors là je lui ai dit... « Au revoir Monsieur ! » Je suis parti et ne suis plus jamais revenu à l'hôpital.

Je sais pertinemment que notre travail à tous c'est d'accueillir la souffrance psychique des personnes et de soigner l'institution parce qu'elle les malmène et qu'elle maltraite les soignants. Il n'est pas nécessairement utile de se bagarrer pour tout, mais il ne faut pas se laisser faire. L'important c'est de jouer avec les règles, avec l'institution comme terrain de jeu. On essaye d'y faire ce qu'on croit être bon et juste, on essaye de ne pas le faire tout seul, parce que moi c'est ça qui m'a posé problème. Si j'avais eu quelques alliés dans cette bataille, je ne me serais pas fait emmerder.

C'est ça la leçon, repartir bientôt à la bataille, mais pas tout seul. **P**

Devenir soignant en psychiatrie

Confiance du patient en son soignant, de ceux-ci dans le système de soin, de celui-ci en ceux-là ? Du soignant en son savoir, sa pratique, en lui ? De l'étudiant en ses tuteurs ? La confiance s'apprend sur le tas. Mais aussi dans des dispositifs d'analyse de la pratique.

Dalila Idir-Val, Lisa Margossian, Simon Changeux, Laura Pascal, Matthieu Chauvel, Elin Aimonetti

« Si tu veux voir loin, monte sur les épaules de tes pères. »

François Tosquelles

« Montes-y, si tu le peux avec tes frères ! »

Jacques Tosquellas

Conception

Dalila

Psychologue en pédopsychiatrie à Marseille, membre du Collectif Rencontres de Saint Alban

Je découvre en 2022 l'ambiance d'un CHU. J'ai fait toute ma carrière dans de petits hôpitaux généraux, où ce qu'on vit ne manque pas de refléter la coloration locale, l'implantation sociogéographique, la contingence du terrain politique et économique, la proximité ou l'éloignement des grandes métropoles. Le CHU se pose là, avec ses deux missions – soigner et enseigner –, étroitement intriquées dans la dynamique institutionnelle.

Je suis là pour mettre en place une équipe mobile de périnatalité. Nous sommes si peu dans ce début de mission, et les petites mains, internes, stagiaires étudiants en psychologie ou en médecine, m'aident bien. J'ai appris à écouter ces jeunes, je suis touchée par ce qu'ils me racontent, ce qu'ils traversent des histoires de vie sordides et traumatiques aux urgences psychiatriques. Je perçois combien est dur leur baptême du feu, combien ils sont seuls et peu préparés, parfois peu accompagnés. Je propose que le groupe de travail que nous constituons, internes et stagiaires psychologues du service, écrive un témoignage que nous ferons aux prochaines Rencontres de Saint Alban dont le thème est « Obéir n'est pas soigner ».

Synchronicités, Marseille novembre 2023

Matthieu est parisien. Il est venu à Marseille encouragé pendant son externat par un gars qui lui a donné l'envie de devenir psychiatre. Il commence chez nous en novembre 2023.

Novembre encore, je suis invitée à animer un débat dans un petit cinéma de L. autour du film *Saint Alban une révolution psychiatrique*¹.

Février 2024. Sur le fil d'actualité de mon téléphone,

un article sur un documentaire présenté à Cannes, un film qui parle de la souffrance d'un psychiatre de liaison en région parisienne. *État Limite*². J'en parle au Collectif et je diffuse autour de moi.

Quelques jours après, un appel dans ma voiture, Violaine d'une société de distribution de films : « votre numéro de téléphone m'a été donné par une collègue depuis longtemps. J'étais dans la salle à L., je voulais vous parler d'*État Limite*... ». Le contact se fait avec Jamal, le médecin du film, celui-là même qui avait conseillé à Matthieu de venir à Marseille pendant son externat !

Tout ce beau monde se retrouve à Saint Alban !

Empreintes, Saint Alban juin 2024

Le phénomène d'empreinte ou d'imprégnation a été décrit par Konrad Lorenz dans les années 1930. L'éthologue découvre que les petites oies s'attachent au premier objet en mouvement qu'elles aperçoivent lorsqu'elles sortent de l'œuf. L'empreinte est un processus d'attachement social et de reconnaissance de son espèce, mais aussi et surtout un processus d'apprentissage. Les petites oies suivent celui ou celle qui va leur apprendre à s'orienter et à devenir autonomes, plus fortes, à lutter contre les prédateurs. Il y va de leur survie !

Laura, Simon et Matthieu, Lisa et Elin, nous travaillons ensemble dans le service de périnatalité de Sainte-Marguerite durant ces quelques mois de fin 2023 à juin 2024. Nous nous sommes réunis de manière un peu clandestine, dans l'entresol, le jeudi entre midi et deux. Il y a mon bureau, de l'espace et du calme, c'est-à-dire pas trop de sollicitations externes. Nous avons parlé de ce qui résonne en eux. Que pouvait-on faire d'autre sinon écouter et soutenir, mettre en lumière, en lien, en transmission, pour vivre l'empreinte durant ce temps d'exploration de la dureté du monde, la violence, la maladie mentale, le désespoir, la mort parfois.

Nous allons aux Rencontres de Saint Alban 2024. Ces jeunes hommes et femmes, tels de jeunes canotiers, vont s'imprégner de l'ambiance et apprendre là quel a été le chemin de leurs aînés. Ils y exposent leurs parcours, avec leurs doutes, leurs cliniques, les émotions contre-transférentielles, leur identité propre de soignant en construction, leurs représentations éthiques, la conflictualité interne et externe ; des aînés sont là, dont le Dr Jamal Abdelkader. Écouter ces jeunes soignants les aide à s'identifier, se confronter, trouver du sens, réfléchir et non exécuter, être fiers et enthousiastes pour ce qui les attend, se sentir dans une continuité d'être en devenir ! Il est plus qu'important de nous intéresser à l'accompagnement sur le terrain de nos jeunes collègues psychiatres et psychologues, considérant la formation/transformation comme processus psychologique à l'œuvre notamment dans notre domaine du soin psychique.

Intérioriser les liens, s'attacher, Marseille 2025

Nous avons invité Jamal à Marseille. Nous nous sommes retrouvés et nous retrouverons encore, pour refaire le monde et boire un coup.

Quelques-uns reviendront chaque année aux Rencontres comme le font les oiseaux migrateurs, pour retrouver la source. Pour ne pas être trop abîmé, broyé, passé à la moulinette, pour ne pas y laisser sa santé ou sa peau... J'ai fait comme ça moi à l'époque ! L'hôpital rend malade, mais on aime l'hôpital.

Ce qu'en ont appris les apprentis

Lisa, de 2024 à 2025

Je commence mon stage au sein de l'équipe mobile de périnatalité de l'hôpital Sainte-Marguerite. Quelques semaines après mon arrivée, j'entends parler de Saint Alban et de la psychothérapie institutionnelle. C'est le référentiel de la psychologue de l'équipe qui sera ma tutrice. Je comprends qu'il s'agit d'une vision collective du soin. Je fais partie d'un groupe de jeunes apprenants constitué de psychologues stagiaires et d'internes en psychiatrie. Nous sommes partants pour témoigner aux Rencontres. On lit, on écrit, on s'entraîne.

À Saint Alban je rencontre des infirmiers, des psychiatres, des médecins généralistes, des psychologues, de tous horizons, de toutes expériences. Et je comprends que ce qui les réunit là, ce ne sont ni les années d'études, ni même les milieux dans lesquels ils travaillent, mais bien une même envie : celle de partager cette réflexion clinique, de faire mieux avec l'institution, de toujours se questionner sur leur place, leur désir, les réponses face à la souffrance. Ils partagent cette volonté de bousculer, de réveiller, de faire avancer le soin, en prenant en compte les dysfonctionnements existants, mais aussi en luttant pour faire ce qui peut être fait, sans se contenter d'obéir. Il n'est pas question d'une technique ou d'une méthodologie, ni même d'un savoir préétabli, mais plutôt d'une vraie

réflexion sur l'humanité du soin, l'écoute, et la nécessité de comprendre le patient dans sa globalité, au-delà de ses symptômes.

La confrontation des perspectives au sein des équipes soignantes, par exemple lors des réunions, est fondamentale. Ce modèle nous enseigne qu'un soin respectueux et humain ne peut se faire qu'à travers l'engagement de tous, où chaque voix, chaque expérience, chaque point de vue a sa place y compris et surtout le point de vue du patient. Cynthia Fleury avance que « le soin est un humanisme » en écho à « L'existentialisme est un humanisme » (1945) où Sartre énonce que l'homme existe d'abord et se définit après. L'homme n'est rien d'autre que ce qu'il se fait : il est responsable de lui-même et de tous les hommes. Il en va de même pour le soin, l'attention portée à autrui : se faire c'est se former, prendre soin de, être attentif aux choses et usages. La subjectivité est ainsi le premier lieu du travail sur soi, fabrique ou sculpture de soi³.

Au-delà des symptômes et des expressions manifestes de la pathologie, il s'agit de prendre en compte les dimensions sociales, émotionnelles et psychologiques du patient.

Un des enseignements les plus profonds de mon stage a été la prise de conscience du lien entre les injustices sociales et l'accès aux soins. Les inégalités d'accès aux soins sont le reflet de problématiques beaucoup plus vastes et profondément ancrées dans notre société. Ces inégalités deviennent des barrières terriblement préoccupantes : la violence, la ségrégation, le manque d'accessibilité ne serait-ce qu'au niveau du déplacement en poussette dans les transports en commun.

Cette clinique, pour moi, parle d'humanité, d'humanisme du soin, au sens de l'éthique et surtout au sens des valeurs qui sont les miennes, et que j'espère défendre en tant que soignante le jour venu. Le soin humain, c'est la rencontre réelle avec la maladie mentale et ce qu'elle génère d'angoisse, de peur, de drames actuels ou passés. L'impact dans la réalité des patients des facteurs sociaux n'est pas toujours reconnu au sein de l'hôpital : certains soignants défendent l'idée que cela n'est pas de notre ressort, ce n'est pas ce qui est demandé dans les fiches de poste, ce n'est pas obéir à ce qu'on attend de nous, que de passer du temps à gérer les problématiques sociales. Je suis rassurée que certains se battent et désobéissent aux règles, ou aux « pré-supposés de base »⁴ qui régissent les groupes.

L'élaboration et la confrontation des idées, des expériences et des valeurs dans une équipe est, en soi, un processus thérapeutique. Les professionnels avec qui j'ai pu échanger durant ces Rencontres pensent le soin comme une construction collective, un cadre qui prend en compte le lien avec le patient mais aussi le lien entre soignants.

Simon, de 2024 à 2025

Étudiant en médecine, participant aux Rencontres de Saint Alban pour la première fois, je suis face à

une évidence déconcertante : le soin est un engagement. On ne nous avait pas prévenus. Depuis huit ans, le soin ça semblait neutre. Une souffrance, une solution.

Le système de soins aussi c'était neutre, c'est comme ça que ça marche, ça bouge pas, pose pas trop de questions. Et puis la médecine en général, c'est neutre : le mécanisme de l'infarctus du myocarde est le même partout. Universel, comparable, reproductible. Neutre ! On ne nous a jamais demandé notre avis ni jamais donné de quoi en avoir un. Dès la première année, on apprend que l'engagement crée des conflits d'intérêts. Le référentiel de santé publique parle de la construction du modèle français : que des administratifs, pas de luttes, pas de communistes, pas d'Ambroise Croizat. En stage d'externe, on prend la place d'un autre toutes les cinq semaines, pas de place pour l'individu. Apprends et ne fais pas de vague. Un désaccord ferait perdre du temps de révision pour les examens.

Et ici, aux Journées de Saint Alban, ça parle politique, ça se rencontre, ça invente, ça crée, ça essaye, ça se trompe, ça discute, ça se dispute même parfois. Je réalise ce que Saint Alban m'a apporté. Une petite lunette à travers laquelle la dépolitisation du soin, la violence des institutions et les désaccords de valeurs entre soignants m'apparaissent plus nets. Une boussole qui indique mes valeurs et la direction de mes engagements. Un moteur qui transforme l'indignation et la volonté d'engagement en action. Et enfin de l'espoir, car tout change, tout peut changer. Alors pourquoi pas vers mes valeurs ? Mais pour ça il faudra se regrouper, discuter, s'organiser, partager, essayer, se tromper, désobéir parfois.

Progressivement l'interne en psychiatrie s'affirme, les tâtonnements se font moins hésitants, ses soins s'orientent vers une direction. Il se nourrit de ses expériences de stage en stage, les digère, les intègre, s'enrichit et enrichit sa pratique. Mais voilà, aujourd'hui ça ne passe pas, il est tombé sur un os. Les décisions lui laissent un goût amer. Les soins lui restent en travers de la gorge. Il n'intègre rien. La patiente en soins libres veut partir. Non, non, c'est vendredi la sortie ! Mentir sur les effets indésirables des médicaments. Ça arrange tout le monde ! Les personnes sans-abri malades, on prend pas. C'est dur à faire partir ! Tu vas apprendre à faire avec.

La psychiatrie prend alors une autre direction : sa propre survie. Le soin ? Pas de place pour le patient. Le décideur décide. Les exécutants exécutent. Silencieux. Faut que ça tienne. Faut que ça tourne. Dans le service à bout on retrouve des bouts. Des bouts de gens, des bouts de vie, des bouts de temps. Comment faire du continu avec des bouts ? On se débrouille. On les met bout à bout. Ça fait un truc. « Un tas de bouts ». Ça va nulle part, mais ça tient. On sait pas trop comment ni pourquoi mais c'est là. Surtout n'y touche pas trop. On s'adapte. Chanceux celui qui peut partir, malheureux celui qui doit rester.

L'interne, lui, passe. C'est une plaine sèche et inhospitalière. Une ville fantôme. Il lui restera le souvenir de l'ennui et du goût sec de la poussière.

« Je vous souhaite à tous, à chacun d'entre vous, d'avoir votre motif d'indignation. C'est précieux. » (Stéphane Hessel, *Indignez-vous.*)

Laura, de 2024 à 2025

Interne de psychiatrie de deuxième année, la psychothérapie institutionnelle, j'en avais entendu parler, j'avais pu la côtoyer lors d'un de mes de stages, mais je n'avais certainement pas saisi tout ce que cela pouvait porter. En me rendant à ces Rencontres, j'ai pu m'en approcher au plus près et même la vivre pleinement.

En partageant les questionnements qui me traversent sur mon statut d'interne, j'ai eu l'impression d'être délivrée d'un poids, d'avoir moi aussi reçu un soin : ma parole et surtout mes doutes ont été accueillis avec bienveillance et humanité. Il était autorisé de ne pas savoir et surtout de le dire à haute voix. Parfois, en tant qu'interne, on a l'impression qu'on nous donne un statut, une image, qu'en vérité on n'a pas forcément ; on peut oublier que nous sommes en formation et qu'il nous reste tellement à apprendre et à découvrir. On nous donne la place du « Docteur » avec un pouvoir décisionnaire alors que je réalise maintenant que les décisions doivent être portées par un collectif, les médecins, les infirmières, les psychologues, le patient, et surtout par l'écoute et la communication particulière qui circule dans ce collectif.

J'ai fait un stage dans l'unité d'hospitalisation parents-bébé de l'hôpital Sainte-Marguerite. M^{me} B. est adressée pour une symptomatologie anxieuse du post-partum, qu'elle relie entre autres à un accouchement vécu comme traumatique. Elle vient avec S., son bébé de 4 mois et demi. Le premier entretien se déroule avec Daphné, médecin référent de l'unité mobile. Elle propose que je prenne en charge le suivi, avec des entretiens hebdomadaires, et de manière régulière des consultations M^{me} B., S., Daphné et moi pour faire le point. Les médecins seniors de l'équipe mobile me font donc confiance. C'est pourtant difficile car, au fond, je ne connais pas grand-chose des bébés, de la maternité, de ce qu'il faudrait dire ou faire pour aider les mamans et pour soutenir le développement des bébés. Me voici donc plongée dans le doute ! Pendant les deux mois et demi de suivi, je n'ai cessé de me questionner sur ma position, ma légitimité en tant que jeune interne, et sur ce que je pouvais apporter. Pourquoi M^{me} B. investissait-elle dans les soins avec moi alors que je n'avais été qu'une observatrice silencieuse lors de l'entretien d'accueil avec le médecin référent de l'unité ? J'avais parfois l'impression de ne pas faire suffisamment progresser la situation. Cependant, une petite voix intérieure m'encourageait et me disait que je n'étais pas inutile, que cette pauvre dame faisait tous ces efforts pour venir me voir malgré

son anxiété, sa fatigue, et le portage continu de son bébé. Que dois-je faire ? Rester dans une répétition sans fin, et dont elle se plaint aussi en disant que ce bébé l'épuise, par son avidité et son agitation ? J'ai d'abord été attendrie par cette maman, elle a accepté que je la suive et de se livrer à une jeune interne comme moi, avec confiance. Ce qu'elle ne sait pas, c'est que j'ai peu d'expérience, elle a certainement plus de choses à m'apporter que l'inverse.

Comment vais-je pouvoir aider à l'accordage entre cette maman et ce bébé ? N'est-ce pas une perte de chance d'avoir affaire à moi plutôt qu'à un médecin expérimenté ? Et pourquoi les soignants de l'équipe mobile ont-ils pu me faire confiance ? ! C'est une pression d'être à la hauteur de leur confiance. Cette dame qui vient chaque semaine quand même, elle me fait confiance aussi, quel intérêt a-t-elle ? C'est une sorte de pacte d'alliance, l'unité de périnatalité, la patiente, son bébé, et moi. Pourquoi moi ?

Avoir une responsabilité aux urgences par rapport à des crises d'agitation ou autres, faire au mieux pour calmer et ne pas troubler « l'ordre public », suivre certains protocoles, en tant qu'interne on fait cela. On n'a pas forcément confiance au début, les équipes, les infirmiers, le personnel paramédical nous apprennent et petit à petit ça vient. Avoir une autre responsabilité, seule dans un bureau face à une maman et son bébé, anxieux et un peu en distorsion dans les interactions, est différent. Le bébé est anxieux, la maman est anxieuse, et moi aussi je le suis. De manière croisée nos interactions aussi ont du mal à se trouver en phase.

En tant qu'interne, on manque de confiance en nous, et en plus il n'y a pas forcément de protocole (heureusement). L'équipe à qui je me confie, la maman que j'écoute et qui me fait ressentir des émotions contrastées, le bébé que j'observe avec attention, eux aussi ils m'apprennent et petit à petit ça viendra !

Matthieu, de 2024 à 2025

J'étais interne en psychiatrie, en quatrième semestre, lorsque j'ai participé aux Rencontres de Saint Alban de 2024. Deux semestres d'internat sont passés, avec la difficulté de devoir s'adapter très vite et assumer certaines responsabilités importantes. Soigner, obéir, où en suis-je de ma réflexion aujourd'hui ?

Aux urgences je découvrais de multiples problématiques : tentatives de suicide, victimes de violence, crises clastiques, au domicile, ou ailleurs, de mineurs, aux profils variés, milieux sociaux différents, histoires de vie également. Ce genre de situation renvoie à un sentiment d'illégitimité, éprouvé au début de l'internat par la majorité des internes en psychiatrie. Se sentir légitime ! Qui suis-je pour représenter la pédopsychiatrie aux urgences ? Est-ce légitime d'être finalement complice d'un système gangrené, de se sentir incapable, ignorant, sans solution, de ne faire que constater qu'il y aura une sortie et un retour à la situation initiale ?

De nombreuses spécialités médicales peuvent s'appuyer sur des connaissances théoriques, biologiques ou encore sur la lecture d'imageries ainsi que sur des gestes techniques (ponction lombaire, pose de cathéter, etc.), qui sont acquis durant l'externat. Ces techniques de soin permettent, on peut le dire, de se rassurer, d'asseoir un certain savoir ou une certaine légitimité. Mais en psychiatrie, nos évaluations ne sont basées que sur nos impressions, nos ressentis et sur notre expérience clinique (qui en début d'internat est nulle !), sur notre expérience de vie (jeunes et protégés bien souvent, en tout cas de ce genre de situations dramatiques).

Lors du semestre suivant j'étais chez les adultes. Mes premières expériences en garde aux urgences adultes comme psychiatre ont réveillé en moi encore une fois ce sentiment d'illégitimité. En quoi mon évaluation d'un suicidaire est-elle plus cohérente ? Qu'est-ce que je risque de rater qui pourrait représenter un risque pour le patient ? Je n'avais jamais fait de telles évaluations avant, et le seul choix de laisser sortir ou non le patient après qu'il ait fait une tentative de suicide m'était confié. J'avais le sentiment abrupt que six années d'études obsolètes ne seront d'aucune aide pour cette évaluation ! Mais ce que j'apprends durant ce dernier semestre, c'est qu'il s'agit avant tout de tisser un lien, que le lien c'est le soin, et que parfois on ne peut faire que ça, tisser du lien.

Il peut être difficile en tant que jeune médecin, et principalement en psychiatrie, de prendre ses marques et de se sentir légitime dans un système de santé basé sur de supposées connaissances scientifiques, parfois même élitistes (les dernières connaissances, celles prônées dans les pays les plus avancés, celles qui utilisent des imageries complexes sur le cerveau etc.), avec une clinique humble, artisanale presque, celle qui devrait être la base de tous les soins, celle qui s'énonce même dans le serment d'Hippocrate, ce fondamental humain d'un lien avec le patient. Or durant l'entièreté de nos études nous sommes jugés, non pas sur notre compétence dans l'interaction avec le patient mais sur nos connaissances théoriques par le biais des panels de QCM.

Outre la formation, le terrain aussi nous pousse dans cette direction. On est mis à mal dans certaines situations avec les équipes, les conflits institutionnels, parfois graves et médiatisés, le manque de communication, l'ambiance mortifère, accablante de l'hôpital, de la psychiatrie, des urgences... d'un stage à l'autre, au prix d'un poids moral coûteux et non sans conséquences sur notre propre psychisme, sur notre propre engagement dans la pratique, sur notre propre motivation à devenir soignant. Être interne en psychiatrie, c'est être confronté à la désillusion ! Et pour reprendre Winnicott, le désillusionnement « est l'acte premier par lequel le petit homme guidé par ses parents, acquiert son autonomie. La désillusion est toujours la perte d'une (fausse) certitude, c'est aussi un gain de liberté, qui ne s'obtient pas sans douleur. »

Elin, de 2024 à 2025

J'ai toujours su que je voulais travailler au contact de l'humain, faire mon possible pour accompagner l'autre, apporter quelque chose à quelqu'un qui en aurait besoin. Alors j'ai beaucoup remis en question mon orientation. Vers quel métier voulais-je me diriger : psychologue ? éducatrice ? infirmière ? Parce qu'en Faculté de psychologie, ce n'est pas ce que j'avais appris, ou ce que j'avais compris : on parlait d'établir et de maintenir le cadre, de neutralité, de gestion des émotions... Saurais-je, voulais-je, être comme ça ?

Cette maman est épuisée, elle vient nous parler de ce qu'elle a vécu avec son compagnon, père de son fils. Elle a déposé plainte pour violences physiques, sexuelles et financières. Elle raconte ce qu'elle ressent et elle a peur, peur de lui, des menaces, de ce qu'il pourrait leur faire, à elle, à son fils, en représailles, J'observe sa posture, ses jambes sont entrelacées, enchevêtrées comme si elles étaient élastiques, ses bras croisés très serrés, elle est recroquevillée sur elle-même, elle « s'écrase » (comme on dit dans la rue) littéralement, on a l'impression qu'elle aimerait prendre le moins de place possible, sa voix tremble, elle pleure. Les mots sont durs et son impuissance me frappe, j'ai envie de pleurer à mon tour, mais je me dis que je ne peux pas, que ce n'est pas l'attitude que je suis censée adopter. Que faire de tout cela ? De cette douleur, de cette injustice ? Je ne peux pas être exposée à des choses pareilles, je n'y arrive pas sans me sentir atteinte. Est-ce que je suis « hypersensible » ? Mais comment ne pas être sensible ? Sommes-nous censés rester insensibles ? L'injonction de garder nos distances ne serait-elle pas une manière de renoncer, de s'habituer au pire, sans se sentir vraiment concerné ?

Cette autre maman vient de récupérer son fils à la crèche, mais elle n'en a plus la garde, elle fait simplement ce trajet pour l'amener ou le ramener chez sa sœur, désignée « tiers digne de confiance ». Elle a passé plus de trois mois d'hospitalisation en psychiatrie, et essaye de reprendre peu à peu des liens avec son bébé, il a presque 8 mois à présent. Le bébé est fatigué. On s'arrête à la terrasse d'un café pour prendre un soda. Ce moment de partage, qui peut sembler un acte anodin et sympathique dans le lien social, lui permet de passer davantage de temps avec son fils et s'avère être un réel moment de soin. Elle peut dire combien sont difficiles ces moments de retrouvailles, mais aussi de séparation car elle doit chaque jour le laisser à sa sœur. L'accompagnement est bref et elle

ne se pose pas beaucoup encore avec son enfant, elle a perdu confiance dans sa capacité à être avec lui, à s'en occuper. On travaille des fois comme ça, en buvant un verre. Accompagner, marcher avec...

Durant ce stage j'ai été beaucoup exposée à la souffrance, à la détresse psychologique. Les soignants le sont tous, et les étudiants apprennent. On est tous vulnérables et la psychologue du stage me conseille de lire Emmanuel Levinas. Le concept de vulnérabilité est au centre d'une éthique du soin. Nous rencontrons la vulnérabilité des autres au travers de notre propre vulnérabilité. La vulnérabilité n'est alors pas quelque chose que nous devrions refouler, éviter ou cacher, elle peut servir de levier de rencontre, une porte d'entrée vers une relation. La vulnérabilité, ce n'est pas être faible, c'est reconnaître l'interdépendance humaine. C'est elle qui rend le soin possible. Nous ne sommes jamais en lien avec la vulnérabilité de l'autre sans convoquer la nôtre.

Aujourd'hui ma vision a changé, j'aime croire que peu importe le métier que nous choisissons, la voie que nous empruntons, les structures dans lesquelles nous travaillons, ce qui compte vraiment est notre humanité et ce à quoi nous souhaitons l'employer.

Être soignant, pour moi, c'est se soucier, être vulnérable (mais pas trop) et être humain, ne pas oublier que « la moindre des choses » c'est que nous sommes des sujets pris dans cette interaction sociale, et qu'être vulnérable, avoir besoin de l'autre, des échanges et de l'écoute dans le quotidien a aussi de la valeur. L'échange et l'écoute ne se font pas que dans le bureau du psychologue ou dans l'enceinte de l'hôpital.

Après mon expérience à Saint Alban et notre intervention en atelier, je suis partie très loin, à l'autre bout de la terre en voyage un certain temps, rencontrer d'autres peuples, d'autres cultures, d'autres humains.

La confiance, ça ne ruisselle pas, ça s'installe laborieusement et patiemment sur le terrain et dans la confrontation avec ses pairs. **P**

- 1 Documentaire *Saint Alban une révolution psychiatrique* de Sonia Cantalapiedra, 2016.
- 2 Documentaire *État Limite* de Nicolas Peduzzi, distribué par Les Alchimistes, 2023.
- 3 Bécar Florence, « Le soin est un humanisme (de Cynthia Fleury) », revue *Dialogue* n° 240, 2023.
- 4 Wilfred R. Bion, *Expériences de groupe et autres papiers*, Londres, Tavistock Publications, 1961.

izos

Traiter l'alimentation comme la santé...

Alors que la Sécu est attaquée, reprendre son principe concernant une alimentation de qualité implique que les professionnels de la santé et de l'agriculture remettent l'organisation et la responsabilité de la santé entre les mains des citoyens. Une belle utopie ?

Sylvain Mongabure
Kinésithérapeute

Mallette de docteur, ferme miniature avec le tracteur et tous les animaux en figurines, livres pour enfants racontant la visite chez le gentil docteur quand on est malade, ou le séjour à la ferme où l'on croise un couple de fermiers rustiques mais sympathiques, comptines et dessins animés, séries télévisées et émissions de télé... Les soignants (médecins en tête) et les agriculteurs sont représentés dans les œuvres culturelles, et ce dès l'enfance, sous un jour plutôt favorable. Les médecins (souvent des hommes) sont héroïsés. Ils sont désintéressés, se dévouent pour leurs patients et leurs compétences techniques sont particulièrement mises en avant¹. Les agriculteurs sont représentés dans un décor bucolique et harmonieux qui tranche avec la ville, ils sont en harmonie avec la nature dans des fermes à taille humaine².

Ces représentations imprègnent notre imaginaire et construisent une image positive de ces activités. Le problème, c'est que ce sont des représentations fausses, qui ne montrent pas la réalité du travail sur le terrain. Le paternalisme médical, les dépassements d'honoraires, le manque d'empathie, les violences sexistes et sexuelles, le racisme systémique, les liens troubles avec les laboratoires pharmaceutiques, le versant social des maladies... n'apparaissent pas dans les fictions médicales. Les méga-exploitations agricoles en monoculture, les mégabassines, l'épandage massif de pesticides et d'engrais, les masses d'ouvriers agricoles sous-payés, les usines à cochons, les dossiers de subvention pour pouvoir survivre... ne rentrent pas dans le cadre bucolique de nos fermes fictives d'enfance. Le problème, c'est que du côté du public, la confrontation régulière aux réalités du système de soin et la prise de conscience des dégâts causés à la santé et à l'environnement par l'agriculture créent un décalage et un sentiment de repoussoir, augmentés par la perte d'illusions de jeunesse, chez une proportion croissante de la population. De l'autre côté, les soignants et les agriculteurs ont tendance à croire à l'image d'Épinal que leur renvoient les récits collectifs et se révoltent contre les critiques, perçues comme injustes, qui leur sont faites. Au-delà des récits culturels, d'autres points communs relient les soignants

libéraux et les agriculteurs. Ce sont des indépendants, souvent des patrons qui emploient des secrétaires médicales ou des ouvriers agricoles. Ce sont souvent des notables, surtout en milieu rural. 17 % des maires, par exemple, sont agriculteurs (qui représentent 1,5 % de la population active)³. Il y a bien sûr des disparités au sein des catégories « soignants libéraux » et « agriculteurs ». Entre les médecins libéraux et les paramédicaux, entre les grands céréaliers à la tête d'immenses exploitations et les petits maraîchers ou les petits éleveurs, il y a des différences parfois énormes de revenus et de poids dans la société. Malgré tout, la mentalité d'indépendant a tendance à se retrouver chez les infirmiers ou kinés libéraux, comme chez les petits paysans.

La grosse différence entre les soignants libéraux et les agriculteurs, c'est que les premiers bénéficient d'une institution révolutionnaire qu'est la Sécurité sociale, qui leur garantit un revenu stable indépendamment des aléas économiques, via la prise en charge d'une grande partie des frais de santé des patients par la socialisation d'une partie des salaires des travailleurs via les cotisations sociales. Pourtant, les médecins libéraux ont refusé pendant longtemps le conventionnement, et refusent aujourd'hui les limitations des dépassements d'honoraires. Reconnaître que le salaire socialisé par la Sécu leur garantit un revenu confortable mettrait à mal leur vision d'eux-mêmes comme indépendants.

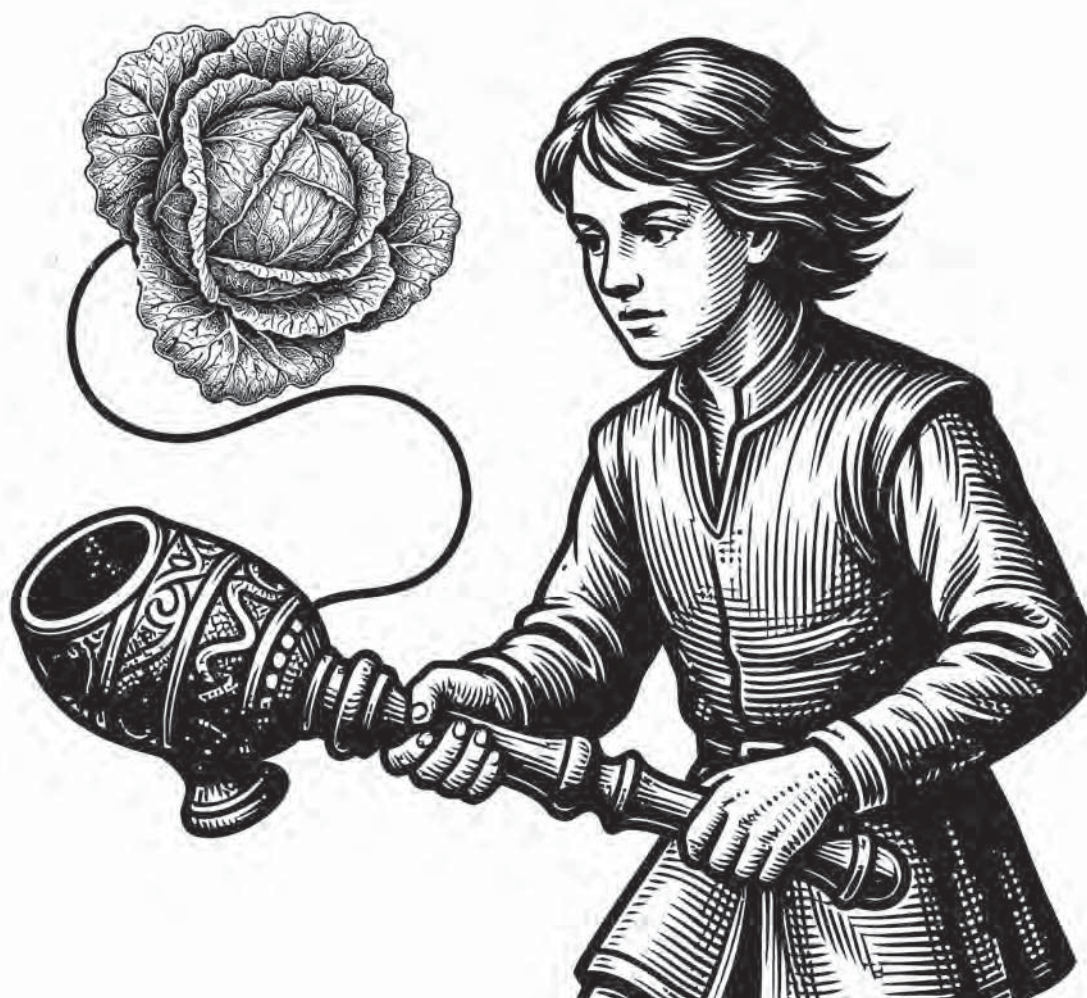
Pour les agriculteurs, la situation est moins facile. Les prix des produits alimentaires leur permettent difficilement de vivre s'ils ne produisent pas de gros volumes, ou bien s'ils ne s'adressent pas à un public qui a les moyens de payer plus cher. Mais la proportion de consommateurs prêts à dépenser davantage pour la qualité se réduit avec la baisse du pouvoir d'achat généralisée. De plus, la tendance est à la concentration des terres aux mains de gros propriétaires, avec des multinationales agroalimentaires qui achètent de plus en plus de terres, dont les prix augmentent fortement, et font travailler des salariés⁴. Si on ajoute le fait qu'un agriculteur sur quatre a plus de 60 ans⁵, on risque d'assister à la disparition des agriculteurs indépendants

qui gèrent seuls leur exploitation. La disparition de la paysannerie est une tendance de fond des pays capitalistes. Le remembrement, la fusion à marche forcée des petites exploitations familiales pour moderniser l'agriculture et permettre l'utilisation des tracteurs américains achetés avec le plan Marshall, avait déjà réduit drastiquement la population agricole après 1945⁶. Le futur qui se dessine est un paysage agricole dominé par des méga-exploitants et des multinationales agroalimentaires, qui emploieront des salariés agricoles dans des conditions dégradées, pour produire, dans des conditions écologiques désastreuses, des denrées destinées à l'exportation ou à servir de base aux aliments ultratransformés.

Cette nourriture de mauvaise qualité ne rémunère même pas les agriculteurs. Les produits de qualité ne sont accessibles qu'à un petit nombre de privilégiés. Pour sortir de cette impasse, des citoyens et citoyennes se saisissent du projet de mettre l'alimentation en « Sécurité sociale ». La Sécurité sociale de l'alimentation (SSA) est un sujet de plus en plus présent dans le débat public, qui suscite un vrai engouement auprès de collectifs militants, de partis et d'agriculteurs (Confédération paysanne). Le principe est détaillé sur le site du Collectif National pour une SSA : une carte

Vitale de l'alimentation, permettant de dépenser 150 € par mois et par personne pour acheter des produits conventionnés. Les trois piliers en sont l'universalité, le conventionnement reposant sur des caisses primaires, au niveau local, gérées démocratiquement, et le financement par la cotisation sociale. De nombreuses expérimentations de caisses locales de SSA se montent en France, certaines fonctionnent déjà (Montpellier, Paris 20^e...). Le principe de ces expérimentations est celui du socle commun de la SSA : les personnes cotisantes reçoivent un certain montant (100 € à Montpellier par exemple), souvent dans une monnaie dédiée, dépensable dans des magasins conventionnés, ou auprès de producteurs conventionnés. Le budget des caisses de SSA comprend des cotisations et des financements de collectivités territoriales ou de fondations privées, car les cotisations seules ne suffisent pas. La gestion des caisses est démocratique, dans le sens où les cotisants se réunissent en comités citoyens de l'alimentation pour déterminer les commerces ou producteurs à conventionner, et organisent eux-mêmes leur mode de fonctionnement.

Ces expériences de SSA reproduisent une partie seulement de la Sécu de la santé : le remboursement des soins prodigués par les soignants libéraux et des



médicaments produits par les laboratoires pharmaceutiques. Un salaire socialisé permet de solvabiliser des consommateurs/patients et de rémunérer des professionnels indépendants, ou des entreprises privées (les commerçants/pharmaciens et laboratoires pharmaceutiques). La nouveauté notable est le contrôle démocratique des caisses, qui s'inspire de la gouvernance de la Sécu entre 1945 et 1967, quand leurs conseils d'administration étaient composés à 75 % de représentants syndicaux élus par les travailleurs. Mais la présence de subventions des collectivités territoriales ou de fondations privées, même si elle est indispensable pour le lancement des expérimentations, pose la question de la poursuite sur le long terme de la gestion citoyenne des caisses et du risque plus ou moins grand de récupération par les pouvoirs publics, avec potentiellement à la clé le soupçon généralisé de fraude des bénéficiaires et limitation d'accès aux droits. Nicolas Da Silva explique bien dans *La bataille de la Sécu* les manœuvres de récupération par l'État des premières mutuelles à la fin du XIX^e siècle. Ces subventions ne sont en outre pas garanties sur le long terme, et restent à la merci d'une alternance politique, d'une baisse du budget municipal ou d'un désintérêt des donateurs privés.

Les défauts de cette approche par la solvabilisation de la consommation, qui rémunère les soignants libéraux à l'acte, sont bien connus dans le soin : multiplication des actes et des dépassements d'honoraires pour les professionnels libéraux, qui ont tendance à ne pas vouloir rendre de compte, et aspiration du salaire socialisé vers les actionnaires des grands labos pharmaceutiques ou les groupes de santé privés. Il n'y a pas de raison que ces défauts ne se reproduisent pas dans l'alimentation. En remboursant « à la pièce » les produits conventionnés, le risque est que demain, Carrefour crée un rayon « conventionnable » pour profiter de la manne d'argent socialisé par la SSA, ou que certains agriculteurs rognent sur la qualité des produits remboursés ou proposent une gamme de produits de meilleure qualité, moyennant supplément, dans un principe de « dépassement d'honoraires » agricole.

Même avec une demande soutenue par la Sécu, le paiement à l'acte ou à la pièce, s'il donne le sentiment de garder son indépendance, n'est pas sans inconvénients pour les professionnels. Une mauvaise récolte, un aléa climatique et le revenu baisse. Les congés payés n'existent pas, les congés maternité ou paternité sont moins rémunérateurs, la comptabilité prend du temps... De plus en plus de médecins généralistes cherchent d'ailleurs à s'installer en salariat, statut plus protecteur et plus confortable.

La sortie du paiement à l'acte pour aller vers le salariat est une revendication de long terme dans la santé, portée par des collectifs de patients comme par certains soignants, pour lutter contre la mauvaise qualité des soins et les inégalités d'accès aux soins causées

par les dépassements d'honoraires. Un autre argument est qu'aucune rémunération n'est prévue pour les actions de prévention, d'éducation thérapeutique, d'échanges entre les différents professionnels de santé ou avec les travailleurs sociaux, ce qui a pour conséquence de rendre ces activités essentielles marginales. Jusqu'ici, les soignants libéraux s'opposent en grande majorité au salariat, malgré les avantages du statut. L'une des raisons principales, peu avouable, est que la fin du paiement à l'acte viendrait mettre un coup d'arrêt à l'enrichissement des médecins. La multiplication des actes ou les dépassements d'honoraires permettent de moduler à la hausse sa rémunération, ce qui serait empêché par un salaire fixe. Historiquement, les médecins se sont toujours opposés au contrôle de leurs tarifs, d'abord en refusant pendant longtemps la convention avec la Sécu, qui signifiait le contrôle du prix des actes remboursés. Puis, dès la première convention nationale signée, en militant pour pouvoir augmenter leur tarif au-delà du tarif conventionné avec la création du secteur 2⁷. Le statut de profession libérale permet aussi tout un tas de montages pour investir dans l'immobilier professionnel, avec déduction du bénéfice imposable à la clé.

Dans le collectif national pour la SSA, certains membres comme Réseau Salariat militent pour dépasser l'approche par la consommation et ne pas tomber dans un remboursement « à la pièce ». En arguant du fait que la Sécu n'a pas fait que conventionner des indépendants et rembourser des médicaments produits par des entreprises privées, mais qu'elle a aussi construit les CHU et salarie aujourd'hui les fonctionnaires hospitaliers, ils demandent notamment l'instauration d'un salaire paysan. Mais les agriculteurs restent attachés à leur indépendance. La Confédération paysanne, également membre du collectif national pour la SSA, défend une approche centrée sur la consommation, avec un contrôle des prix.

Cet attachement à l'indépendance se comprend. Les agriculteurs disparaissent, on l'a vu. L'attachement à la terre est fort, affectivement et le foncier reste un moyen d'assurer sa retraite. Il y a aussi de bonnes raisons de refuser le salariat : ce n'est pas la panacée pour avoir de meilleures conditions de travail. Les ouvriers agricoles (deux tiers des travailleurs de la production alimentaire sont déjà des salariés⁸) sont mal payés, souvent saisonniers. Les grosses entreprises agroalimentaires qui rachètent les terres et y font travailler des salariés ne sont pas réputées pour faire preuve de largesses envers leurs employés. Si l'on regarde de nouveau du côté de la santé, les centres de santé privés, qui proposent des consultations de médecine générale ou paramédicales assurées par des soignants salariés, mettent la pression pour que le nombre de consultations soit suffisant afin de dégager des bénéfices.

Assurer un statut de fonctionnaire pourrait être un premier pas : certaines communes rachètent des fermes

et salarient les agriculteurs qui y travaillent comme fonctionnaires territoriaux, pour approvisionner les cantines scolaires ou distribuer des paniers. Salaire garanti, service public, pas d'échange monétaire entre bénéficiaires et producteurs... Ce système est très intéressant. Mais on sait que les mairies ont de moins en moins de ressources du fait du désengagement de l'État, et la pression du chiffre pour être rentable n'est jamais loin. Dans les centres de santé municipaux, la gestion peut parfois se concentrer davantage sur les aspects financiers que sur l'offre de soin. Et le statut de fonctionnaire hospitalier n'est pas garant d'un exercice du soin serein et d'un service de qualité, comme on le voit dans les hôpitaux publics depuis la mise en place de la... tarification à l'acte.

Pour sortir des travers du paiement à l'acte (ou ne pas y tomber en créant une SSA), et pour emporter l'adhésion des professionnels concernés, il faut un salaire avec des garanties. Déjà, il doit être « à vie », c'est-à-dire qu'il doit continuer après l'arrêt de l'activité pour la retraite. Plus besoin donc d'un patrimoine immobilier, terres agricoles ou cabinet, pour anticiper la chute des revenus à la retraite. Les prix des terres et de l'immobilier ne s'en porteront que mieux. Il doit être versé par les caisses locales de Sécu (assurance maladie ou SSA), gérées démocratiquement par des représentants des habitants élus ou tirés au sort, incluant des professionnels. Le montant y serait décidé démocratiquement, en fonction d'une grille nationale, mais pouvant tenir compte des spécificités locales. Les locaux, les terres, le gros matériel, seraient mis à disposition par les caisses de Sécu, qui en auraient la propriété patrimoniale afin d'éviter les phénomènes de spéculation. Les travailleurs du soin et de l'agriculture en auraient la propriété d'usage, c'est-à-dire qu'ils pourraient décider en autogestion comment travailler dans ces lieux et avec ce matériel, mais qu'ils ne pourraient pas le remettre sur le marché et en tirer un bénéfice.

Ce salaire détache la survie matérielle du marché, il garantit une continuité de revenus lors des congés, des maladies, de la retraite. Les tâches administratives et la pression du chiffre disparaissent, ne restent que le travail, source de satisfaction personnelle du service rendu et reconnaissance de la société. Pas de rapport de subordination hiérarchique, mais une responsabilité devant les usagers. Les projets de soin, le choix des cultures, les campagnes de prévention, la protection de la biodiversité... doivent être des questions débat-

tues de manière démocratique au niveau le plus local possible entre les habitants et les professionnels concernés pour aboutir d'échelon en échelon successifs, à des orientations nationales en matière de santé et d'agriculture. Les critiques sur les méthodes de traitement des cultures, sur les violences systémiques et le paternalisme dans le domaine du soin, la gestion de l'eau, devront être entendues.

En prenant pour base le salariat « à vie » des soignants, la création d'un service public territorial de santé⁹ permettrait de réduire les inégalités d'accès aux soins et de privilégier les actions de prévention, de travailler en pluridisciplinarité en questionnant la relation de pouvoir entre médecins et paramédicaux et en incluant les travailleurs sociaux, pour le bénéfice des usagers et des professionnels.

Une SSA créée sur la même base ne se contenterait pas d'un conventionnement minimal, mais chercherait vraiment à socialiser l'alimentation, en incluant les travailleurs de la transformation, de la distribution et de la restauration¹⁰. La production agricole deviendrait un travail enviable qui permettrait de vivre dignement, et d'augmenter le nombre de travailleurs. Il serait alors possible de produire une alimentation de qualité, accessible à tous, en préservant au mieux la biodiversité, les sols, les ressources en eau potable.

Dans les deux secteurs, peut-être que cette responsabilité partagée entre travailleurs et usagers, pour le bénéfice de tous, permettrait de créer un récit collectif, moins héroïsé, mais plus honnête et plus sain, sur les soignants et sur les agriculteurs. ■

- 1 Bolchegeek, 11/04/2026, « Pourquoi aime-t-on autant les séries médicales ? », à retrouver sur YouTube.
- 2 George Monbiot, *Nourrir le monde*, Les liens qui libèrent, 2023.
- 3 Julian Mischi, « Maires en campagnes », *Le Monde diplomatique*, mars 2026.
- 4 Lucie Leclair, « L'agro-industrie avale la terre », *Le Monde diplomatique*, février 2022.
- 5 INSEE, 27/02/2024, « Transformations de l'agriculture et des consommations alimentaires », à retrouver sur le site de l'INSEE.
- 6 Inès Léraud, Pierre Van Hove, *Champs de bataille*, Delcourt, 2024.
- 7 Nicolas Da Silva, *La Bataille de la Sécu*, La fabrique, 2022.
- 8 MSA, « Chiffres utiles édition nationale 2025 », à retrouver sur le site de la MSA.
- 9 SMG, « Inégalités territoriales d'accès aux soins, que faire ? », 15/02/2024, à retrouver sur le site du SMG.
- 10 Laura Petersell et Kévin Certenais, *Régime général. Pour une Sécurité sociale de l'alimentation*, Riot, 2023.

Battre en retraite

À mesure que le système de santé se délite et s'étirole, le monde du médico-social peine à répondre autant et comme il le souhaiterait à des demandes chaque jour plus lourdes. Et ce, quand il ne craint pas pour sa survie !

Caroline Urbain
Orthophoniste

À mon arrivée, en septembre 2017, le Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP), prospère institution dotée d'une maison mère et de deux antennes, avait déjà pris les mesures d'adaptation et de mise en conformité, eu égard aux lois et autres nouvelles directives à respecter. Chaque antenne disposait d'un nombre de salariés nécessaire et suffisant. Toutes les professions requises étaient représentées comme les psychologues cliniciens, psychomotriciens, orthophonistes, psychopédagogues, ainsi que des assistantes sociales et plusieurs médecins psychiatres. Nous bénéficions également d'une double direction, administrative et médicale. Chacune d'elles fonctionnait plutôt harmonieusement, avec leurs rendez-vous réguliers et leurs synthèses cliniques hebdomadaires. Cette harmonie allait bientôt être mise à mal. La forteresse, qui s'était préservée des vents et autres tumultes venus de l'extérieur, allait bientôt vivre un cauchemar.

En avril 2018, en réponse à la demande de l'Agence régionale de santé (ARS), le CMPP fut dans l'obligation de rejoindre une association plus grande, plus à même de nous gérer économiquement. Cet événement provoqua une première fragilisation des équipes, mais surtout une vague de départs de salariés et même de médecins, directeur ou non. Les mouvements de colère et de mécontentements furent bientôt remplacés par une perte de confiance et une méfiance tenace des équipes devant les nouveaux aménagements à venir. Le maintien d'une double direction, administrative et médicale, nous fut accordée cependant.

Puis, il fallut continuer à s'intégrer en proposant deux représentants de proximité, un pour chaque pôle, eux-mêmes reconnus, et acceptés, par des délégués du personnel plus syndiqués. Encore assez nouvelle au CMPP et moins épuisée que mes collègues, puisque sans passé ni nostalgie à son égard, j'acceptais d'endosser ce nouveau rôle. J'allais prendre pleinement



la mesure de ce que pouvait être une structure pyramidale. J'ai alors commencé à ressentir un je-ne-sais-quoi de déshumanisant, car nous n'étions plus que des relais entre les collègues et notre direction, censée elle-même faire remonter les questions, informations ou autres requêtes au Comité social et économique (CSE), qui lui-même, selon l'importance ou la gravité de la situation, pouvait enfin transmettre à la direction. Les procédures étaient scrupuleusement respectées, mais elles prenaient immanquablement du temps. Nous avons souvent attendu, parfois même en vain. Il a également fallu s'adapter à un nouveau lexique. Le CMPP avait maintenant un manager qui se devait de manager des collaborateurs. Bienvenue dans le monde de l'entreprise où le vocabulaire allait se conformer et s'appauvrir.

Vaille que vaille, chacun à son poste, chaque salarié a continué à travailler dans le respect des valeurs, de la diversité des services et des pratiques chevillées au CMPP. Mais l'un des pôles était désormais sans médecin. Son équipe a dû pallier cette absence et s'organiser pour maintenir une dynamique d'activité. Mais les fantasmes d'une fermeture ont émergé et fini par gagner l'ensemble des équipes qui, peu à peu, s'épuisaient. Heureusement, des aménagements ont pu se faire et bientôt des médecins, psychiatres ou non, ont pu être recrutés. Mais ils ne restaient pas, quand d'autres, plus anciens au CMPP, partaient en retraite ou allaient travailler ailleurs. Très vite, le CMPP ne put plus compter que sur son directeur administratif qui, à son tour, avant de partir en retraite, et malgré leur raréfaction, recruta un médecin directeur chargé de veiller à la bonne marche et au bon rendement de chaque pôle. Quelque temps plus tard, l'Association se chargea de nommer un nouveau directeur administratif, le fameux manager. Elle avait tenu parole.

Mais le temps avait passé, emportant avec lui d'autres collègues, réduisant ainsi les équipes et diminuant, de fait, le nombre d'actes attendus, une perte déjà amorcée depuis l'absence des médecins.

Avec seulement un management bipolaire, nous allions maintenant subir une gestion autoritaire et expéditive qui ne donnerait plus sa place à la réflexion et au travail clinique, pourtant si fondamental et

précieux pour nous. Seul importait de savoir où on en était et où on pensait « emmener » nos patients. Ce qui pouvait se traduire par « état des lieux, objectifs, et moyens » pour y parvenir. De même, ç'en était fini des suivis au long cours. Une prise en soin ne devait plus durer que deux ans, tout au plus, dès qu'elle était engagée. Il semblait que nous étions inexorablement transformés en une sorte de plateforme, de tremplin voué aux diagnostics et réorientations après des suivis qui se devaient d'être rapides et efficaces. En parallèle, il nous fallait gérer des grilles, des tableaux et entretenir régulièrement une relation brève et factuelle avec nos écrits. Il y eut bien des résistances mais les équipes ne se reconnaissaient plus devant une telle pression, qui finalement, par la force (la violence ?) des choses, devenait oppression. Des praticiens s'essouffaient et diminuaient leur temps de présence au CMPP. D'autres se mettaient en arrêt de travail, quand d'autres encore pouvaient être chassés pour « insubordination », laissant les jeunes patients et leurs familles désemparés parce qu'en attente ou suspension de soins. Certains départs étaient si fréquents que des patients durent parfois changer deux ou trois fois de thérapeutes, quand ils n'abandonnaient pas leurs suivis.

Dans de telles conditions, comment assurer un accueil bienveillant et une bonne qualité de soins auprès de nos patients ? Les vaillants thérapeutes, toujours debout au CMPP, ont porté et portent encore les valeurs et les pratiques d'une forteresse qui résiste en s'adaptant aux nouvelles recommandations et en se renouvelant, tout en gardant son âme. Mais à l'heure où des professions se raréfient, préfèrent le libéral, ou sont même remplacées (par exemple un temps plein d'orthophonie peut être remplacé par un temps plein d'ergothérapie) et quand des CMPP sont sommés de fermer, souvent avec perte et fracas, on ne peut que redouter leur transformation et s'inquiéter de leur disparition.

Las ! Toujours en exercice avec plaisir et convictions au CMPP, j'avoue maintenant, non sans un brin de culpabilité, aspirer ardemment à prendre ma retraite. Mais je résisterai jusqu'au bout à l'envie de fuir ce milieu médico-social si contraint et appauvri. **P**

Accessibilité des transports

Le mot accessibilité est utilisé à de nombreuses reprises dans le champ du handicap. C'est notamment le cas pour les transports. L'accessibilité des transports parisiens, ou peut-être l'inaccessibilité, fut un thème de discussion lors de la préparation des JO 2024.

LBA (Le bus anonyme)

Les discussions se sont bien souvent concentrées sur les réseaux du métro et du RER. Les stations de métro datant, pour la plupart, du début du XX^e siècle, sont effectivement très difficiles d'accès pour des parents avec poussettes, et absolument inaccessibles pour les personnes handicapées en fauteuil roulant ou déambulateur. Les plus récentes le sont effectivement, c'est le cas notamment de la ligne 14, mais il faut donc limiter son trajet aux stations desservies, ce qui entrave quelque peu la liberté de circulation. Fort heureusement, face à ce constat, la RATP et la ville de Paris, ont rendu le réseau des bus accessible.

Au fait, je ne me suis pas encore présenté : je suis un des autobus de la RATP. Si je m'adresse à vous aujourd'hui, grâce à l'écriture de l'une de mes utilisatrices en situation de handicap, c'est pour vous montrer ce qui peut se produire sur les lignes de bus dites accessibles.

Entre les bus du début du XX^e siècle et ceux du début du XXI^e siècle, il y a eu de grands changements dans l'accessibilité. Il y eut des bus avec une plateforme arrière à l'air libre à une certaine époque, et, plus récemment, des marches et une barre centrale. Vous pouviez monter par la porte arrière, plus large, avec un landau ou une poussette, mais pas avec un fauteuil roulant. Diverses politiques se sont alors penchées sur la nécessité de rendre nos sociétés sensibles à l'accessibilité. Ainsi de la RATP et la ville de Paris.

J'ai donc, comme tous les autres bus, pris le tournant de l'accessibilité en étant profondément modifié. Une margelle rétractable a été mise en place à l'entrée de la porte centrale du bus, pour les fauteuils roulants, poussettes, landaus et les personnes porteuses de handicap. À l'intérieur, un espace leur est réservé et des boutons d'arrêt installés à proximité. Waouh !!! Quelle avancée et quel progrès pour tous nos usagers. Je ne pouvais, comme mes confrères, qu'être heureux !

Avec toutes ces améliorations, les trajets des personnes en fauteuil roulant ou en déambulateur devraient idéalement se passer ainsi : la personne attend à l'arrêt, le bus arrive, le chauffeur repère l'utilisateur, lui sourit en arrivant (cela peut être compris dans l'option de l'accueil), stoppe son bus le plus près possible du trottoir

et fait glisser la margelle avant d'ouvrir en grand la porte arrière. La personne monte, installe son fauteuil à l'emplacement réservé avec la compréhension des usagers valides. Les portes se referment, la margelle se rétracte. Après un trajet plus ou moins long, la personne handicapée signale sa volonté de descendre à l'arrêt suivant en appuyant sur le bouton. Le bus stoppe, le chauffeur enclenche la margelle puis ouvre la porte arrière. La personne handicapée descend à l'arrêt.

Vous avez, je l'espère, noté que je parlais d'une situation idéale. Lorsque je rencontre mes homologues dans les dépôts ou lors de nos rencontres ponctuelles sur les trajets, on peut en parler. Malheureusement, cela ne se passe pas toujours comme ça. C'est quelque peu différent pour les personnes se déplaçant avec un déambulateur, comme la personne écrivant ce papier, reconnue personne à mobilité réduite (PMR) depuis de nombreuses années. Elle a des séquelles d'encéphalomyélite de rougeole contractée à l'âge de 3 ans et demi, à une époque où le ROR n'existait pas (vous pouvez avoir une idée de son âge !!!). Si durant plusieurs années, elle marchait sans canne, celles-ci lui ont été utiles, l'âge venant. Puis, à la suite d'une mauvaise chute et une fracture de la hanche gauche, il lui a été recommandé d'utiliser un déambulateur, ce qu'elle fait depuis plus d'une année. Malgré cela, elle reste assez active et dynamique et lors de ses déplacements elle utilise le réseau des bus, pensant, à juste titre, que celui-ci est bien plus accessible. Quelle déception !!!

Lorsqu'elle attend le bus à l'arrêt, elle s'arrange toujours pour être assez visible, afin qu'il puisse amorcer la manœuvre nécessaire à son positionnement près du trottoir, permettant ainsi l'ouverture de la margelle d'accès. Ce qu'il fait la plupart du temps, mais la margelle n'est pas systématiquement enclenchée (une fois sur quatre, et encore !). Lorsqu'elle ne l'est pas, soit la personne remonte vers la cabine du conducteur pour la demander, soit un des passagers la demande. Elle peut, aussi, parfois monter par la porte centrale en portant son déambulateur. Cela lui est encore possible, car elle a suffisamment de force dans les jambes pour tenir un bref instant sans appui, mais cela est potentiellement dangereux pour elle, pouvant engendrer une chute et donc des conséquences sur sa mobilité.

Une fois dans le bus, elle s'assoit sur le siège de son déambulateur si son trajet est très court, ou sur une des places réservées aux personnes handicapées et elle prend bien soin de plier son déambulateur afin qu'il ne gêne pas les autres usagers du bus. Parfois, le chauffeur lui demande le lieu de sa descente (elle peut alors espérer que la margelle sera mise), mais ce n'est pas toujours le cas.

Le trajet se déroule tranquillement et, sa destination approchant, elle appuie sur le bouton destiné à signaler qu'une personne handicapée veut descendre. Le bus arrive à l'arrêt. Elle se prépare, mettant son déambulateur en position de départ. Le chauffeur peut positionner son bus de façon *ad hoc* le long du trottoir, maintenir la porte arrière fermée le temps d'enclencher la margelle, engendrant un mécontentement chez certains usagers pressés de descendre et qui n'ont pas remarqué la présence d'une utilisatrice de déambulateur. Quand la porte s'ouvre, la personne peut ainsi descendre en sécurité. Mais bien souvent, cela n'est pas le cas. Le bus peut être positionné très près du trottoir mais la margelle non mise, ce qui fait que bien souvent, la personne descend en portant de nouveau son déambulateur pour le poser sur le trottoir, avec ou sans aide des autres usagers. Parfois, la distance entre le bus et le trottoir est trop importante et il lui faut alors demander au chauffeur de mettre la margelle. C'est fait la plupart du temps avec gentillesse, mais parfois avec une légère contrariété du chauffeur.

Comme je l'ai dit plus haut, rien ne peut être parfait dans ce monde, mais je me pose tout de même quelques questions, auxquelles j'aimerais bien recevoir une éventuelle réponse de la RATP.

J'aimerais connaître les consignes données aux

chauffeurs de bus quant à l'accueil des personnes avec un déambulateur. Lorsque je circule dans les rues de Paris, je remarque les utilisateurs de déambulateur sur les trottoirs et je vois bien que pour certains, la position debout est très fragile et combien le déambulateur leur permet de tenir debout. Il leur serait, absolument impossible de le porter pour rentrer ou descendre du bus.

Une fois la personne montée dans le bus (avec ou sans margelle), certains des chauffeurs sont-ils touchés d'amnésie ou de cécité ponctuelle pour ne pas remarquer dans leur rétroviseur la personne handicapée demandant la sortie du bus ? Petite question annexe, le bouton spécifique à la demande de sortie du bus pour les personnes en situation de handicap allume-t-il un clignotant ou lumière sur le tableau de bord ? Question pertinente, car, lors d'un contrôle des billets ou Navigo sur un trajet, un des contrôleurs a demandé à l'auteure du papier si elle avait dit au chauffeur du bus son lieu de descente. Elle ne l'avait pas fait, pensant qu'appuyer sur le bouton ad hoc suffirait.

Ceci n'est qu'un témoignage et peut bien entendu être remis en cause. Cependant, il est le reflet de ce qui peut se passer sur les lignes de bus pour les personnes se déplaçant avec un déambulateur. Il est certain que le combat de l'accessibilité dans les transports a encore de beaux jours devant lui, mais il ne faut surtout pas s'interdire d'en parler. Le mot accessibilité n'est pas un gros mot. L'évolution de la plupart des moyens de transport les rendra ainsi plus accessibles pour tous quelles que soient leurs difficultés de déplacement. Mais comme nous ne sommes pas dans le monde des Bisounours, cela risque encore de prendre du temps. **P**

Lettre à la mort

Quand on est en souffrance, l'autodérision est vitale, le rire nécessaire, avec la création (l'écriture et les arts) on peut se prodiguer un soin. L'humour est aussi une force politique contre les pouvoirs à ne pas négliger.

Christophe Esnault
Écrivain

J'arrive. Ouvre une bouteille. Le temps que le vin décante, je serai là. S'étourdir d'arômes quels qu'ils soient pour se distraire de ton attente. Le temps s'accélère plus on avance dans notre vie. Où pourtant plus rien ne se passe. En presque concordance, je viens d'ouvrir un bourgogne 2023. T'écrire. Une bonne occasion pour boire. N'est-ce pas ? Faut-il ne pas s'en trouver une ou quatre par jour ? Je vais en passer des nuits et des millénaires avec toi. Rien qu'à y penser, c'est vertigineux. Ce n'est pas que je souhaite un traitement de faveur, mais je n'y serais pas opposé. Ce n'est d'ailleurs pas tellement toi que ce qui te précède. J'ai très à cœur de choisir. Jouer d'une certaine maîtrise. Prendre la main sur mes derniers instants. Pas envie que la maladie me grignote avec ses tuyaux dans le nez. Infirmières qui cachent ma sonnette car je demande trop souvent à aller aux toilettes et banderoles dans les couloirs de l'hôpital pour demander plus de moyens. Lot de douleurs. Agonie et humiliations. Quitte à raboter mon séjour sur Terre. Vraiment j'y tiens. À être acteur de ma propre mort. Avec le souci d'éviter et le trop tôt et le trop tard. Surtout le trop tard. Tu le comprends vite, j'écris, sans vraiment savoir œuvrer à autre chose. C'est une façon idiote de lutter contre toi comme s'il allait rester quelque chose de mes textes après mon trépas. Idée stupide, mais je suis pleinement engagé là-dedans. Écrire. Texte après textes. Livre après livres. Je me dis pourtant, il serait bientôt temps de savoir s'arrêter. De préparer une cérémonie avant d'entrer nu dans la Loire. Ou de me trouver un promontoire. J'y pense à peu près du matin au soir, et puis je réussis aussi à écrire d'autres textes testamentaires qui s'ajoutent à déjà pas mal d'autres textes testamentaires. Et si aujourd'hui ou demain, j'écrivais mon meilleur texte ? Alors je n'en finis plus de différer. Avec cette peur que tu me prennes par surprise ou par emprise. Embolie pulmonaire. Attaque cardiaque. Paralysie cérébrale. Ou ce qu'on voudra. Le pire étant d'être piégé par la

douleur. Mis dans une situation cauchemardesque où je ne peux plus mettre fin à ma vie. Je ne suis pas très vaillant pour découvrir un monde quand je vais franchir ton portillon. Retrouver d'autres morts. Ma maman et quelques amis. Ou des personnes que je n'aimais pas. Des esprits. Entités. Des présences douces ou maléfiques. Houla. J'aime ma solitude et vraiment, les gens, vivants ou morts, je ne les supporte pas. Si je puis me permettre, ce n'est pas négociable. Que persiste une conscience quand on est arrivé chez toi, où mon âme en errance sur le cosmos, je te le dis autrement, je suis de nature inquiète, et un anxieux, je ne le sens pas trop, et je veux bien mettre les pieds dans le confort pilou-pilou d'un retour à la non-existence absolue. Si tu veux bien. Si tu es d'accord. On peut lire tout plein de choses pas très rassurantes sur toi. J'ai beaucoup lu. Beaucoup trop. Sans avoir appris autre chose que, parfois, tu es une délivrance et que l'on peut vivre la joie de savoir que tu as emporté quelqu'un qu'on aimait et qui en avait vécu plus qu'assez de la souffrance et qu'on te remercie pour ta venue. Je connais une femme. Une anarchiste. Paléolithique. Qui vit plusieurs vies dans chacune de ses heures. Elle te fait des *fuck* et des *off* avec ses doigts parce qu'elle ne mourra jamais. Elle n'a pas de temps pour ça. Elle est catégorique. Ce sont ses dons et sa propension rieuse inaltérable qui ont rempli ma vie. J'essaie de ne pas m'éloigner trop de ce merveilleux-là, de tous ces plaisirs et ces rigolades à se tenir le ventre, qui ont été, mêlés à l'expérience de création, les plus grisants de ma vie (il y en a eu d'autres). Je réussis à me convaincre que l'expérience de l'amour est une éternité rieuse qui te fend le crâne, et que tu peux bien t'inviter ou moi venir te chercher, mon rire sera un alien dans ton vaisseau. Parce que j'ai connu l'amour, et que le reste ne sera jamais un événement.

Finalement, je vais arriver en retard, il est pas mal ce pinot noir. **P**

Dernier point d'accueil SNCF ?

À Strasbourg, je me compte parmi les « dix juifs pour Gaza » et pas nécessairement contre l'existence de l'État d'Israël. Il y a quelques jours, j'ai participé au pot de départ de mon amie Michèle Boehm qui fêtait 19 ans d'animation du dernier Point d'accueil solidarité SNCF.

Georges Yoram Federmann

Psychiatre gymnopédiste

Michèle, c'est une longue aventure commune, commencée en 1998 avec La permanence d'accueil des sans-papiers créée par Véronique Dutriez et qui a servi, jusqu'à sa mort en 2005, de plateforme associative de régularisation et d'intégration des sans-papiers autour de collectifs informels et indépendants d'avocats, de médecins et d'usagers impliqués dans la cité, sans subvention. Il y avait là comme têtes de pont, outre Michèle et moi, l'avocate Christine Mengus, Gaëlle Donnard et le curé prophétique Denis Perrot.

Nous avons évoqué nos usagers-patients-compagnons communs que nous avons croisés depuis près de trente ans : ce Kurde irakien qui était coiffeur à la mosquée et s'était installé à Strasbourg et qui est retourné au Kurdistan pour y élever son aîné autiste ; cet autre Algérien qui est devenu travailleur social et s'est mis à écrire ; ce Sénégalais sans papier qui ne se départit jamais de son sourire comme une publicité pour Colgate ; ou ce Kosovar alcoolique qu'un de mes patients apiculteur avait hébergé pendant des mois chez lui... et qui s'est enfui avec la femme de son bienfaiteur, un peu en colère... Il y avait là de nombreux travailleurs sociaux, dont j'admire l'engagement et le dévouement, mais qui se heurtent à un manque de reconnaissance sociale et financière et à un manque de moyens.

Les tensions touchent tous les secteurs et font des morts chez les usagers comme chez les professionnels. Mineurs isolés, femmes battues, enfants à la rue, demandeurs d'asile en CADA, 115... Je ne crois pas connaître un éducateur heureux. Ils passent leur temps à rester en équilibre sur le fil du rasoir et épousent les tourments des usagers, souvent frappés par les traumatismes vicariants. Ils sont confrontés à une logique gestionnaire de plus en plus désincarnée et disposent de peu de lieux pour se retrouver et résister. Nous avons tout de même à Strasbourg L'Épingle et Social à venir, associations de réflexion à orientation psychanalytique sur le travail social. Ils sont en mal de soutien, de reconnaissance et de collégialité avec les autres travailleurs du soin dont les médecins. Il y avait là Isabelle, qui travaille à mi-temps pour se former à l'art-thérapie et Fatima, qui a été fauchée, il y a quelques années, par une sclérose en plaques et dont

le seul moyen de tenir est de s'isoler pendant une heure chaque jour à la piscine à faire des longueurs pour tenter d'échapper à l'emprise des malheurs du monde.

Juif-Arabe né au Maroc et converti à l'exercice de la médecine, je suis engagé dans la défense de Gaza et de la Cisjordanie. Je me sens très seul et isolé, notamment dans ma ville de Strasbourg. Toute ma famille en Israël se sent en insécurité permanente et voue le Hamas aux gémonies. Elle trouve la réaction d'Israël depuis octobre 2023 légitime, proportionnée et humaine. De la légitime défense pure.

J'ai partagé un hommage destiné à Michèle où j'ai aussi parlé du passage récent chez nous pour un deuil de ma sœur qui vit en Israël, et que j'ai invitée à participer à une cérémonie pour la Paix, le 11 novembre, pour prendre la température du contexte sociologique de gauche, elle qui est à droite. Elle m'a fait confiance et a écouté stoïque une succession de déclarations antisionistes, dénonçant les exactions d'Israël. Je la sentais se ratatiner progressivement. À un moment, elle se tourne vers moi et m'implore presque : « Tu ne vas pas toi aussi utiliser le terme de génocide ? »

J'ai pris la parole et ai obtempéré. J'ai parlé de la douleur des mères palestiniennes et des mères israéliennes ; de la peur des civils « des deux côtés » ; des dévastations à Gaza ; de la transmission de la violence ; de la Loi du talion et du pardon.

Les Palestiniens pourront-ils pardonner aux Israéliens ? Les Israéliens pourront-ils se pardonner ?

Et j'ai terminé par une chanson en hébreu pour que cette langue ne soit pas seulement associée à Netanyahu, mais aussi reste la langue de l'amour *Erevchel shoshanim*, créée par Mike Brant et Nana Mouskouri. Fatima est tombée dans mes bras en pleurs, surprise que l'on puisse encore convoquer la poésie et l'espérance.

La poésie et l'espérance resteront entre nos mains malgré les menaces qui pèsent sur la pérennité du dernier Point d'accueil géré par la SNCF. La roue ne tourne pas toujours sur de bons rails.

Quelques jours plus tard, nous recevions à la maison, dans le même lit que ma sœur, deux refuzniks de 19 ans. ■



Jean Doubovetzky

Covid-19, humains contre virus

Publié à compte d'auteur, Éditions éponymes, Albi, 2025

Covid-19, humains contre virus raconte les premiers mois de la pandémie, vus de multiples manières : vécue au jour le jour dans le cabinet de médecine générale de Cantepau, à Albi, mais aussi dans son déroulement en Chine, en France et dans le monde. Ces récits entrecroisés sont l'occasion de nombreux fragments de vie heureux ou dramatiques et de multiples réflexions sur la médecine et son histoire, la société et le profond impact de la pandémie sur nos esprits, notre vie quotidienne, les structures et les équilibres ou déséquilibres sociaux, écologiques, politiques et économiques. Un livre unique, à la croisée des chemins entre le récit, la littérature médicale, le document d'information, la réflexion humaine et philosophique. On connaît bien le Dr Doubovetzky à *Pratiques*, à qui il a offert plusieurs contributions.

Je dois reconnaître une affection particulière pour lui et un coup de cœur. Il nous rappelle à la page 33 qu'il a fait un infarctus du myocarde puis une récurrence qui l'ont obligé à réduire son activité professionnelle... un peu comme moi qui, en pleine écriture de cette recension, ai présenté une embolie pulmonaire.

Il est avant tout généraliste dans le quartier déshérité de Cantepau à Albi où il a consacré sa vie professionnelle à favoriser l'accès aux soins de manière inconditionnelle. Rédacteur de la revue *Prescrire*, il lutte contre les surdiagnostics dans le cadre de Cancer Rose (aux côtés de Cécile Bour, notamment) et on ne peut s'empêcher de penser aux travaux du précurseur Bernard Junod.

Il a créé un blog très didactique, *Anti-Knock*, qui met la médecine à la portée de tous.

Il affectionne les « digressions » pour embrasser un sujet de manière épistémologique.

Il confronte les plaintes de ses patients à la clinique, à l'écoute et aux données statistiques récentes.

Il ne supporte pas que l'on puisse fragiliser l'accès aux soins des plus vulnérables et a porté plainte contre les Drs Mattéi (2003) et Véran (2024) devant l'Ordre... et en date du 8 mars 2026 contre le Dr Nathalie Rist (je m'y suis associé comme multirécidiviste).

On entre dans ce livre comme dans un récit : celui de la chronique du quotidien de ces périodes étranges durant lesquelles nous avons mené « une guerre » collective face à un virus.

Métaphore guerrière inappropriée puisque le virus, quoique virulent, n'ait jamais fait la moindre déclaration belliqueuse contrairement à certains chefs d'État, hyperactifs et sociopathes, devenus des serials va-t-en-guerre transgressant le Droit international. Je suis si

choqué par ces transgressions que j'ai cherché une équivalence au niveau de la structure sociale de base, la famille, et je suggère que nous pourrions la trouver dans la banalisation, scandaleuse évidemment, du non-respect de la prohibition universelle de l'inceste. Ce non-respect du droit international par les psychopathes tueurs et déclencheurs de guerre équivaldrait, selon moi, au non-respect de la prohibition universelle de l'inceste.

Guerre dirigée par un conseil de guerre martial et incontesté, restreint, donnant tous les signes de la force tranquille capable de paralyser l'activité du pays durant des semaines, imposant deux confinements, obligeant, sous peine d'exclusion, les soignants à se vacciner.

Guerre dont les effets clivants se font toujours sentir parce que l'ultralibéralisme a repris ses droits de destruction de la relation humaine par (et pour) le profit alors que l'on a voulu croire que la solidarité naturellement partagée durant l'épidémie allait redonner leurs lettres de noblesse aux « premiers de cordée ». On a vu un président s'appuyant, en février 2021, sur deux Youtubeurs, Mc Fly et Carlito pour un clip dépassant les dix millions de vues ; illustration du rôle clef joué par les influenceurs supplantant le journalisme et la culture générale pour imposer une lecture binaire du réel et la disparition de la polysémie.

On a vu une présidente de la Commission européenne dealant directement avec le PDG d'un laboratoire pour l'achat de millions de doses à Pfizer sans organisme de régulation. Ce que l'on a appelé le Pfizergate.

Il faut rappeler qu'au 7 juin 2022, plus de 11 milliards de doses de vaccin contre la Covid-19 avaient été administrées dans le monde en réponse à la pandémie. La thrombocytopenie thrombotique immunitaire induite par la vaccination (TTIV) est une affection nouvelle, rare mais potentiellement mortelle, associée à la vaccination contre la Covid-19. Les cas de TTIV sont principalement associés aux vaccins contre la Covid-19 à vecteur adénoviral : ChAdOx1 (AstraZeneca) et Ad26.CoV2.S (Janssen).

Le Dr Doubovetzky s'est essayé avec succès et gourmandise à l'essai polémique et politique, au cours d'histoire, à la réflexion sociologique et à la vulgarisation médicale (la documentation est abondante et passionnante) par la digression (page 9). Il s'est appuyé sur la littérature et chaque paragraphe débute par un poème inspirant et intrigant.

L'épidémie a commencé en Chine le 31 décembre 2019 et

entre le 1^{er} janvier 2020 et le 1^{er} mars 2021, la revue *Science* a publié plus de 250 articles sur le coronavirus ou la pandémie.

On peut lui adjoindre d'autres sources : *Nature*, *The Conversation* et des journaux médicaux comme le *British Medical Journal*, le *Jama*.

La digression par la tuberculose et la lèpre est pleine de sens et sème des « graines de réflexion », car « la connaissance de ces maladies nous fait relativiser la pandémie du Covid-19 et nous incite à nous demander quelles en seront les conséquences à long terme » (page 42).

L'auteur développe une série d'effets indésirables du confinement sur la santé comme la prise en charge de nombreux troubles psychiatriques par les généralistes par réduction d'activité des psychiatres libéraux avec, par manque de communication, une méconnaissance des situations et des traitements. On a observé l'aggravation du diabète et de certaines pathologies cardiaques par cessation de l'activité physique dont la marche, des prises de poids, des décompensations psychiques surtout dans les milieux moins favorisés, l'augmentation des violences faites aux femmes et aux enfants, l'augmentation des grossesses non désirées par réduction de l'activité des centres assurant avortement et contraception, l'augmentation des inégalités sociales, l'augmentation de la détresse et de l'isolement dans les prisons et les EHPAD. Laissons la parole à l'auteur pour conclure : « Une autre manière d'analyser les choses, c'est de dire que la classe des grands administrateurs et des politiques méprise les citoyens. Dans la crise du Covid, il est clair que ni les agences régionales de santé, ni le ministère de la Santé, ni le conseil scientifique n'ont été à l'écoute des professionnels de santé de terrain, hospitaliers ou libéraux. Et encore moins des patients. Un des grands perdants de cette crise, c'est la démocratie sanitaire (page 314)...

Si, comme je le crains, on ne peut attendre des élites qui nous dirigent qu'elles se plient volontairement ou

spontanément à une éthique du respect, alors il reste à espérer que les habitants sauront la leur imposer. Et contribuer, chacun à sa façon, à ce changement. » (page 315).

En lisant ce livre, on a vraiment l'impression d'une approche épistémologique de l'épidémie ; on se sent plus averti, plus sensible, plus aguerri, plus stoïque et prêt à affronter ensemble les prochains défis sanitaires qui nous attendent. On a moins peur d'être dépassé par les effets de panique et de précipitation. On a plus confiance dans l'expérience raisonnée de terrain et on a envie de conseiller la lecture attentive de *Prescrire*, *Pratiques* et du blog *Anti-Knock*.

On a envie de devenir soi-même chroniqueur du soin et du sanitaire et social.


On se sent plus proche et familier du quotidien des soignants de terrain et de ce que vivent les patients et usagers comme si on prenait plus conscience encore d'appartenir à la même famille des humains.

Nous redoutons les effets dévastateurs des clivages et des manichéismes idéologiques.

Et c'est ce que ces deux périodes de confinement ont préparé (mars 2020).

Il y a eu ensuite le déclenchement de la guerre contre l'Ukraine menée par la Russie (février 2022) et l'écrasement génocidaire de Gaza après le massacre du 7 octobre 2023.

Et le début du mandat fascistoïde de Trump en janvier 2025. Et aujourd'hui, on voit bien que toute position critique vis-à-vis du génocide sur Gaza est impossible sans que l'on soit criminalisé comme antisémite (c'est le but du projet de Loi Yadan qui n'a pas pu être discuté le 25 janvier 2026) comme si les juifs du monde entier s'identifiaient naturellement à l'État d'Israël.

Aujourd'hui, nous apprécions de ne pas toujours être d'accord. 

Georges Yoram Federmann



NOTES DE LECTURES

Regards croisés en pédagogie sociale sous la direction de Mathieu Depoil

En dehors des murs

Éditions La Rage du social, mars 2025

Un livre dont la lecture fait du bien en ces temps où progressent l'individualisme et la désespérance. Il est écrit collectivement par l'équipe de la « Maison Phare », lieu rare et précieux situé à Dijon dans le quartier de la Fontaine d'Ouche dans lequel coexistent plus de trente nationalités différentes. La maison Phare se réclame de l'éducation populaire et de la pédagogie sociale.

Cet ouvrage est le fruit de neuf années d'expérimentation et de recherche en équipe. « L'écriture est un excellent exercice de réflexivité collective ». Ce travail a mûri un projet pédagogique qui fait de la rue un lieu de vie sociale à reconquérir, y invente des contre-espaces, des tiers-espaces et les fait exister. Il s'agit de permettre aux habitants de ce quartier populaire, qui vivent souvent des rapports de racisme et de domination, voire d'exclusion, de sortir la tête haute « en dehors des murs » pour se rencontrer et inventer un quotidien. On a l'impression d'un chantier permanent invitant la population à la coopération, à la co-créativité et non à la simple participation selon les schémas préétablis et les dispositifs d'intervention du travail social. Il faut beaucoup d'exigence, d'humilité et de constance pour que ce chantier se concrétise, se pérennise.

Ce sont d'abord les ateliers de rue : plus de mille en neuf ans qui, dans ce temps long, sont devenus un rituel indispensable du quartier et non un îlot intermittent. « En pédagogie sociale, la pratique est centrale. Faire ensemble. Cuisiner, dessiner, faire de la musique, bricoler, coudre... Parce qu'en faisant, on triche moins » On pourrait rajouter manger ensemble, jouer avec les plus petits, lire des histoires, parler entre femmes victimes de racisme et de sexisme.

L'Art, moyen d'émancipation et de transformation sociale peut vivre dans les tiers espaces. Le beau n'est pas un privilège de classe ! À partir d'une feuille de platane, on peut faire bien des choses ! Les ateliers ont toujours lieu quelle que soit la météo, sans inscription préalable, avec la liberté de circuler, voire de ne rien faire. Avant de débiter, on se met d'accord sur le cadre. La liberté (ici libertaire et non libérale) n'exclut ni la discipline ni la rigueur. À la fin, un temps d'assemblée prévoit l'atelier de la semaine suivante.

Grâce au terrain d'aventures, la nature se laisse découvrir et les enfants y expérimentent la construction de jeux à partir de matériaux de récupération.

Il y a aussi un appartement lieu de rencontre pour les jeunes.


Un café associatif ouvert tous les jours pratique un accueil inconditionnel. Il propose des repas végétariens à partir de légumes cultivés dans les potagers collectifs qui fonctionnent avec essentiellement des bénévoles. « Il est important de donner une dignité alimentaire à des gens qui en étaient privés » Un petit marché hebdomadaire pratique des prix modiques. La Maison Phare participe à l'accompagnement scolaire ce qui oblige souvent les animateurs à suivre la pédagogie traditionnelle de l'école et non les principes de l'École dehors.

Enfin le journal intitulé Nenu-phare.

Les auteurs font le constat des obstacles qui vont s'accumulant : capitalisme de surveillance, anthropocène, fascisation de la société, marchandisation du vivant, individualisation des problématiques sociales au détriment d'une conscientisation sociale. Ils déplorent « le phénomène de dépolitisation du travail social et de l'éducation populaire né de la stratégie néolibérale par la bureaucratisation des rapports et par la technicisation des fonctions ». La neutralité politique est demandée par les financeurs. C'est dommage !

Malgré tout le projet de la Maison Phare perdure : faire des espaces collectifs, « des communs » c'est-à-dire régis par un cadre : faire quelque chose en commun au même endroit. Foucault (1967) appelait hétérotopies ces localisations physiques de l'utopie, ces espaces concrets qui hébergent l'imaginaire du monde.

Je vous engage à lire ce livre qui par ailleurs est un bel objet avec les photos grand format en noir et blanc de Sidi N'aim, restituant parfaitement la richesse des relations humaines en ce lieu.

Rien à voir avec *Entre les murs*, le film de Laurent Cantet (2008) qui décrit les difficultés d'un professeur de français dans un collège classé en ZEP. 

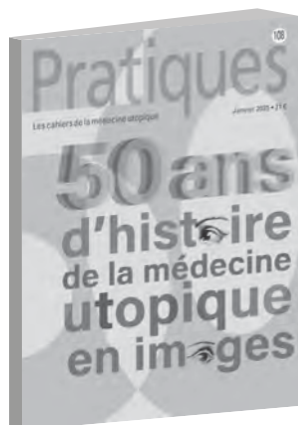
Alain Quesney

Numéros à 13,70 €, sauf le numéro double 14/15 (frais de traitement inclus : 1,50 €)

- | | | |
|--|---|---|
| N° 1 : La société du gène (épuisé)* | N° 11 : Choisir sa vie, choisir sa mort | N° 21 : Le médicament, une marchandise pas comme les autres |
| N° 2 : La souffrance psychique (épuisé)* | N° 12 : L'information et le patient | N° 22 : La santé, un enjeu public |
| N° 3 : Penser la violence | N° 13 : La médecine et l'argent | N° 23 : Ils vont tuer la Sécu ! |
| N° 4 : Santé et environnement | N° 14/15 : Profession infirmière (prix 16,80 €) | N° 24 : Le métier de médecin généraliste |
| N° 5 : La santé au travail | N° 16 : Les émotions dans le soin (épuisé)* | N° 25 : Hold-up sur nos assiettes |
| N° 6 : Sexe et médecine (épuisé)* | N° 17 : Des remèdes pour la Sécu (épuisé)* | N° 26 : L'exil et l'accueil en médecine |
| N° 7 : La responsabilité du médecin | N° 18 : Quels savoirs pour soigner ? | N° 27 : Faire autrement pour soigner (épuisé)* |
| N° 8 : La santé n'est pas à vendre | N° 19 : La vieillesse, une maladie ? (épuisé)* | |
| N° 9 : L'hôpital en crise | N° 20 : La santé des femmes | |
| N° 10 : Folle psychiatrie | | |

Numéros à 15,50 € du 28 au 35, à 17,50 € du 39 au 42, à 18 € du 43 au 54, à 19,50 € du 55 au 95, à 21,50 € du 96 au 99, à 22,50 € à partir du 100 (frais de port inclus)

- | | | |
|--|--|---|
| N° 28 : Les pouvoirs en médecine | N° 55 : Quelle formation pour quelle médecine ? | N° 81 Souffrir ? |
| N° 29 : Réforme de la Sécu : guide pratique de la résistance | N° 56 : L'alimentation entre intime et intox | N° 82 Le rire est-il soignant ? |
| N° 30 : Les sens au cœur du soin | N° 57 : Non au sabotage ! L'accès aux soins en danger | N° 83 Faire autrement pour (se) soigner |
| N° 31 : Justice et médecine | N° 58 : À quoi servent les drogues ? | N° 84 Où va la psychiatrie ? |
| N° 32 : Le temps de la parole | N° 59 : L'erreur en médecine | N° 85 Réhumaniser le soin en psychiatrie et ailleurs... |
| N° 33 : L'envie de guérir | N° 60 : Déserts médicaux : où est le problème ? | N° 86 Soigner : entre vérités et mensonges |
| N° 34 : Autour de la mort, des rites à penser | N° 61 : Handicap ? | N° 87 Recherche médecin désespérément |
| N° 35 : Espaces, mouvements et territoire du soin | N° 62 : Le jeu dans le soin | N° 88 Enfance mal traitée : société en danger |
| N° 36 : La place de sciences humaines dans le soin (épuisé)* | N° 63 : En faire trop ? | N° 89 Manifestons-nous |
| N° 37/38 : Des normes pour quoi faire ? (épuisé)* | N° 64 : Le secret en médecine | N° 90 Covid-19, autopsie d'une crise, 1 ^{re} partie |
| N° 39 : Comment payer ceux qui nous soignent ? | N° 65 : L'urgence en médecine (épuisé)* | N° 91 Covid-19, autopsie d'une crise, 2 ^e partie |
| N° 40 : Les brancardiers de la République | N° 66 : La fin de vie | N° 92 Vieillir vivant |
| N° 41 : Redonner le goût du collectif | N° 67 : La folie. Une maladie ? (épuisé)* | N° 93 Peut-on soigner sans toucher ni être touché ? |
| N° 42 : Les couples infernaux en médecine | N° 68 : « Autonomie » et santé | N° 94 La santé dans le monde d'après... |
| N° 43 : Réécrire le soin, un pari toujours actuel | N° 69 : Ces maladies que l'on pourrait éviter | N° 95 Le patient face au système de soin |
| N° 44 : Parler et (se) soigner | N° 70 : La santé, une Zone À Défendre ? | N° 96 « Un pognon de dingue » |
| N° 45 : Le confort au cœur du soin | N° 71 : Question vaccinations... | N° 97 La Grande sécu que nous voulons |
| N° 46 : L'humanitaire est-il porteur de solidarité ? (épuisé)* | N° 72 : Quarante ans d'utopies... l'anniversaire | N° 98 Mots dits soient et mal y pansent |
| N° 47 : La violence faite au travail (épuisé)* | N° 73 : Subjectif/objectif, l'inextricable | N° 99 Le soin déserté |
| N° 48 : L'enfermement | N° 74 Santé : raviver les solidarités | N° 100 Que rest-t-il de l'art dans la médecine ? |
| N° 49 : La place du patient | N° 75 Les huis clos de la violence | N° 101 Infirmières : une variable d'ajustement ? |
| N° 50 : Mettre au monde | N° 76 Santé et travail, passer de la plainte à l'offensive | N° 102 L'enfant au risque de la norme |
| N° 51 : Que fabriquent les images ? | N° 77 Tout le contraire ! | N° 103 Quelle santé pour tous ? |
| N° 52 : Féminin invisible : la question du soin | N° 78 Essence et sens du soin | N° 104 Humaniser la santé publique |
| N° 53 : Résister pour soigner (épuisé)* | N° 79 Santé connectée | N° 105 Quand le travail nuit à la santé |
| N° 54 : Infirmières, la fin d'un mythe | N° 80 La marchandisation des corps | N° 106 Les assises citoyennes du soin psychiatrique vent debout |
| | | N° 107 Euthanasie : au risque de mourir d'attendre |



108
50 ans d'histoire
de la médecine utopique en images
21 €



109
Le handicap :
de quel empêchement est-il le nom ?
21 €



110
Le handicap :
de quel empêchement est-il le nom ?
21 €

* Il est possible d'acheter les numéros 1, 2, 6, 27, 36, 37-38, 46, 47, 53, 58 et 65 épuisés sous forme de fichier .pdf via notre site : www.pratiques.fr rubrique « numéros parus »

Bulletin d'abonnement ou de parrainage

Coordonnées de la personne qui s'abonne elle-même ou qui parraine :

Nom Prénom
Profession
Adresse
Code postal Ville
Tél. : Fax :
E-mail :

Si je parraine, je choisis mon numéro offert, parmi ceux listés en page 95:
à envoyer : ? à mon ou ma filleul(e) ? à moi-même

Coordonnées du ou de la filleul(e) :

Nom Prénom
Profession
Adresse
Code postal Ville
Tél. : Fax :
E-mail :

Je choisis la formule PAPIER suivante :

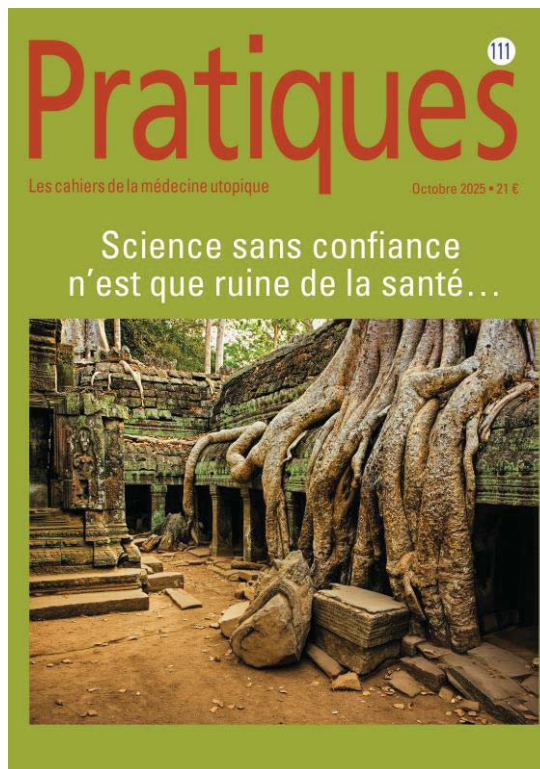
- l'abonnement **classique** d'un an, soit 4 numéros, soit **20 % de réduction** par rapport à l'achat au numéro: **72 €**
 l'abonnement **à tarif réduit** d'un an, soit 4 numéros pour étudiant, jeune installé, demandeur d'emploi
(uniquement par chèque/justificatif désiré): **43 €**
 l'abonnement de **soutien** d'un an, soit 4 numéros: **143 €**
 l'abonnement pour les **collectivités** d'un an, soit 4 numéros: **75 €**

Je renvoie, ci-joint, par courrier postal mon chèque à l'ordre de *Pratiques*

Découvrez sur notre site l'abonnement « Intégral » !

- > Vous recevez la revue papier et vous téléchargez le pdf sur notre site.
- > Vous effectuez vos recherches bibliographiques à travers 20 années d'archives de Pratiques, plus de 2 000 articles indexés par auteurs et mots clés.
- > Vous téléchargez librement les revues et articles consultés, et cela, pendant toute la durée de votre abonnement.

Passez commande en ligne dans le premier tableau de la page « abonnements » de notre site, où le paiement par chèque est possible: www.pratiques.fr



Chère abonnée, cher abonné,

Vous disposez ici de la version électronique de votre abonnement à Pratiques.

Deux conseils, pour vous en faciliter l'usage.

1) Dans cette version, les articles sont indexés par thème.

Vous trouverez à la page suivante un sommaire-index des mots-clés utilisés, indiquant, pour chacun de ces mots-clés, les N° de page des articles dont ce mot-clé caractérise un des thèmes principaux.

Pour vous rendre facilement à cette page, il vous suffit de cliquer sur le N° de page.

Pour revenir au sommaire-index, tapez 98 dans le marque pages de la barre des tâches. Vous pouvez aussi cliquer sur l'icône « Signet », située juste au-dessous de l'icône « Page », à gauche, en haut, sous la barre des tâches : elle vous conduira à la mention : « Index page 98 », qui vous y dirigera immédiatement.

En laissant continuellement affiché ce signet sur la partie gauche de votre écran, vous pouvez commodément passer du sommaire-index à l'article désiré, et réciproquement.

Alternativement, tapez dans le moteur de recherche de votre lecteur de pdf le début du mot clé et tapez de manière répétitive sur la touche Entrée. D'occurrence en occurrence, vous vous déplacerez ainsi d'un article au suivant, pour ce même mot clé.

2) Vous souhaitez extraire un article pour l'envoyer à un correspondant : vous pouvez utiliser Acrobat Reader ou télécharger un logiciel gratuit de fractionnement de votre revue pdf. Ces logiciels vous fournissent sur le champ une copie de votre fichier fragmentée en autant de fichiers séparés que de pages. Vous n'avez plus qu'à choisir celle(s) que vous souhaitez joindre à votre envoi.

Bonne lecture !

Mots clef	Page
Accueil, ouverture, disponibilité	91
Accès	88
Agences du médicament	44
Alimentation	82
Alternatives	70
Amitié	91
Approche complémentaire	67
Assurance maladie, Sécurité sociale, PUMA	82
Autochtones	4
Centre médico-psycho-pédagogique CMPP	86
Certification	17
Choix du patient, libre arbitre, décision	34
Collectif, action collective	44
Comité consultatif national d'éthique (CCNE)	72
Commun, communs	94
Complémentarité, collaboration, coopération, polyvalence	70
Confiance	24
	76
	92
Consultation	67
Covid long	60
Crise	48
Deshumanisation	21
Doqme	64
Données parlantes	4
Dysfonctionnement	18
Défiance	12
	18
Dégradation, destruction	72
Démocratie sanitaire	32
Ecoute	82
Education populaire	67
Enfant, Périnatalité	94
	38
	54
Engagement	74
Environnement, Pollution, santé environnementale, maladies environnementales émergentes	82
Epidémiologie, épidémie	48
Essais cliniques	44
	92
	70
Ethique	92
	12
	17
Expert, expertise	32
	42
	32
Expérience, pratique professionnelle	64
	76
Formation initiale, Formation continue	4
	76
Handicap, déficit	88
Histoire	48
Humour, rire	90
Hôpital, réforme hospitalière, gestion hospitalière	46
Infirmier, infirmière psychiatrique	4
Isolément, solitude	74
Legislation, loi	42
Libéralisme, néolibéralisme	46
Lien social	91
Lieux coopératifs, lieux autoqérés	94
Lobbys pharmaceutiques, lobbys	42
Maltraitance managériale	74
	18
Management, productivité, intéressement	46
	86

Mots clef	Page
Manquements	86
Marché, capitalisme, profit	92
Mensonges	60
Mort, décès, mortalité	90
Médecine narrative	46
Mépris	60
	24
Neurosciences	27
	42
Négligence des malades	60
Organisation du travail	56
Orthophonie, orthophoniste	27
Ostéopathie, ostéopathe	64
	12
	21
Politique de la santé, système de santé	24
	48
	72
Politique publique	18
	54
Pouvoir	17
Protocole	38
Pseudo-science	21
Psychanalyse	67
	42
	17
Psychiatrie, santé mentale, pédopsychiatrie, psychiatrie de secteur	21
	74
	76
Pédiatrie sociale	38
Pédopsychiatrie	54
Qualité	54
Relation soignant-soigné, relation médecin-patient	24
	67
Relation thérapeutique	34
Rencontre	34
	76
Réflexivité	34
Résistance	86
	4
Santé, Santé communautaire	56
	72
	86
Sars COV2, Covid-19	60
Savoir scientifique	24
Science, scientificité	12
	24
	56
Sciences humaines	24
Scientisme	64
Service public, Fonction publique	38
Soin	24
Solidarité	24
	91
Souffrance au travail, harcèlement, burn-out	74
Souffrance, souffrance psychique, psychose	90
Symbolique, symbole	56
Système de soins	24
Totalisme	56
Transmission, transgénérationnelle	4
Trouble du neuro-développement TND	27
	56
Témoignage	88
Utopie	94
Vaccin, vaccination	18
Vérités	12

Prati

L'épisode Covid a laissé des traces indélébiles dans les consciences et le sentiment d'être manipulés perdure. Au moindre doute exprimé par les citoyens, il suffit de brandir l'accusation de complotisme pour faire taire toute contestation. Quelle liberté de choix reste-t-il lorsque la confiance n'y est plus et que la pénurie de professionnels oblige à s'adresser à quelqu'un qu'on ne peut pas choisir ?

Le Magazine explore d'autres aspects de la santé, nous invite à lire.

La rubrique Idées donne la parole à Bernard Roy, professeur en sciences infirmières au Québec, qui nous amène à suivre les tribulations d'un infirmier militant pour le respect de l'humain dans le soin et la difficulté d'une telle entreprise...

Prochain numéro : Sexualité et société

ouies



Prix : 21 €

ISBN 978-2-492952-09-8

ISSN 1161-3726 (imprimé) – ISSN 3076-9957 (en ligne)



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION