

# PRATIQUES

*Les cahiers de la médecine utopique*

16

**DOSSIER**

*Les émotions en médecine*

# S O M M A I R E

Éditorial 3

## Dossier Les émotions dans le soin 5

L'émotion : apprendre à faire avec 6 *Anne Perraut Solivere*  
Un petit square 9 *Didier Ménard*

### L'ANESTHÉSIE ET SES MÉFAITS

Une peur intense 10 *Françoise Ducos*  
Le monde à l'envers 11 *Martine Devries*  
Petit retour historique sur un malentendu 13 *Hugues Moussy*  
Liaisons dangereuses 17 *Patrice Le Gloahec*  
Plaidoyer pour le médecin qui a l'air d'être indifférent 18 *Martine Devries*  
Télé-médecin, télé-patient, télé-émotion 20 *Jacques Richaud*  
L'échappée belle 22 *Elisabeth Maurel Arrighi*

### AU TRAVERS DES TURBULENCES

La bibliothèque 28 *Françoise Lagabrielle*  
La carapace 29 *Dominique Tavé*  
De quoi je me mêle ? 30 *Jean-Louis Galaup*  
Brouillard à Sangatte 31 *Martine Devries*  
Sur les traces de Freud et de Kafka 33 *Philippe Réfabert*

### LA DYNAMIQUE DU LIEN

Tous les deux qu'est-ce qu'ils veulent faire ensemble 40 *Françoise Levet*  
Je ne voulais pas mourir en hiver 41 *Geneviève Barbier*  
L'émotion au bout des doigts 42 *Catherine Jung*  
L'explosion 43 *Evelyne Malaterre*  
La Belle au bois dormant 44 *Martine Devries*  
Butô blanc 45 *Bâto blanc*  
Intimité 47 *Anne-Marie Pabois*  
Une force de la nature 49 *Christiane Voltaire*

## Rubriques

Images du corps : Narcissisimes télévisuels 54 *Monique Sicard*  
Actualité politico-médicale : Pour un démographie sanitaire 57 *Christian Bonnaud*  
Nous ne faisons pas grève, mais nous sommes en colère 58 *Christian Bonnaud*  
Tous les péchés d'Israël 60 *Eric Galam*  
L'heure est à l'urgence 63 *Bernard Senet*  
Santé publique : Lettre ouverte au ministre de la santé 64 *Jean-Pierre Lellouche*  
Chronique du GEL : BRICA1, BRICA2 65 *Laurent Dianoux*  
Information médicale : Les enjeux du dossier  
médical informatisé 69 *Paul Jacquin, Annie Marcheix et Pierre Suesser*  
Contraception et avortement : Pour de réels centres  
d'orthogénie 73 *Marie-Jeanne Martin*  
Coup de gueule : La souffrance à géométrie variable 74 *Denis Cabayle*  
Raconte-voir : Contraception au boulot 76 *Marc Zaffran/Martin Winckler*  
Déontologie et citoyenneté 2<sup>e</sup> partie 80 *Jacques Richaud*  
Nous avons lu pour vous : Contraception mode d'emploi 88 *Sophie Eyraud*  
Parcours, engagement et résistance, une vie. 89 *Marie Kayser*  
Infirmières, le savoir de la nuit 90 *Patrice Muller*  
Courrier des lecteurs : Procès à ma mère 91 *Olivier Boitard*

# E D I T O

**2002** commence et nous abordons déjà la cinquième année de la nouvelle formule de notre revue. Le temps d'un bilan. Notre revue toujours très fragile financièrement (lecteurs abonnez-vous, faites des abonnés, c'est le soutien le plus efficace à notre cause) a acquis durant ce laps de temps une notoriété certaine. L'enthousiasme du petit groupe de personnes qui s'est investi dans le travail d'écriture et de fabrication est toujours là. Nous sommes stimulés à la fois intellectuellement par les incessantes et trop souvent insaisissables évolutions de la médecine, mais aussi par la participation d'un public de plus en plus large de lecteurs dans notre effort pour témoigner et réfléchir au vaste domaine que sont le soin et la santé.

Beaucoup de chemin reste cependant à accomplir pour faire que nos sujets d'intérêts deviennent des objets politiques soumis à la réflexion et à la décision démocratique. Il reste à craindre notamment que les enjeux concernant notre système de soins et de protection sociale restent dans les coulisses du débat électoral des prochaines semaines à venir. Et pourtant l'Assurance maladie, sous les coups de boutoirs d'un libéralisme échevelé et d'un conservatisme structurel, est en train d'imploser silencieusement au vu et au su des seuls experts.

C'est ce qui ressort clairement du colloque que *Pratiques* a organisé le 1<sup>er</sup> novembre dernier à Rouen où se sont retrouvés côte à côte, des soignants, des syndicalistes, des mutualistes, des militants politiques, des fonctionnaires de la santé publique, mais aussi d'autres revues comme *Politis* et *Alternatives économiques* et des militants de ces nouvelles représentations citoyennes comme ATTAC. C'est avec eux et toutes les autres bonnes volontés que nous comptons alimenter le débat politique autour de cette Assurance maladie à reconstruire démocratiquement afin qu'elle redevienne le fondement de notre système de soins et de santé publique. C'est dans ce sens que notre revue a lancé la proposition avec nos partenaires d'un colloque à Paris, le samedi 23 mars prochain\*. Il y s'agira de mettre au clair des pistes pour les indispensables réformes structurelles de notre institution nourricière.

Il est nécessaire de mettre toutes nos énergies en commun pour que « nos » propositions de réforme pèsent dans la réflexion et la discussion politique générale à l'ordre du jour de cette période électoralement importante.

Souhaitons-nous une année fructueuse.

Toute l'équipe de Pratiques

---

\* cf. en pages intérieures l'annonce du colloque



# D O S S I E R

## Les émotions dans le soin

**L**es émotions, les soignants les vivent, les ressentent dans le corps, mais l'hôpital, l'université, les écoles de soignants leur ont appris à s'en méfier.

Pourtant, nous le croyons, les émotions sont au cœur du soin. Elles signent le lien, attestent de la rencontre, donnent un outil précieux à ceux qui se risquent à écouter ce mouvement de l'âme dans le corps. Aux soignants, elles offrent une résonance qui leur permet de raisonner, comme le dit une infirmière, Anne Perraut Soliveres. Et aux soignés, elles donnent un appui pour mobiliser leurs ressources physiques et psychiques face à la maladie.

Mais prendre acte de ses émotions sans se laisser submerger ne va pas de soi, ni pour un enfant, ni pour ceux qui sont occupés à affronter la maladie et la mort. Beaucoup se trouvent conduits à faire le choix de l'anesthésie, de l'occultation, de la mutilation.

Différents auteurs ouvrent des mises en perspective de cet enfermement et de l'ouverture que nous proposons aujourd'hui. Hugues Moussy, historien, raconte comment la médecine s'est laissée fasciner par la mise en scène de la bataille contre le mal. Un psychanalyste, Philippe Réfabert, propose une relecture de Kafka et met à jour les paradoxes fondateurs qui permettent à l'enfant, et l'humain en général, de se constituer une archive psychique des émotions. Une philosophe, Christiane Vollaire montre comment, après l'époque de la médecine expérimentale et de la position romantique, persister dans la dénégation de l'émotionnel pourrait être interprété comme une nouvelle forme de l'obscurantisme. Enfin, des soignants confient ce qui fait pour chacun d'eux l'intime du soin : bouleversement issu du lien avec les personnes malades, mais aussi émerveillement né dans les recours qu'ils ont su se construire pour répondre de leurs émotions, groupes de parole au-delà de toute hiérarchie, ou découverte d'artistes qui donnent le pouvoir de comprendre les corps au-delà des mots, comme en témoigne un médecin, Anne-Marie Pabois.

Ainsi, des médecins et des infirmières déploient ici l'alchimie du soin, tissée de la dynamique du lien et de la force des émotions qui accompagnent le mouvement de la vie. En osant partager leurs émotions, ils invitent soignants et soignés à inventer de nouveaux lieux de soin, faits de parole et de rencontres.

Elisabeth Maurel-Arrighi

# L'émotion :

## apprendre à faire avec

Anne Perraut Soliveres

*Cadre supérieur  
infirmier de nuit,  
chercheur en sciences  
de l'éducation.*

C'est par la peur de faire mal que j'ai commencé, celle qui vous noue le ventre rien qu'à l'idée de piquer, transpercer, découper l'escarre, tuyauter le nez, la bouche, le sexe. J'ai passé des mois en stage avec cette peur, la sensation de picotement dans les bras, les nœuds douloureux dans les trapèzes, la tête comme dans du coton et la chiasse pour couronner le tout.

Le summum de mon angoisse étant la patiente cancéreuse tellement maigre que son bassin n'était plus recouvert que d'une fine peau dans laquelle je devais effectuer l'intramusculaire prescrite. Deux fois l'aiguille a rebondi sur l'os et est tombée sur le sol à mon grand désespoir. C'est paradoxalement de cette peur qu'est née l'extrême attention que je continue à porter à la douleur de l'autre, que j'ai entrepris ce long apprentissage du geste agressif afin de tenter de le rendre supportable, de devenir capable de l'exécuter. L'essentiel de ce que j'ai appris dans le cadre des soins m'est venu par le ressenti, l'éprouvé, le reste n'étant qu'accessoire, outillage plus ou moins sophistiqué. Refusant de laisser ma vie au vestiaire, c'est au contraire avec toutes mes références émotionnelles que j'ai pu appréhender ces questions qui dépassaient évidemment mon expérience. C'est en convoquant largement ces savoirs

non « professionnels » dans l'acception strictement institutionnelle que je réussis à naviguer à l'instinct et à aborder la notion de soin dans toute sa complexité. Accepter d'être touchée ne nuit pas, au contraire, les multiples événements, chaque histoire, chaque relation, préparent les suivants et viennent enrichir l'expérience. J'ai ainsi aujourd'hui le sentiment de me laisser plus facilement toucher, mais aussi que je me dégage plus vite de cet état. L'émotion est avant le sentiment, elle prépare son lit, l'installe, le permet.

### ... à rire avec

Monsieur J. a craché une quantité importante de sang cet après-midi (hémoptysie). Devant l'ampleur du problème, il a été décidé de le transférer en chirurgie. Le Samu tarde à arriver et l'angoisse monte à mesure que les crachats se font plus fréquents et font craindre l'hémorragie cataclysmique. Monsieur J. est jeune, très sympathique et angoissé. Nous essayons de masquer notre inquiétude. Le voilà enfin sur le brancard dans le couloir dos à la porte pendant que le médecin du Samu prend les consignes auprès du réanimateur. C'est alors qu'une quinte de toux particulièrement violente projette un crachat sanguinolent à plusieurs mètres dans le couloir. Je me mets à rire en le félicitant pour cet exploit digne d'être

homologué dans le livre des records, l'assurant que jamais personne n'a craché aussi loin ce qui le fait rire à son tour. C'est finalement en plaisantant avec lui que je l'accompagne vers le véhicule du Samu.

### ... à pleurer avec

Une de mes responsabilités consiste à annoncer les mauvaises nouvelles, avis d'aggravation, transferts et autres événements imprévus. La première fois que j'eus à annoncer un décès, ma première nuit d'encadrement, je restai sans voix. Je craignais par-dessus tout cet aspect de la fonction et m'étais appliquée à imaginer une espèce d'annonce type que j'avais notée sur mon sous-main pour ne pas être prise de court. Pendant que les sonneries s'égrenaient, je me détendais doucement à l'idée que personne ne décroche (ce qui reste mon secret espoir aujourd'hui plus de 20 ans plus tard). Lorsque l'épouse du patient décrocha, je me présentai avec difficulté et bredouillai que l'état de son mari s'était subitement aggravé. Elle me demanda si elle devait venir ce qui me remplit de panique. Je lui proposai de la tenir informée de la suite, ce qu'elle accepta. Je dus la rappeler trois fois jusqu'à faire semblant d'être informée du décès au cours de la conversation alors que je continuais à parler d'aggravation. Aujourd'hui, je suis plus directe. L'émotion est devenue le guide qui me permet de sentir celle de mon interlocuteur, de trouver des mots plus justes qui nous relient par téléphone. La relation soignante se construit dans l'ajustement des capacités des interlocuteurs à trouver le point d'orgue, à repérer l'instant de vérité. Il est de plus en plus fréquent que les personnes me rappellent dans la nuit pour parler, pour obtenir des renseignements sur les circonstances du décès, pour les renseignements sur les formalités à accomplir. Il n'est pas rare que mes yeux se mouillent bien que je ne connaisse parfois pas du tout le patient ni sa famille. La souffrance invite à la souffrance. C'est parce que j'accepte l'idée de cette souffrance et son effet sur moi que je peux accompagner celle

de l'autre ainsi que m'en dégager. J'ai gagné du terrain à partir du moment où j'ai compris que cette souffrance ne s'accumulait pas, au contraire. La disponibilité à l'autre se renouvelle à la condition que l'on accepte de prendre le risque d'être touché, que l'on apprend à dire, à mettre les mots que la pudeur rend sensibles, qui à leur tour vont inviter d'autres mots à se mettre sur les maux.

Pour soigner, il faut accepter de quitter le terrain des certitudes pour suivre son intuition, même si rien de concret ne vient soutenir le raisonnement. Les émotions sont les indications que quelque chose se passe, les signes de l'élaboration inconsciente de la relation soignante. C'est dans la résonance que se révèle la qualité du lien thérapeutique, cet écho identificateur qui fait sentir qu'on se comprend, qu'on peut ressentir, vibrer dans la même partition. Le savoir rationalisé est secondaire dans la capacité à comprendre. Il vient souvent recouvrir l'indicible, il naît de la nécessité de polir les sensations brutes afin de les partager sans trop de parasites. L'émotion est première dans l'apprentissage de cet aspect du soin, c'est par la





subjectivité que l'on accède au sujet, soi et l'autre. Elle nous permet de naviguer entre l'intuition et la pensée construite. C'est parce que je suis bouleversée que le bouleversement de l'autre m'est accessible et qu'il me fait grandir et chercher des paroles d'apaisement.

### ... cette nuit

Madame D., 67 ans, portugaise vivant en France, vient de décéder à l'issue d'une maladie probablement cancéreuse sans que l'on ait eu le temps du diagnostic. Son fils était présent ce qui m'évite d'avoir à annoncer la nouvelle par téléphone. L'infirmière me demande cependant de le voir car il ne sait pas ce qu'il doit faire. Je viens avec un vague sentiment d'inquiétude que je connais bien ! Qu'est-ce que je vais bien pouvoir lui dire, comment faire face à son chagrin. Il est en face de moi, je l'invite à me suivre dans le poste de soins et nous nous asseyons en repoussant les dossiers qui encombrant le bureau. Arielle, l'infirmière qui s'occupait d'elle, est avec nous et il parle. Son souci majeur est de prendre la « bonne » décision entre le désir de son père malade de faire enterrer sa femme au pays où il veut lui-même reposer et la volonté qu'a exprimé sa mère de rester en France, de reposer près de ses quatre garçons qu'elle a élevés ici. Nous devisons doucement autour du désir de cette mère mourante qui l'a fait revenir, en voiture, de vacances au Portugal où elle avait été hospitalisée, de sa difficulté de fils à ménager son père sans trahir sa mère. Une intense émotion nous tient ensemble tous les trois, une sorte de solidarité brève et presque palpable qui nous fait oublier les autres. Je lui donne quelques indications pour régler l'immédiat en attendant la décision finale sans presque m'en apercevoir. Nous retournons dans la chambre et il range tendrement les affaires de sa mère tandis qu'Arielle et moi lui retirons ses boucles d'oreilles. Lorsqu'il part, il nous remercie chaleureusement. Tandis qu'Arielle proteste « vous n'avez pas à nous remercier », j'ai le sentiment de me réveiller d'un moment de vérité rare, d'un de ces moments

dont justement il conviendrait de se remercier mutuellement lorsque nous avons été capables de nous entendre. Ces deux événements me donnent à penser l'incroyable distance entre le refus de confrontation à la douleur de la famille et l'acceptation de me laisser toucher qui a rendu cette confrontation possible. C'est l'affrontement au chagrin de l'autre qui me paraît le plus difficile à supporter par l'écho qu'il fait inévitablement à tous les chagrins enfouis. J'ai appris à mon corps défendant non pas à me séparer de ces encombrantes émotions, mais à les laisser s'épanouir, se mobiliser, à trouver la place qu'il convient de leur donner selon les circonstances, conditions nécessaires à la rencontre d'autant que celle-ci se fait dans des circonstances dramatiques. C'est la peur de me laisser submerger par les larmes qui me faisait m'échapper, éviter la confrontation douloureuse alors qu'on m'avait prescrit de ne rien laisser paraître. Comment échapper au jugement du milieu si l'on se laisse aller à pleurer avec le malade et sa famille ? Ce n'est tout simplement pas imaginable. Submergée en permanence par ces émotions, hypersensibilité étiquetée péjorativement « sensiblerie », c'est en transgressant bien malgré moi l'interdit que j'en ai éprouvé le trouble et me suis autorisée à l'explorer afin qu'il devienne moteur et non frein de la rencontre. Le cheminement a besoin de signes pour se diriger, le plus sûr étant ce trouble intérieur duquel il est l'écriture temporelle, la trace dans l'expérience de vie. Il n'y a pas d'empathie sans reconnaissance préalable de ce trouble, pas de vraie rencontre sans acceptation de ce mouvement de l'âme, de cet élan vers l'autre, de cet écho en soi. C'est de cette résonance que doit se faire écho le raisonnement si l'on veut, un jour, que soit entendu, reconnu le savoir soignant, le savoir être avec la douleur, avec le malheur. La souffrance ne peut être réellement entendue que parce qu'il y a trace en chacun de nous de cette souffrance. C'est dans sa reconnaissance que se situe l'ouverture à un savoir humain, éternellement vivant tant que nous serons accessibles à l'émotion.

# Un petit square

Il y a sur les bords de la Seine un petit square que j'affectionne particulièrement. C'est là que je m'arrête parfois pour y déposer mes émotions impartageables. Je m'interdis de ramener à la maison la tristesse, la douleur, qui m'ont envahi lorsque j'ai gardé dans ma main celle de cette femme ou cet homme qui nous quittait, lorsque j'ai effacé mes larmes pour dire à ces enfants que leur papa était mort. Je m'interdis de ramener à la maison toute cette révolte qui gronde en moi devant l'injustice, l'humiliation, vécues par cette personne venue demander une aide pour dormir afin... d'oublier.

Que faire de toutes ces souffrances si fréquemment débusquées au détour d'une consultation. Parfois c'est trop, alors il faut pouvoir vider le trop plein, se vider pour ne pas sombrer dans la déprime. Alors, il y a ce petit square avec ce banc qui m'accueille le temps de regarder la Seine couler, ce n'est pas le pont Mirabeau, mais le temps que je passe ici est le témoin de mes doutes, mes angoisses, mes déceptions... mais aussi de mes espérances devant toute cette solidarité, cette capacité à surmonter la douleur, ces leçons de

bonheur que me donne la population toujours prête à faire face dans l'adversité.

Dans ce square, il y a des parterres de fleurs que je n'ai jamais vus à la lumière du jour car c'est toujours de nuit que j'y fais halte, comme si la complicité de la nuit était propice à ma méditation, ou tout simplement parce que la journée se termine tard.

J'aime bien ce coin de verdure dont je ne connais pas le nom, mais qui pour moi est mon jardin secret, cela me rassure de savoir qu'il est là.

**Didier Ménard**

*Médecin généraliste*

# Une peur intense

**Françoise Ducos** *Musicienne* Ça y est, le regard du médecin s'est incroyablement durci, son visage a reflété quelques secondes une peur intense qui m'a glacé le sang... Puis un silence a confirmé en plombant l'atmosphère jusqu'alors tranquille du cabinet ; Mauvais plan, grossesse à risque... Pourtant dans sa panique à voir quelque chose qu'il n'aime pas trouver, le médecin a immédiatement « professionnellement » refermé ses émotions pour ne livrer que la procédure : « surveillance et prise d'aspirine » et a ajouté « la médecine maîtrise la situation ». Pourtant son trouble ne m'a pas échappé et je me demande si cette conspiration du silence ne m'arrange pas un peu. Pour l'instant, je n'aimerais pas affronter cette peur là, celle du risque réel, cette zone d'incontrôlable existe donc bel et bien. Mais l'émotion était là, bien vivante et j'allais devoir vivre avec la Trouille que le Silence avait rendue plus intense avec des scénarios plus imprévisibles puisque finalement on attendrait qu'ils arrivent pour me les expliquer vraiment.

A eux le visage de marbre, à moi les angoisses, je n'en parlais pas même à mon amoureux. J'ai une bonne nature et j'ai travaillé mon imagination intensément pour me faire croire qu'il n'arriverait rien de grave, extérieurement sereine, je regardais le regard crispé du médecin qui se détendait après les mesures. On suivait le protocole, on essayait de se réjouir, il y avait un je-ne-sais-quoi dans l'air... Un jour le risque a montré son nez, je suis entrée à l'hôpital branchée sur un dynamap, j'ai compris que cette peur était bien fondée, mais que ceux qui nous protégeaient l'avaient soigneusement mise à l'écart comme un témoin indésirable.

C'est vrai, ça s'est bien terminé pour le bébé comme pour moi, il y a bien eu quelques frayeurs, de petits inconvénients. J'ai l'impression que cette dureté dans le regard et cette angoisse des médecins, surtout les hospitaliers, auraient pu devenir empathie si nous avions trouvé un chemin commun dans une émotion de peur partagée.



# Le monde à l'envers

Sur le moment, j'ai pensé : la consultation la plus difficile de ma vie... Est-ce qu'on peut mesurer ça ? Dominique Jacques a 42 ans, formateur d'adulte, le moins qu'on puisse dire, c'est qu'il n'est pas causant. Il vient tous les trois mois faire renouveler son ordonnance d'insuline pour un diabète qu'il gère tout seul, refusant poliment toutes les modifications, légères, que je propose. Le visage est fermé, la consultation, sans fioriture, et toujours, à la fin, le visage s'éclaire, il sourit et dit quelques mots, plus personnels, plus vivants. C'est ma gratification.

Depuis quelques semaines, il a un ganglion suspect dans le cou, il fallait attendre pour le biopsier, c'est fait. Il revient quelques jours après, je n'ai pas reçu le résultat et je ne sais pas pourquoi il vient aujourd'hui. Il s'assied, le visage fermé comme à l'habitude, il dit : j'ai appris par le chirurgien une mauvaise nouvelle... et il se tait. Je lui mentionne que, moi, je n'ai aucun résultat. Et il se tait. Commence alors pour moi un moment d'embarras extrême : pourquoi venez-vous, avez-

vous mal, avez-vous besoin de médicaments, d'un arrêt de travail ? Ceci dit en mettant les formes et le ton, pas trop inquisiteur, mais il faut bien que je sache ! Comment vous sentez-vous ? Rien, et le visage fermé et cette impression intense que j'ai fait quelque chose de mal, que j'ai oublié quelque chose d'important, qu'il est très inquiet du résultat, que ça sera très grave, qu'on a perdu du temps... Et je continue à tendre des perches, tout en me rappelant que je suis un médecin compétent, particulièrement formée à l'entretien, et en plus à l'annonce de la mauvaise nouvelle, enfin, j'essaie de me soutenir le moral et d'appliquer avec finesse et intelligence dans un contexte que je vis comme une catastrophe, les méthodes que j'ai apprises. Et il se tait. Après un temps infini, il dit : « Je ne suis pas bien, je crois que je fais un malaise hypoglycémique... » Bon, jus de fruit, biscuits, il récupère, reprend un visage vivant et peut m'annoncer son diagnostic : un lymphome et ce qu'il a compris du traitement. Par la suite, c'est toujours lui qui m'apprend les résultats, les traitements, les choix à faire, ce que

Martine Devries

Médecin généraliste



pense l'hématologue. L'entretien se déroule plutôt paisiblement, il est très à son affaire, de comprendre ce qui se passe et d'être capable de l'expliquer. Moi, je suis la personne qui écoute et qui comprend les explications. Je ne me sens plus en faute.

En fait, si j'y réfléchis bien, à chaque fois que je découvre un cancer chez un patient, mais vraiment à chaque fois, j'ai une période où je m'en veux terriblement : de l'avoir découvert trop tard (mais à plusieurs reprises c'était lors de la première consultation, car nombre de patients « choisissent » de ne pas faire ce cadeau à leur médecin habituel) ou alors, de l'avoir découvert trop tôt, apportant le malheur en quelque sorte, ou de m'en occuper trop tard, d'avoir laissé un environnement nocif, j'ai toujours une bonne raison de me faire des reproches ; je m'en veux, de l'apparition du cancer ou de sa découverte. Et bien sûr, je m'en veux aussi de me sentir coupable de manière aussi stupide. Dans cette même période, je pense aussi que le patient m'en veut, d'ailleurs il a changé de médecin... Et s'il revient, je me demande vraiment pourquoi... Ensuite, pour que cela passe, il faut que le patient me rassure, me remercie d'avoir tenu compte de sa plainte, de son inquiétude, d'avoir proposé la mammographie, le frottis, la radio... L'affirmation de mes mérites passe souvent par le dénigrement d'un confrère, son médecin habituel ne sait pas l'écouter, le chirurgien donne un diagnostic « comme ça, froidement », sans se soucier des conséquences. Le patient doit vraiment en faire des tonnes pour que je puisse retrouver une confiance dans ma valeur professionnelle et humaine, et retrouver ainsi ma capacité à le « soigner », lui et aussi les autres.

Qu'est-ce que ça signifie, ce sentiment de culpabilité ? Pour moi, c'est évidemment le refus de cette impuissance qui me saisit lors de l'apparition d'un cancer, chez quelqu'un dont moi, je m'occupe !

Le refus de l'impuissance est aussi responsable d'une autre émotion qui m'envahit fréquemment : la colère contre le patient (mais oui !) qui a le culot d'être encore malade. Celui dont la tension artérielle ne baisse pas sous traitement (mais il ne prend pas bien ses médicaments, ou bien il picole, ou il ne fait pas assez d'exercice). Celle qui se découvre une récurrence de cancer du sein (j'ai senti une boule, là), et bien, ça a le don de me mettre en colère ; je ne parle pas de celle qui a repris 10 kilos alors qu'elle en avait difficilement perdu cinq l'hiver dernier... J'ai besoin alors d'un moment pour me contrôler, ne pas laisser passer mon agacement et ma rancune contre ce patient qui récidive. Et même si j'y arrive, c'est au prix d'un effort qui nuit certainement à la cordialité et à la chaleur nécessaire à la consultation. Curieusement, je ne suis pas irritée de la même manière par le toxicomane qui reprend de la poudre, ou par l'alcoolique qui replonge... Peut-être parce que j'ai bien intégré, on le dit partout, que cela fait partie de la maladie, qu'on ne peut exiger du toxicomane d'être déjà guéri lorsqu'il vient consulter... Donc la formation est efficace ! Rêvons d'une formation initiale où les malades « organiques » ne seraient pas forcés de guérir et où le soignant n'aurait pas seul la responsabilité de sa guérison ! Il s'agirait là d'une vraie formation à l'accompagnement, au soutien de la personne malade, sujet et acteur de sa maladie, de son traitement, parfois de sa guérison, en tous cas de sa vie.

# Les émotions du médecin :

## petit retour historique sur un malentendu

Au risque d'être submergé par les émotions que suscite en lui la souffrance du patient, le médecin n'aurait d'autre choix que de faire taire en lui toute émotion, tout mouvement de sympathie<sup>1</sup>. Ainsi parle la vulgate biopolitique pour expliquer la sublime indifférence dont le corps médical ferait preuve à l'égard des malades, dont il se serait même fait une sorte de spécialité. Le médecin se caractériserait par une humanité telle qu'il se devrait, par souci professionnel, de la brider. L'indifférence devient dès lors un signe d'adhésion au corps médical, la marque d'une appartenance et presque une clause déontologique, particulièrement dans l'univers hospitalier. Au médecin la froide rationalité du soin, aux infirmières la prise en charge de tous les affects. Les rôles sont réglés, d'ailleurs conformes au partage sexué qui fonde l'ordre social traditionnel, selon lequel la femme est rejetée du côté de l'intime, du sentiment, du cœur, de tout ce qui évoque la chaleur du foyer. Comme tout propos donné comme allant de soi, confortable, monnaie d'échange facile dans les conversations en ville, cette opinion participe d'une mythologie dont l'unique objet est le maintien du pouvoir de la caste, en l'occurrence de ceux qui donnent le ton au milieu médical et qui tirent un immense profit de la position dominante du discours biopoliti-

tique. Déjouons ici, avec les vrais soignants, les pièges qu'une fois encore les préjugés nous ont tendu.

### La médecine du cœur

Revenons d'abord sur les prémices de la proposition : le médecin ne saurait laisser parler ses émotions et, plus encore, ne saurait s'émouvoir. Les pages qui précèdent et celles qui suivent font échec à une telle proposition. L'émotion habite le soignant face à son patient, elle est même constitutive du colloque qui se tient entre l'un et l'autre ; colloque pluriel plutôt que singulier, tant se mêlent alors des voix et des registres si différents (ce qui se dit et ce qui se tait, ce qui se montre et ce qui se cache, ce qui se donne et ce qui se garde). La littérature médicale, si peu qu'on la considère dans le temps, a d'ailleurs su faire sa place à l'affect. Pas seulement, précisons-le d'emblée, pour statuer sur le rapport du physique et du moral chez l'homme, chemin si souvent arpenté depuis Cabanis et qui conduit au domaine, parfois si incertain, pour le thérapeute comme pour le malade, du psychosomatique. En dehors de ces développements proprement scientifiques, il y eut (et il y a encore, ce numéro le prouve) une médecine du cœur. « L'art de guérir ne se compose pas seulement de l'ensemble

Hugues Moussy

Historien



des préceptes qui peuvent conduire à cette heureuse fin et qui, si je puis m'exprimer ainsi, en forment le matériel ou la doctrine proprement dite ; il faut y ajouter encore toutes les ressources que peuvent créer et l'esprit et le cœur, pour établir un contact plus immédiat entre le médecin et le malade : car puisque celui qu'il faut secourir est un être intelligible et sensible, l'art de guérir doit avoir aussi des préceptes pour arriver jusqu'à cette intelligence, pour exciter, affaiblir ou épargner sa sensibilité »<sup>2</sup>. Ainsi s'exprime Marc-Antoine Petit, médecin lyonnais, dans un *Essai sur la médecine du cœur* paru en 1806. Né en 1766, Petit est un héritier des Lumières, d'un siècle qui a placé le bonheur au centre de ses préoccupations, qui a condamné la torture et l'inhumanité des châtiments corporels. Son discours s'en ressent. Il faudrait suivre le cheminement de cette médecine du cœur, bien avant les Lumières et jusqu'à nous, en retracer les temps forts, les moments de repli, les résurgences ; il y a là une belle page d'histoire à écrire. Ce n'est pourtant pas cette médecine du cœur qui s'est imposée, qui forme aujourd'hui nos représentations. Maîtrise, indifférence, distance sont les sésames. D'où vient ce discours et pourquoi est-il si prégnant ?

### La scène chirurgicale

La chirurgie pré-anesthésique fournit certaines clés de compréhension. Inimaginables pour nos sensibilités contemporaines, les opérations à vif ont longtemps constitué la règle de cet art tenu jusqu'à la Révolution à l'écart de la médecine proprement dite. Il serait trop facile de croire que les seuils de tolérance à la souffrance se sont modifiés dans le temps, que nos ancêtres étaient plus durs à la peine. Rien, ni dans les textes ni dans les corps, ne le suggère en aucune manière. L'opéré d'alors souffrait autant que nous souffririons nous-même en pareille circonstance. Et cette souffrance terrible, atroce, ces cris entendus d'un bout à l'autre de l'hôpital, faisaient partie de ce avec quoi le chirurgien devait compter, réalité

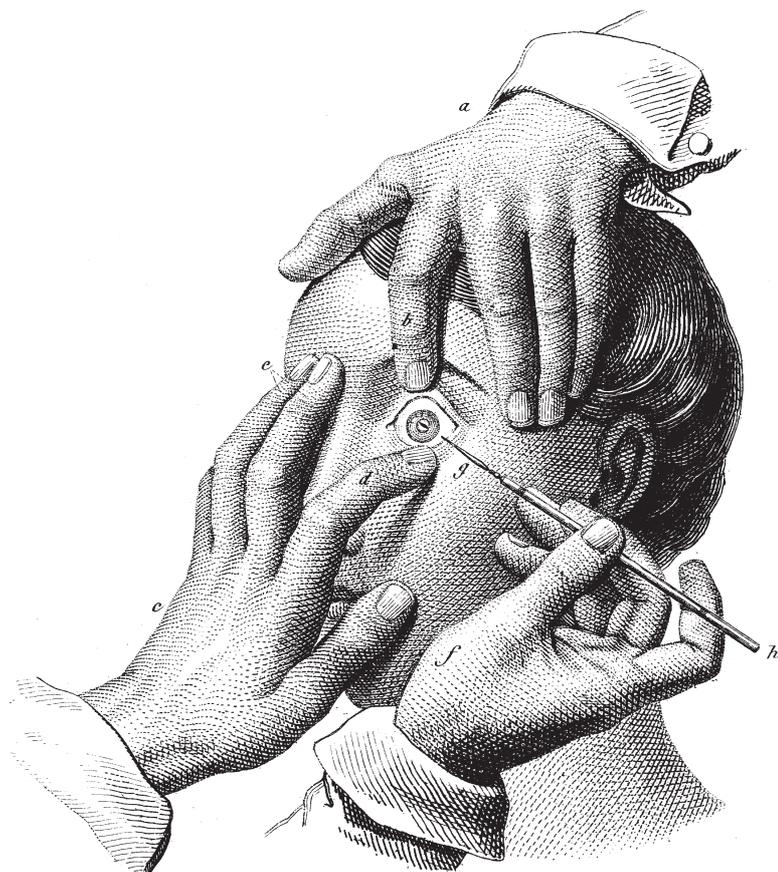
sans ailleurs possible. Faut-il dès lors penser que le chirurgien, décidément humain, trop humain, ne pouvait faire autrement que de trouver en lui la force nécessaire à faire taire son humanité et à poursuivre son travail ? C'est aller un peu vite. C'est oublier d'abord que le médecin lutte avant tout contre la maladie. Dans la médecine des espèces, qui caractérise la tradition au moins jusqu'à la conversion anatomo-clinique, la maladie existe à l'état pur, en dehors de tout contexte, c'est-à-dire de tout corps. Le malade, avec ses particularités, ne cesse de brouiller l'expression de cette espèce morbide et la complique de mille manières. Ainsi, l'absence d'émotion est moins due à un refoulement volontaire qu'à une simple évidence : on n'éprouve pas de sympathie face au mal. Les émotions du médecin, celles du chirurgien, ne sont donc pas niées, c'est l'humanité même du patient, perçu comme une complication embarrassante entre le mal et le médecin, qui est niée. Mais il y a plus, et il nous faut revenir à nos chirurgiens. « La perspective d'une grande opération, celle de la taille par exemple, faisait frémir les plus braves. On ligotait toujours les sujets sur la table ou la chaise. Le chirurgien tenait dans cet espace tendu le rôle d'un paladin flamboyant, aux prises avec des monstres (le mal, la douleur) envers lesquels il avait à se montrer sans faiblesse. En même temps, il y était tout à son avantage. Se mesurer avec le pire, s'affirmer comme le plus habile. Il y avait de la jubilation, de la gloire dans ces taumachies où l'esprit et la dextérité affrontaient concrètement la bête abstraite »<sup>3</sup>. Nul mieux que Jean-Pierre Peter n'a su dire l'enjeu de la scène chirurgicale, du spectacle opératoire. Une taumachie : tout est là, l'arène, la bête, le sang, la douleur, la fascinante magie de celui qui sait faire face et finalement le triomphe de l'homme sur le mal. Dans l'opération, le chirurgien affronte quelque chose qui, au cœur de l'homme, ne lui appartient pas, quelque chose qui relève du sacré. La douleur du patient participe de ce sacré, en tant qu'elle exprime, par son caractère incontrôlé, la possession. Et le chirur-

gien, par son acte et par sa victoire, prend place à mi-chemin de l'humain et du divin, dans l'espace des héros. De là, sans doute, l'impossibilité de concevoir une opération sur un patient insensibilisé ou endormi.

### Le prestige du combattant

Gardons-nous là encore de croire aux trop belles histoires. Quand, en 1847 et dans les années suivantes, la communauté médicale se rallie à l'anesthésie, les vertus sédatives, analgésiques, narcotiques, anesthésiantes de certains produits sont connues depuis longtemps. « Puisqu'il est évident que les douleurs violentes telles que celles des coliques, des cancers et autres sont apaisées et même détruites par l'usage des narcotiques, qu'est-ce qui empêche que l'on ne fit prendre,

avant la plupart de nos opérations, un narcotique dont la dose, appropriée à l'âge et au tempérament des personnes mènerait au bout d'un certain temps au sommeil, et en évanouissant la sensibilité des parties, pourrait dans certains cas éluder la douleur et dans d'autres la diminuer et la rendre supportable ? »<sup>4</sup>. Ainsi parle Ambroise Sassard, chirurgien principal de l'hôpital de la Charité de Paris, dans un bref opuscule paru en 1780. Qu'est-ce qui l'empêche, en effet, si ce n'est la peur d'y perdre quelque chose, un peu de son prestige, de son aura, de son pouvoir enfin ? Dupuytren était, dans la première moitié du XIXe siècle, considéré comme l'un des plus grands chirurgiens de son temps. Tous les témoins évoquent son extraordinaire impassibilité face à la terreur, aux cris, à l'horrible souffrance de ses



patients. Il supportait mal leurs gesticulations, leur résistance, mais tenait aussi pour inopérable un malade inconscient : « Un accident assez désagréable, qui peut arriver pendant qu'on opère les malades sur une chaise, et que M. Dupuytren a eu l'occasion d'observer, c'est la syncope. Cet événement, pendant que l'on pratique une opération aussi délicate que celle de la cataracte, est très gênant pour le chirurgien. L'an dernier (1830), M. Dupuytren fut appelé (...) pour visiter un malade (...) dont l'un des yeux était malade. L'opération avait été faite par la méthode d'extraction, sur un seul œil. Le malade avait été placé sur une chaise, et à peine le chirurgien avait-il achevé la section de la cornée transparente, qu'il survint une syncope tellement forte, que l'opération ne put être achevée » (5). On ne torée pas dans une arène vide. Impassible, Dupuytren ? Parfaitement maître de ses émotions, homme déchiré qui place son humanité même après son devoir ? Et si ce discours cachait en réalité des émotions fortement ressenties, mais inavouables ? Qu'on ne me fasse pas dire ce que je ne dis pas : si le plaisir sadique de certains ne peut être exclu, cette hypothèse n'est pas la plus intéressante. Il faut plutôt aller chercher du côté de l'orgueil, de la vanité tranquille, tout en humilité feinte, ce qui se joue dans l'opération à vif, dans cet affrontement héroïque qui confère à celui qui s'y livre le prestige du combattant dans lequel s'ancre le pouvoir. A cet inacceptable sentiment de puissance, il vaut mieux opposer le visage de l'indifférence volontairement construite (mais à quel prix, s'entend).

De cette histoire, il reste des visages. Les nombreux manuels de chirurgie de l'époque sont richement illustrés de gravures qui montrent des instruments, mais aussi des techniques employées pour certaines opérations. Assez souvent, les patients ont un visage. La planche 9 de l'*Atlas des Nouveaux éléments de médecine opératoire de Velpeau*, publiés à Paris en 1832, illustre l'opération de la cataracte. On y voit une jeune

filles, opérée de l'œil droit. La main d'un aide lui tient la tête et lui maintient la paupière ouverte, tandis que le chirurgien, le cératotome dans la main gauche, procède à la manœuvre : « L'instrument, D, précise la légende, traverse la chambre de part en part. Le tranchant de sa pointe, G, ressortie de l'œil, arrivée dans le grand angle, glisse sur le bord de l'ongle, F, qui lui sert ainsi de point d'appui, et protège en même temps les tissus environnants, jusqu'à ce que la section du lambeau de la cornée soit complète »<sup>6</sup>. On frémit ; la jeune fille, elle, est impassible. Est-ce le visage du courage et de l'abnégation ? Non. Ce n'est plus un visage, c'est un masque, le masque inexpressif et inhumain que le chirurgien projette sur le visage martyr de la jeune fille pour ne plus la voir. Elle n'est plus un corps en peine, hurlant sa douleur ; elle est devenue le regard même du chirurgien, remportant au cœur du sacré une victoire sereine contre le mal. Tout cela se passait en 1830, il y a un siècle, il y a deux siècles. En sommes-nous si loin ?

**1** Cet article doit beaucoup aux travaux de Jean-Pierre Peter, historien lumineux, mais trop rare de la médecine. On peut voir en particulier son ouvrage *De la douleur. Observations sur les attitudes de la médecine prémoderne envers la douleur*, Paris, Quai Voltaire, 1993.

**2** Petit (M.-A.), *Essai sur la médecine du cœur*, Lyon, 1806, pp. X-XI.<O:P</O:P

**3** In Peter (J.-P.), op. cit., p. 21.<O:P</O:P

**4** Sassard (A. T.), « Essai et dissertation sur un moyen à employer avant quelques opérations pour en diminuer la douleur », in *Observations sur la physique, sur l'histoire naturelle et sur les arts*, Paris, 1780. Cité par Peter (J.-P.), op. cit., p. 72.

**5** In « Leçons orales de clinique chirurgicale. » Faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, par M. le Baron Dupuytren, chirurgien en chef, t. I, Paris, G. Baillière, 1832, pp. 63-64.

**6** In Velpeau (A.), *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, Atlas, Paris, J.-B. Baillière, 1839

# Liaisons dangereuses

**Comment expliquez-vous cette dichotomie, cette attitude schizo-phrénique me semble-t-il, qui règne au sein des institutions responsables de la formation en soins infirmiers (pour ne pas parler de la formation en soins médicaux, il faudra bien un jour y revenir...)?**

C'est sur une émotion que j'ai choisi de devenir infirmier et voilà que je me heurte au refus, par les institutions, de considérer la dimension affective du soin. Pourquoi ce malentendu ? On pourrait croire que la technique seule suffit dans notre profession, comme si « être professionnel », c'est-à-dire en fait « être reconnu comme professionnel » ne pouvait se faire qu'à travers la technique pure. On ne sait pas nous apprendre ce qui fait l'essentiel de notre profession, à mon avis, c'est à dire le « prendre soin ».

**Pour vous, qu'est ce que c'est que « prendre soin » ?**

La relation soignant-soigné est une relation d'aide, une communication qui, pour être thérapeu-

tique, doit être faite dans la dignité, l'humilité, le respect, mais aussi dans l'affectif... C'est en vivant pleinement mes émotions que je suis aidant : trop distant, je suis dans l'incapacité de soigner, c'est la néantisation. Mais, trop près, c'est la fusion, le risque de perte d'identité dans la relation.

**Comment être en empathie et prendre des distances ?**

Comment concilier professionnalisme et désir d'aider l'autre ? En considérant tout homme dans sa globalité, y compris dans sa dimension affective.

Il faut que, soignant en formation, j'arrive à connaître et à prendre en considération toutes mes potentialités, qu'elles soient bienfaites mais aussi malfaites. Je pourrai alors vivre l'émotion dans la relation sans me laisser submerger par l'affectivité, je pourrai rencontrer l'autre.

Pour moi, l'émotion est un moteur dans cette profession d'infirmier : vivre ses émotions est une

**Patrice Le Gloahec**

*Élève infirmier*

*Patrice est élève infirmier et, cette année, il est en plein désarroi : comment se positionner entre d'une part l'enseignement qui lui apprend que « le soignant veille aux expressions affectives et émotionnelles du patient, aux variations de comportement » et d'autre part la mise en pratique du soin où les formateurs parlent de comportement professionnel... tout en n'expliquant, ne montrant que des gestes techniques...*



qualité d'être, c'est accepter, dans la maîtrise, de se montrer touché par ce qui nous est commun avec le malade.

**D'après vous, la formation en soins infirmiers devrait donc comporter et des aspects purement techniques et des aspects psychocomportementaux, connaissances apportées par les sciences humaines ?**

La technique ne suffit pas pour être professionnel : l'essentiel pour prendre soin, c'est de savoir rencontrer les patients. Comment les rencontrer autrement qu'à travers notre savoir-être ? Comment accepter, dans la maîtrise, de se laisser toucher, concerner par l'autre ? L'anesthésie du soignant dans cette médecine technicisée est-elle caractéristique de cette société avide de certitudes ?

A chaque rencontre, surgissent crainte et angoisse pour le soignant : contrairement à ce que l'on voudrait nous enseigner, notre savoir est en perpétuelle construction ; tout en s'appuyant sur des certitudes, nous sommes nourris de doute et de fragilité, l'humain ne peut pas se codifier dans des règles rigides. J'ai envie de rencontrer l'autre dans la confiance réciproque, j'ai envie de me laisser surprendre, sans a priori, sans me refermer, sans rationaliser de façon excessive. Partager un regard, un sourire... cela est-il interdit ? Si j'ai un authentique désir de vérité, sans ambiguïté, pourquoi devrais-je me justifier de mes émotions ?

**Propos recueillis par Anne-Marie Pabois**

# Plaidoyer qui a l'air

C'est très souvent qu'on me raconte des histoires d'annonce d'une mauvaise nouvelle, où le médecin est une brute, un imbécile ou un méchant. Qui ça ? Des amis ou des patients ou simplement des gens qui bavardent avec moi... et qui sous-entendent que je ne suis pas comme ça, ou peut-être qui me testent pour voir si je vais m'offenser. Parfois, ils parlent de médecins que je méprise ou que je déteste, alors ça ne me gêne pas ; mais, assez souvent, ils mettent en cause des collègues que j'apprécie, dont je connais les scrupules, l'honnêteté, la sensibilité. Et avec les éléments que je connais, j'imagine comment le malentendu a pris naissance et s'est amplifié...

Le médecin qui semble indifférent devant le malheur de l'autre, est-ce absence d'émotion, donc clivage et peut-être dans ce cas, perversion dirait le psychiatre nosographe. A noter que, en situation de « faire », un geste d'urgence, une intervention, le médecin a plutôt intérêt, et le patient aussi à cliver... mais je veux parler ici des situations où il y a le temps... Donc est-ce absence d'émotion ou incapacité ou maladresse à l'exprimer ? Pour le soignant, avant de manifester son émotion, il lui faut la percevoir, sentir qu'elle est là, et quelle est sa nature : est-ce tristesse, colère, liée à l'impuissance, à la malchance, à la culpabilité. Ça peut être la honte

# pour le médecin

## d'être indifférent

d'avoir une émotion injuste : colère contre le patient, ou une émotion illégitime : une émotion devant la beauté, ou devant la mort qui vient ou la vie qui arrive, une émotion inappropriée parce qu'elle m'appartient et ne concerne pas le patient.

Néanmoins s'il veut se faire une alliée de cette émotion, au lieu d'un ennemi perturbateur, il lui faut la percevoir et l'accepter : oui, ça me fait penser à mon père, ou à ma petite sœur.

L'émotion est là et on peut choisir de l'exprimer, ou de la mettre à distance et à chaque fois utiliser ce qu'elle fait découvrir de l'autre, dans la relation que j'ai avec l'autre. Mais ce n'est pas un « savoir faire », mais plutôt une façon d'être, et cela s'apprend. Comment ? Pas souvent à la fac, justement parce que l'émotion a rarement place dans le savoir universitaire et dans sa transmission. Nombreuses sont les « écoles » de formation à la communication : groupes Balint, groupe de parole, interventions, psychodrames, jeu de rôle, analyse transactionnelle... la liste est encore très longue, mais pas obligatoire : pour certains le contrôle et la manifestation des émotions passera par une modalité artistique ou sportive ! Pour le médecin, quelle que soit la technique choisie, le premier pas est de

prendre ses propres émotions au sérieux, en compte, et ensuite peut-être elles pourront l'aider à faire son travail dans le respect et la considération de l'autre.

Martine Devries

Médecin généraliste



# Tel est médecin, tel est patient, telle émotion...

## Télé-médecin, télé-patient... télé-émotion ?

Jacques Richaud

Praticien hospitalier  
neurochirurgien

Notre télé-consultant, demain, sera-t-il télé-guéri, télé-satisfait ou bien télé-déçu ? En cas de malheur, jusqu'où sera t-il télé-assisté ?

Nos archéo-pratiques comprenaient une ridicule graduelle démarche au cours de laquelle à quelques civilités succédaient l'écoute d'abord, l'interrogatoire et un examen bien conduit qui résumait l'approche séméiologique. Après une ringarde synthèse intellectuelle des hypothèses envisageables, le recours à la paraclinique traduisait le dépit de n'avoir su, sans elle, approcher le bon diagnostic... Dans tous les cas, le patient n'était confié aux « machines » ou adressé « à l'expert » qu'après avoir été humainement écouté et examiné ; l'émotion ressentie et partagée, refoulée pudiquement parfois, faisait partie du métier et en résumait parfois l'efficacité.

Les technologies nous offrent le moyen vertigineux de pouvoir nous passer presque du patient lui-même pour savoir de quoi il souffre et quoi qu'il en dise ! Il devient possible au téléthérapeute de formuler à distance une sentence qui s'accommoderait même de rester anonyme et se concevrait bientôt tout entière robotisée, par un accès judicieux aux banques de données et sys-

tèmes experts dédiés. S'il n'y prend garde le télé-patient assisté par son télé-médecin rémunéré par télé-péage verra bientôt son destin influencé par une entité qui pourrait bien se révéler indifférente à son apparence et sa plainte réelle. Cette entité aura eu accès au plus profond de lui-même, ses organes scannés, ses molécules analysées, bientôt son génome, sans connaître le son de sa voix...

Dans un monde déjà impitoyable pour les faibles et les malades, comment s'étonner demain du fossé grandissant qui séparera les télé-praticiens et les usagers désemparés par leur télé-désinvolture ? Les meilleurs télé-experts de la « révolution télé-médicale » annoncée (in *Le Généraliste* 20-1-98) risquent de ne pas comprendre pourquoi s'accroîtra la fuite vers les médecines dites « douces » ou vers d'autres gourous qui les regarderont encore dans les yeux. Cette « télémédecine en quête de déontologie » (in *Le Quotidien du médecin* 10-2-98) a grand besoin de s'interroger...

Ceux qui, dans nos hôpitaux, offriront demain leur télé-compétence risquent de mal interpréter la défiance de leurs plus modestes confrères. Ceux-ci, encore attachés, eux, à l'écoute



de « l'homme global », savent que la souffrance du patient trouve souvent ses racines hors du patient lui-même et de tous les paramètres que les machines sauraient en extraire. Ces paléo-praticiens là hésiteront peut-être à investir leur confiance dans ces néo-pratiques et ces télé-systèmes par trop déshumanisés. Qui enseignera cette médecine-là ? Qui évaluera les systèmes experts anonymisés qui nous seront bientôt présentés comme d'incontournables références ? Qui enseignera la télé-attention et la télé-compassion ? Existera-t-il jamais une télé-confiance ?

Les futurs télé-thérapeutes mesurent-ils combien la compétence assistée par ordinateur ou par télématique risque de présenter quelques effets pervers ? Mesurent-ils que ces effets seront difficilement accessibles aux méthodes d'évaluation proposées comme la nouvelle religion des « bonnes pratiques » ?

Pour conclure, n'oublions pas que les technologies mises à notre disposition évoluent, mais que l'homme reste, lui, constant dans ses pathologies, ses plaintes, ses faiblesses et ses attentes. Alors si l'usage de systèmes experts et de réseaux peut participer à la sécurisation et à une meilleure efficacité des soins, il faudra le démontrer et s'en réjouir ; mais aussi en convaincre nos patients, sans pour autant s'éloigner d'eux. L'enjeu est d'importance.

Mais veillons à ce que le « progrès annoncé », qui n'est qu'un profond changement de méthode, ne s'accompagne pas d'un appauvrissement de la pensée médicale par effet de délégation et d'un délitement de la relation patient-médecin, par effet de substitution et de distanciation. Gardons-nous de la tentation de la télé-émotion qui ne serait qu'une mise en spectacle de la souffrance humaine.

# L'échappée belle

Élisabeth Maurel-Arrighi

Médecin généraliste

Anesthésiés de leurs émotions, les médecins et les malades sont face à la maladie comme des gens bâillonnés et enchaînés aux côtés d'un dragon à demi assoupi : prisonniers, ils ne pourraient s'aider mutuellement, ni défaire leurs entraves pour apprivoiser le monstre ou s'enfuir. Comme si dans les questions de santé, seules importaient les données scientifiques, et qu'on ne pouvait pas prendre appui sur le ressenti.

## Une profession traumatisée

La médecine occidentale s'est constituée dans la violence. A la fin du Moyen Age, la sortie de l'obscurité des savoirs anciens et la constitution du pouvoir médical des médecins se sont faites dans de bien sombres lumières, celles des clairs de lune où l'on déterrait les corps des vagabonds ensevelis dans la solitude, celle des bûchers où des guérisseuses étaient brûlées comme sorcières. A l'époque, les pionniers devaient oser braver les interdits et la crainte du jugement dernier. On n'a pas su trouver les rites humanisants qui eussent pu intégrer la recherche scientifique dans le respect de la mémoire des morts. De même, on a préféré diaboliser le monde des femmes pour éviter d'intégrer la question du désir et du sexe, on a cru nécessaire de s'éloigner du monde des soins maternels et de l'enfance pour affirmer le pouvoir de l'homme adulte de la Renaissance.

Ensuite, cela a continué. Comme Michel Foucauld l'a si bien décrit dans *La naissance de la clinique*, du XVII<sup>e</sup> au XX<sup>e</sup> siècle, ce fut l'émergence de l'anatomopathologie, la découverte du microscope et de la radiologie, parallèlement ce fut la relégation des officiers de santé aux soins des pauvres et la consécration du savoir des médecins passés par l'université.

Une profession dont le rite initiatique est l'autopsie est une profession durablement traumatisée qui doit se blinder pour continuer. A la violence répond l'anesthésie. Ainsi s'est constituée une médecine des organes et non une médecine de la personne.

Pour reprendre les mots de l'Ecole Dispersée de Santé Européenne, on a choisi « d'affronter la maladie plutôt que d'accompagner le malade ». D'une certaine manière, la médecine a rétréci son champ au diagnostic et a délaissé la thérapeutique. Elle s'est plus préoccupée des phénomènes de la pathologie que de ceux de la guérison. En ne s'intéressant qu'au corps inerte, on a privilégié le diagnostic au soin.

## Une formation mutilante

La chape de plomb qui a enfermé les médecins et avec eux les malades est constituée de différents éléments, notamment l'hégémonie d'un hôpital très hiérarchisé, le mode de sélection sociolo-



gique des étudiants, le critère dit « scientifique » du cursus, le poids du dogmatisme des institutions psychanalytiques traditionnelles, etc.

Tout d'abord, l'entreprise d'anesthésie, de mise à distance de soi, de ses propres émotions et des émotions de l'autre a fonctionné très longtemps, sous la houlette de l'institution hospitalière. La visite humiliante du mandarin et de sa cour au lit du malade violente d'abord le patient, mais aussi tous ceux qui sont assignés à la place de spectateurs impuissants et donc de complices. Au lieu de favoriser l'écoute et l'imaginaire, on a mutilé les étudiants...

Mais c'est justement dans le mode de formation des étudiants, dans le type de sélection, dans les choix des lieux d'apprentissage que le formatage commence. A l'exception de quelques facultés pionnières, les étudiants sont sélectionnés essentiellement sur des matières scientifiques.

De plus, aujourd'hui, la sélection sociale des étudiants du fait de la densité des programmes et de la longueur du cursus écarte les enfants de familles d'origine modeste qui ne peuvent financer les études. Surtout, elle entraîne une surdité des futurs étudiants face aux émotions liées à l'humiliation sociale ou à la précarité des conditions matérielles.

Mais la mutilation n'est pas que le fait du mode de sélection sociologique des étudiants et de l'institution hospitalière et universitaire, elle est aussi le fait des institutions psychanalytiques traditionnelles. Ceux qui auraient du aider les soignants et les soignés à mieux lire leurs émotions se sont trop souvent calfeutrés dans une froideur paralysante. Le mouvement psychanalytique a été tragiquement divisé : on se souvient que Freud, après avoir découvert l'importance du traumatisme, avait reculé, en minimisant la réalité de ce traumatisme. Une majorité a choisi d'écouter les dernières étapes de la théorie de Freud, vues comme les Tables de la Loi, puis a préféré se laisser fasciner par les jeux du langage à la suite de Lacan, pendant que seule une minorité a pris acte de la réalité du traumatisme, de la terreur et de la crainte des représailles à la suite de Ferenzci, Balint, Winnicott ou Searles. Combien sommes-nous à avoir suivi pendant

plusieurs « tranches » des psychanalyses qui n'arrivaient pas à nous aider à démêler le fatras de nos affects ? Combien sommes-nous à avoir pataugé malgré toute notre bonne volonté ? Et à avoir cru que le silence, la distance étaient le chemin incontournable pour démêler les drames du passé. Combien de médecins de bonne volonté que le passage personnel par un divan a rendu bridés, n'osant pas prendre appui sur la richesse du matériel offert dans le soin ?

### Le choix de l'ouverture

Et pourtant, la formation pourrait être différente. C'est dès l'arrivée en faculté qu'il faut ouvrir les yeux des futurs soignants. Aller dans la vraie vie, dans des stages, dans des usines, dans des haltes garderies et des crèches, avec des infirmières à domicile, dans des associations militantes de malades, où ils verraient des patients réagir face aux abus du pouvoir médical. Il pourrait y avoir des bourses conséquentes, des logements pour que les étudiants de famille modeste puissent envisager plus facilement les études médicales. Tout cela renforcé par des cours de sociologie, d'anthropologie, de psychologie pour que des concepts nourrissent les rencontres faites dans ces stages, et permettent des identifications salutaires.

De plus, il faudrait encourager les étudiants et, plus tard, les médecins à se doter d'une aide psychothérapeutique s'ils se sentent trop bousculés par les enjeux de vie et de mort des patients et s'ils devinent que cela a à voir avec leur propre histoire. Certes chaque enfant tente de soigner ses parents. Cela est vrai pour tous, et même aussi pour ceux qui choisissent d'être médecin. Chacun essaye de répondre aux rêves des parents, de réparer leurs frustrations. Quand ces derniers sont encore empêtrés dans des vieux drames avec quelques ogres et sorcières de leur histoire familiale, l'enfant est amené pour soigner ses parents à endosser ces costumes, bien lourds à porter, à jouer des rôles qui ne sont pas les siens, dans une répétition psychodramatique. Cela va colorer différemment la « blouse blanche » qu'il portera plus tard s'il choisit d'être médecin. La palette des émotions dans les quelles il sera à l'aise dépendra en partie du casting de départ. Si on a dû prendre le costume d'un

patriarche redouté, il sera plus difficile d'être humble vis à vis de ceux qu'on soignera. Par contre, s'il a fallu endosser le rôle de quelqu'un de terrorisé et humilié, ce sera ardu d'affronter les conflits, et de vivre la colère paisiblement.

Parallèlement à un travail sur soi seul ou en groupe comme dans les groupes Balint et à condition de s'adosser à une connaissance de la réalité sociale, l'affectif est aussi un instrument qui se travaille. On pourrait proposer aux étudiants en médecine le même genre d'exercice qu'aux étudiants de théâtre, par exemple se rappeler de vieux souvenirs d'émotions de base, la joie, la peur, la colère, la tristesse, se reconnecter avec les sensations, les images de l'époque et essayer de les vivre dans le corps. Quand ensuite le médecin rencontrera quelqu'un qui vient de subir un traumatisme, agression, accident de voiture, il pourra plus facilement prendre acte de ce qui s'est passé, ne pas banaliser sous prétexte qu'« il n'y a rien » comme cela se fait trop souvent à l'hôpital. Le médecin pourra prendre appui sur ses propres souvenirs d'émotions pour formuler « Vous avez du avoir très peur » et aider l'autre à mettre des mots sur ce qu'il a vécu. « Vous l'avez échappé belle ! » devient alors une parole respectueuse qui va permettre de tourner la page.

On pourrait aussi proposer des exercices de toucher et de contact comme on le fait dans les groupes de développement personnel. En ressentant pour soi les effets d'un massage, on apprend être à l'écoute de soi et de l'autre.

Mais cela va au-delà des stages qui font comme des gammes d'assouplissement des comportements : on pourrait aussi encourager les soignants à se risquer dans la création artistique. Par exemple, j'ai eu la chance de rencontrer le monde du clown, personnage naïf, complètement dans l'émotion de l'instant, dans l'écoute de soi et de l'autre, prêt à croire que tout est possible. Il m'est souvent utile pour improviser avec le patient et inventer avec lui l'épisode auquel il me convie. Le plaisir de créer une « œuvre » peut donner l'énergie de faire face à toute la palette des émotions où nos patients nous sollicitent, d'échapper au désespoir qui saisit parfois les soignants. En éprouvant en soi comment les émotions peuvent se traduire en une création artis-

tique, on apprend à entrer dans l'émotion pour s'en détacher, on prend appui sur la réalité pour la transformer. Bien sûr, il ne s'agit pas de prétendre à être des artistes professionnels, mais de se confronter à des formes courtes, d'inventer quelque chose d'intime qui puisse se partager, sculpture, peinture, chant, écriture, conte, clown, théâtre... Car il s'agit de cela avec nos patients, de les aider, malgré et à travers la maladie, à mettre en scène différemment leur histoire, à trouver un sens à ce qui leur arrive.

### L'instant où tout bascule

L'alchimie du soin, de la guérison et de l'accompagnement est subtile. Elle se joue différemment pour chacun. Pour moi, elle se joue dans l'instant où la consultation bascule. Même si je le connais bien, ce moment reste pour moi très mystérieux : je sais tout à coup que nous approchons ensemble de lieux d'enjeux vitaux. Parfois, cela se fait sur l'annonce de quelque chose d'important, parfois sur un détail apparemment anodin. J'entends ces mots, je vois l'expression du visage qui les dit, je me laisse affecter, émouvoir. Alors, tout d'un coup, tout un monde imaginaire surgit, formant une passerelle entre nous, tissée de nos émotions qui se répondent mutuellement. Alors, les regards se croisent, les émotions affleurent, parfois c'est moi qui sens la première une buée couvrir mes yeux, parfois c'est le patient. Quand il s'agit de bonheur, de soulagement après les épreuves, nos visages s'éclairent de sourires. Quand l'heure est au chagrin ou à la peur, cela tourne en vraies larmes ou sanglots pour le patient. Inscription dans le corps de la vie qui est là dans ses joies et ses drames.

C'est autour de cet instant-là que le changement va s'opérer, que la « guérison » ou l'aménagement de la maladie va se faire. Car c'est de changement dont il s'agit, de transformation de point de vue, de position face à la maladie, face au traitement, face à des situations bloquées, face à l'appréhension devant l'inconnu. Parfois un simple pas de côté, parfois un véritable saut périlleux avant.

Dans ce mouvement du soin, où lien, émotions et imaginaire se répondent et résonnent, il y a comme une chorégraphie à deux. Le soigné arri-



ve avec son symptôme, sa demande, esquisse un pas, le soignant se laisse émouvoir et s'incline vers lui, le soigné amplifie alors son mouvement et le soignant s'avance un peu plus et donne la main sur laquelle le soigné va s'appuyer pour s'élaner dans une figure de saut.

### L'accalmie après la tourmente

Parfois ceux qui débarquent chez nous ont déjà fait le gros du travail. Ils ont en eux la vitalité, l'attention à eux-mêmes et aux autres, la distance vis-à-vis des fantômes et des géôles de leur histoire, la capacité de faire confiance à l'autre, la prudence nécessaires. Ils viennent juste demander de l'aide pour ajuster leur point de navigation, connaître les écueils à éviter, prendre quelques outils et provisions pour le voyage. Alors, tout ce que nous avons à faire, c'est d'écouter et de construire avec eux une stratégie diagnostique et thérapeutique. Evidemment, c'est plus facile si le motif de consultation est une pathologie banale ou un événement heureux. Mais là aussi, il faut vraiment y être, dans la conscience des dangers et la foi dans l'élan vital qui nous pousse vers l'autre. Alors notre bienveillance, notre bonne humeur font office de bénédiction, un peu comme les paroles d'une bonne fée. Je pense à un couple qui craignait de

ne pas avoir d'enfant et qui m'a dit combien mon sourire à la lecture du résultat positif du test les avait rassurés. Je pense aussi à toutes les étapes charnières de la vie où nous sommes sollicités, surveillance du nourrisson, passage dans l'adolescence, la contraception, les rencontres amoureuses, certains certificats de sport, l'entrée dans la vie professionnelle, les premiers enfants, les premiers petits enfants, la retraite. On m'apporte des photos comme à une cousine éloignée qu'on reverrait de loin en loin. Quelque chose d'une affection paisible qui rassure et qui est attestée par mon émotion. Le temps de la gratitude est quelque chose de précieux. « Heureusement que vous êtes là. » Cela me remue toujours, car je sais que le souci que j'ai eu de l'autre, ma sollicitude, ma mobilisation ont été utiles, mais aussi que cette générosité envers moi signe une générosité envers soi et envers la vie.

### Toucher le fond

Les gens pleurent beaucoup dans mon bureau, et en même temps partent souvent en souriant. Il y a tout un rituel. « Excusez-moi » quand ils commencent à pleurer. Moi qui rapproche ma boîte de mouchoirs en papier. La consultation qui se déroule en essayant de mettre des mots sur les larmes. Puis, souvent le passage devant le

miroir pour se refaire un visage, un miroir que j'aime beaucoup et qui m'a été offert, celui même que j'utilise pour montrer aux femmes leur intimité lors de l'examen gynécologique. Dans ces cas-là, j'aime nous transporter dans l'univers des contes où malgré la cruauté du monde, l'espoir se tisse au fil des rencontres et du courage. J'évoque les Petits Poucets abandonnés dans la forêt au milieu des loups et des ogres qui doivent trouver de petits cailloux, les princesses enfermées en haut d'une tour qui doivent tisser une laine invisible pour s'enfuir, les princes chassés de leur royaume qui doivent combattre les dragons. Le décalage permet de prendre acte de la tragédie, de la détresse ou de la terreur qu'elle réveille, et d'envisager un heureux dénouement possible.

Parfois, il n'y a rien à dire, juste à partager la peine. Je pense aux deuils, où tout au plus, on peut évoquer le souvenir du disparu et le temps du bonheur perdu. Pour affirmer que seul le lien permet de tenir face la finitude de notre condition humaine.

### Sortir de l'anesthésie

Mais parfois la difficulté n'est pas tant à la gravité de la pathologie qu'à la précarité de l'équipement de départ du voyageur qu'est le malade. Certains sont empêtrés dans leurs vieux drames d'enfant ou dans ceux de leurs ancêtres, sidérés par des secrets inconnus, pris dans des peurs de représailles, comme anesthésiés. Alors le travail du soignant est, me semble-t-il, d'aller chercher l'enfant qui se cache sous l'adulte pour essayer de l'aider à soulever l'armure qui en fait le gène plus qu'elle ne le protège. Quand je ne comprends pas ce qui se passe, quand je suis gênée par le décalage entre ce qu'on me raconte et ce que je ressens, j'essaie d'imaginer l'enfant qui se sentait perdu et les violences, les injustices, les mensonges qu'il a subis pour avoir du faire le choix de l'anesthésie. En ressentant à sa place la gravité du drame ancien, je peux l'aider à imaginer un épilogue moins tragique.

### Les clefs du changement

Dans les contes, le héros a toujours besoin d'une aide pour rompre les sortilèges, une vieille mendicante qui s'avère être la bonne fée, un rossignol qui va parler au nom d'un père défunt. Ils vont





donner des conseils, des objets magiques pour affronter les épreuves. Les médecins que nous sommes sont sollicités à cet endroit.

Trois questions peuvent fonctionner comme des clefs à offrir aux patients pour sortir de leur prison : qu'est-ce qui vous a permis de tenir autrefois ? Qu'est-ce qu'on aurait du dire ou faire et qui n'a pas été dit ou fait alors ? En quoi la situation d'aujourd'hui ressemble à la situation d'autrefois ? Elles ouvrent toutes trois un renversement de perspectives.

En se souvenant de ce qui l'a aidé lui-même autrefois, le soignant peut encourager le soigné à évoquer qui son grand-père, qui sa nourrice, qui ce bout de jardin pour ainsi l'aider se reconnecter aux sources de sa vitalité.

De même, je me souviens de mon soulagement à chaque fois que, longtemps après, j'ai réussi imaginer une alternative à une situation qui m'avait fait souffrir. Et cela, j'ai un vrai plaisir à le partager. Penser qu'autre chose aurait du être faite, que tout n'était pas inéluctable, que l'intervention d'un tiers, ou la prise d'une décision différente loin d'aggraver les choses aurait pu débloquer la situation d'alors sort de la paralysie.

De même, on sent bien que parfois se superpose au drame actuel le souvenir plus ou moins enfoui d'autres histoires dont on ne s'était pas consolé. Quand je sens quelqu'un durablement paralysé

par une émotion, j'essaie de lire la trame sous-jacente « qui fait quoi à qui ? » « Qui se sent abandonné par qui ? »

Avoir soi-même traversé des crises où ont été remises en chantier des catastrophes anciennes donne une assise pour aider l'autre. Quand le soignant a pu rencontrer une main secourable dans ces zones où l'espoir est absent, il peut alors lui aussi aider le soigné à traverser ces espaces arides. La certitude intime que les crises peuvent être fécondes, pour l'avoir vécu soi-même est une force pour le soignant et un cadeau pour le soigné.

Le soignant peut s'impliquer avec ses émotions dans le combat du patient et en même temps rester à distance pour lui permettre de manœuvrer. En étant non dans la confusion, mais dans la proximité.

Alors, forts de nos émotions et du lien tissé, on peut penser à « changer la vie ».

# La bibliothèque

Françoise Lagabrielle

Psychiatre retraitée

Lorsque j'ai accepté de la prendre en « thérapie », j'enfreignais les adages de mon vieil analyste conseiller d'avoir de l'« appétit » pour ceux que nous recevions au long cours. En plus, j'avais fait une erreur d'appréciation ou de diagnostic. Elle était peu « avenante », peu « parlante », étudiante dans une discipline scientifique ; après plusieurs échecs de rencontre avec des psychanalystes, mon nom lui avait été donné par un de mes confrères et ami de sa ville d'origine. Il m'avait semblé difficile de la renvoyer à nouveau d'autant qu'elle avait alors des signes dépressifs très nets. Avec quelque présomption, j'avais eu envie de l'« animer » et de lui permettre de s'épanouir quelque peu. J'avais accepté sa proposition d'horaire de séance en fin de journée, la « dernière » qui se trouvait libre pour moi. Après coup je me suis dit qu'elle s'assurait ainsi une présence plus continue dans mes pensées ! ! C'était une sorte d'accouchement au forceps, plus dans la souffrance que dans la joie, mais non sans tendresse.

Un soir d'hiver, le silence s'était établi sans que je puisse l'amener à le rompre ou à l'explicitier et, ce jour là, j'étais lasse, je l'ai un peu abandonnée. Elle ne l'a pas entendu de cette oreille et a commencé à balancer avec force tous les coussins du divan autour d'elle, sur tout ce

qui se trouvait sur ma table et qui tombait à grand bruit. J'étais du coup sur le qui-vive ! Je me sentais agressée, certes, amenée à faire le deuil de bricoles qui avaient une histoire, attristée aussi, peinée par son intolérance et je cherchais comment conclure tranquillement cette incartade de « vilaine » quand plus rapide que moi, elle s'est précipitée sur mes livres chéris de ma bibliothèque, les envoyant valser en tous coins comme des papillons que je voyais voler, d'abord avec un pincement de cœur, m'obligeant à me détacher d'eux que je n'emporterai pas avec moi à ma mort, puis avec un peu d'étonnement devant toute cette rage. J'étais apparemment passive dans mon fauteuil, mais plus du tout dans le même état qu'au début de la séance, bien sur le pont, ce qu'elle n'a pas saisi, engluée dans sa « frustration colérique » ; mon attitude l'irritait et elle se déchaînait. Et tout d'un coup, j'ai pensé à une colère mémorable de ma fille à environ 3 ans, où ce que je lui disais ne pouvait être entendu. Je l'avais emmenée dans sa chambre pour qu'elle « réfléchisse », ce qu'elle avait fait, s'étant complètement approprié mon discours et me le resservant un moment après. Alors j'ai eu un petit rire intérieur situant mieux le lieu de ce passage à l'acte et j'ai attendu que toute la bibliothèque soit vidée en même temps que sa

colère, supputant qu'elle n'irait pas jusqu'à m'agresser, le climat n'étant plus le même. Cette évocation de ma fille, m'avait redonné une capacité aimante positive et lorsqu'elle s'est retrouvée les bras ballants au milieu de cet amoncellement qui me faisait penser à un autodafé, je l'ai prise très gentiment par la main comme une toute petite fille, lui ai expliqué que lorsqu'on avait tout mis en l'air il ne restait plus qu'à ranger, car ce n'était pas bon de rester sur une image de chaos. Nous l'avons fait ensemble pratiquement dans un silence non tendu, elle a tenu à ce que tout soit reclassé comme il faut. Cela nous a demandé du temps, ce qui nous a permis de nous restaurer et de recréer une

relation paisible, et à la fin de cette rencontre qui a duré plus de 2 heures, je lui ai fait payer 2 consultations un peu « pédagogiquement » : une « ordinaire » avec feuille de Sécurité Sociale et une « extraordinaire » restant à sa charge puisqu'elle avait allongé la rencontre de son chef. Elle a accepté, je l'ai revue jusqu'à la fin de l'année universitaire qui marquait la fin de ses études. Elle est partie dans une autre ville et jamais nous n'avons pu reparler de cette « fureur », mais à partir de ce moment là ses récriminations ont diminué d'intensité tandis qu'un aspect un peu positif apparaissait avec une critique légère de certaines de ses interprétations.



# La carapace

Je me souviendrai longtemps de cet après-midi où j'ai dû expliquer, commenter le scanner cérébral à cette jeune femme, c'était « sa tête » avec de volumineuses métastases...

**Dominique Tavé**

*Médecin généraliste*

Michèle était une patiente que je connaissais depuis longtemps, il y avait beaucoup d'estime, de sympathie entre nous. Quelques années auparavant, elle avait accompagné douloureusement sa mère atteinte d'un cancer, aussi à partir du moment où elle apprit sa maladie cancéreuse, Michèle se figea, se « verrouilla ». Pendant tout son chemin de croix, car ce fut une maladie terriblement agressive, elle géra elle-même avec une parfaite maîtrise les interventions, les chimiothérapies, les examens. Et là après plusieurs traitements de plus en plus cruels, elle découvrit en même temps que moi ce scanner, ne fit aucun commentaire et me demanda quel serait le traitement, elle assurait comme d'habitude, résignée. Par contre, moi, j'étais au bord des larmes...

J'aurais voulu qu'elle puisse enfin craquer ou se révolter, qu'elle permette à ses émotions de faire irruption dans notre relation bien avant cette consultation, mais elle n'a pas pu se libérer de cette rigidité, de cette carapace (elle portait un corset à causes de métastases vertébrales !) et je n'ai pas su l'aider à s'en délivrer. Mon rôle de soignante s'en est trouvé amputé, car l'essentiel ne pouvait être abordé. Nous sommes souvent là pour recevoir la révolte, le désespoir, mais aussi la joie de nos patients et grâce à ces émotions transmises et parfois partagées, le soin peut prendre toute sa dimension. Avec Michèle, cela n'a pas été possible et je le regrette beaucoup autant pour elle que pour moi mais peut-être ai-je finalement servi de miroir aux émotions qu'elle ne se permettait pas d'exprimer ni de vivre.

# De quoi je me mêle ?

Jean-Louis Galaup

Médecin généraliste

Attachez vos ceintures et maîtrisez vos émotions, sinon cet appareil ne pourra jamais décoller, bordel de Dieu !

C'est tout le remugle intérieur qui s'échappe, à longueur de journée, du matin au soir, et même la nuit quand tout paraît paisible, même en faisant la lecture. La peur, la rage, le chagrin, la tristesse, la joie, l'amour, la haine et l'amitié, la rancune... La vie me direz-vous. Certes, certes...

Mais l'émotion n'est pas une représentation éthérée, elle est organique, première manifestation somatique du sentiment, à médiation humorale forte, adrénérquique. Les récepteurs glandulaires sont les premiers touchés, salivaires, lacrymaux, sudoraux, vésicaux, et aussi en même temps musculaires, palpitations, contractures, suivis de ramollissements impressionnants, parfois ça va plus loin, sidération, mutisme, catatonie.

On aime ça, et on en redemande, on va au cinéma ou au théâtre, on les met en musique, on les peint, on les écrit et pour finir, on en discute, on les analyse longuement, on les cajole, on les apaise, on y repense, on s'en souvient, on en prévoit ou on les espère, on les craint, on les cache, car parfois c'est indécent obscène et grossier ! Parfois elles sont doubles, une pouvant cacher l'autre. Et c'est justement quand on ne les voit plus qu'on s'interroge...

Une consultation de routine : O PROZAC, grand aplatisseur des émotions...!

Ça va ? - Ça va.

Et le problème de fond ? - Il n'y a pas de problème de fond.

Mais si vous en prenez, c'est bien pour quelque chose !? - Je suis venue pour le renouvellement et pour que vous me preniez la tension, car ma mère va me demander le résultat et il faut que je le lui donne pour qu'elle me fiche la paix.

C'est à elle qu'il faut dire que ça va, pas à moi, et puis dites lui ce que vous voulez, ça m'est égal, c'est vous le problème !

- Vous m'avez convoquée aujourd'hui, me voilà, mais là pour papoter, passer un moment tranquille ! (j'avais fait passer une ordonnance contre la promesse d'un entretien). Le nez me pique (moutarde) alors qu'elle commence de dire que sa maman la maternelle à mort pour cette anémie, la gavage de bifteck et de foie, lui dit d'aller chez le coiffeur, d'élever sa fille comme ci, de faire ça comme elle lui dit qu'il faut le faire, en fait non, elle dit tout ça pour décrire sa relation avec sa mère parce qu'elle voit que je tique à l'amorce de ce sujet : Arrêtez l'infantilisme ou vous n'en sortirez pas, je suis là pour ça, pour vous le dire ! Afin que vous réagissiez, que vous en preniez conscience (mais de quoi je me mêle ?)

- Mais non c'est pas du tout ça, c'est eux qui sont comme ça, mon mari et ma mère, ils sont pareils tous les deux toujours à me dire comment il faut faire, et on peut pas discuter, ils sont bornés, on peut pas, c'est à cause d'eux !

- Je veux que l'on cesse de me dire ce que je dois faire, que ce soit eux, que ce soit vous (je l'ai cherché) !

Et là, la voilà, l'émotion, la belle, la dure, celle qui va me fait entrer au cœur, au cœur du problème que je voulais revoir, c'est l'outil de travail aujourd'hui : Ses sourcils se froncent, le front se rétrécit et ses yeux noircis se noient de larmes, la voix change de registre. Et pour moi, nous sommes au diapason, je me sens coupable et je pense que mon impulsivité m'a poussé un peu trop loin. Mais j'ai retrouvé un terrain d'échange, où dans l'intimité des émotions, on parle enfin de soi...

Huit jours plus tard, contre toute inquiétude, elle est revenue, pour sa fille de quatre ans, une médiatrice en herbe et moi, je suis pris au piège d'une transaction... (Mais ce n'est qu'une escale.)

# Brouillard à Sangatte

C'est la première fois que ça m'arrive, je crois : je me suis fait porter pâle pour ne pas « y » aller, sans savoir vraiment pourquoi, je n'avais pas envie, je ne me sentais pas l'énergie, le punch pour faire du « bon » travail là-bas. Arriver dans le hangar, traverser à pied avec mon petit cartable, au milieu des réfugiés qui déambulent comme sur une place de village ; ici un groupe d'homme discute, plusieurs arpentent en silence la place publique, des femmes avec des petits accrochés aux jupes passent, beaucoup sont occupés à laver ou tordre du linge... une légère rumeur atteste du nombre de réfugiés dans le centre : l'intensité est nettement augmentée depuis quelques semaines. Devant le Portakabin qui tient lieu d'infirmerie, il y a déjà la queue... et je me sens fautive d'arriver maintenant. Eliane, l'infirmière est déjà en plein boum : pendant qu'un afghan trempe sa main dans du Dakin, elle fait l'injection de calci d'un autre, car il a une jambe dans le plâtre, et me parle de quelques personnes vues hier, et qui la préoccupent, je les verrai au cours de la matinée, parmi d'autres. Afghans, Iraniens, Irakiens, Kosovars, Russes, Turcs, de temps en temps un Indien, un Kenyan, parfois, ils parlent anglais, souvent il faut trouver une personne qui parle l'anglais et leur langue ; ce matin-là, nous nous sommes retrouvés à

quatre autour d'un malheureux paysan de je ne sais plus où sur le continent indien et la traduction faisait quatre étapes ! Là on arrête tout, je préfère communiquer par gestes... mais c'est limité et frustrant. Frustrant, ç'est peut-être ça la source du malaise qui fait que je sors de là épuisée, et mécontente de mon travail, de moi. Ce n'est pas qu'il s'agisse de maladies graves, non, ça, c'est rare et ils vont rapidement à l'hôpital ; c'est de la petite pathologie la plupart du temps, ampoules, courbatures, liées à des marches très importantes ; chez des hommes jeunes et athlétiques, c'est anecdotique, mais quand il s'agit de gens qui ont l'air de vieillards, ou de petits enfants, quand les pieds sont abîmés parce que les chaussures en plastique font 2 pointures de moins que ce qui serait nécessaire... quand ce sont des plaies profondes des mains liées au contact des « concertinas », ces fils de fer où le barbelé est remplacé par des lames de rasoir... et tous ces hommes qui viennent pour « hitching », ils se grattent, et c'est probablement la gale... Ce sont des gens dont le souci de propreté est extrême, ils sont exaspérés par l'idée d'avoir la gale, la difficulté à obtenir vêtements et literie, je fais un bon, on me remercie beaucoup, c'est dérisoire. Rien de grave, et justement, rien d'important à faire pour le médecin ; évidemment l'important

Martine Devries

Médecin généraliste

est ailleurs, passer là-bas, au-dessous de la mer qui est là, fermant l'horizon, ouvrant peut-être l'avenir, jusqu'aux « blanches falaises de Douvres » qu'on a l'impression de pouvoir toucher du doigt...

Ils viennent aussi faire soigner leur rhume et je distribue des pastilles pour la gorge... car médecin et infirmière se partagent le rôle du pharmacien, décidant à l'emporte-pièce de donner pour 2 jours ou pour 6, vous reviendrez mardi, sous entendu, si vous êtes encore là, les sous-entendus se moquent des barrières des langues, c'est l'avantage. Et les « somatisations », maux de tête souvent, maux d'estomac aussi, déjà, expliquer ça à un Français moyen, ce n'est pas simple, mais à un afghan avec traduction approximative... La prescription : deux comprimés de Paracetamol et la phrase « you think too much », dite sur un ton qui est tout sauf ironique, parce que le tragique et le dérisoire se côtoient décidément de très près. Une femme iranienne de 24 ans a un nouveau-né de 20 jours, il est né à l'hôpital de Calais, elle consulte tous les jours car le bébé pleure en permanence, nuit et jour, empêchant le sommeil de toute la cabine, et même des autres ; il ne grossit pas, comment lui expliquer : elle n'a pas assez de lait, elle est trop inquiète, et le bébé sent tout ça... pour finir je lui donne un bon pour avoir une meilleure ration alimentaire... Tout cela sous la pression de ceux qui attendent à la porte et qui vont être très fâchés si on leur dit de revenir cet après-midi.

Il y a des choix à faire, à chaque instant, et je ne sais pas quels sont les critères qui doivent me guider. La durée du traitement, car il y a une pénurie relative de médicaments ; est-ce que je vais envoyer celui-ci à l'hôpital pour un plâtre, ou bien c'est trop compliqué et il se contentera d'un bandage (le précédent a ôté son plâtre au bout de trois jours). Et lui, dois-je le mettre aux anti-

biotiques ? Ou bien est-il possible de l'adresser pour drainer son otite auparavant ? Ce ne sont pas les règles habituelles de métier qui s'appliquent ici, à l'évidence ; « les bonnes pratiques », les « conférences de consensus » ne sont d'aucune aide, car le cadre est complètement différent, les moyens ne sont pas les mêmes, il n'y a pas de dossier, pas de suivi, on ne leur demande même pas leur nom ! J'ai aussi le choix de passer plus de temps avec celui-ci, parce qu'il me comprend mieux, parce qu'il a davantage de demande, parce qu'il a une pathologie plus importante, ou simplement parce qu'il est gentil ! C'est injuste.

Leur possibilité de choix, à eux aussi est très limitée : peu d'explications, dans une langue qui n'est pas la leur, avec une conception du corps, de la maladie et du soin dont je ne sais rien... Ils peuvent seulement accepter d'aller à l'hôpital, refuser de marcher avec des cannes anglaises, réclamer un papier pour ne pas faire la queue, manger végétarien, ou venir tous les jours pour demander de la pommade...

Et en arrière plan de tout cela, ils ont fait le choix, radical (car ils ont tout quitté, vendu, perdu), d'aller en face, vers ce qui semble être un faux eldorado, mais nous, on a bien peu à leur proposer.

Sentiments d'impuissance, de frustration, interventions dérisoires, ces sentiments négatifs paralysent le médecin et le « cassent ». Mais n'est-ce pas le reflet de ce que peuvent vivre ces « patients » là, dans cette situation ? Peut-être que cette émotion « en miroir » est le témoin (le seul possible ?) d'une relation humaine ? Est-ce thérapeutique ? En tous cas, pour le médecin, prendre conscience des raisons de son malaise l'aide évidemment à le dépasser, et même à s'appuyer sur ce malaise pour poursuivre sa tâche.

# Sur les traces de Freud et de Kafka ou Le paradoxe fondateur

**Pratiques :** Qu'est-ce qui fonde pour vous la capacité d'entendre ses propres émotions ?

**Philippe Réfabert :** Votre question est très vaste. À bien y regarder, elle couvre tout le champ de la pratique, pas seulement psychanalytique, ou médicale, mais celui de toute relation inter-humaine. Pour qu'un analyste, un médecin ou « le merveilleux premier venu » comme dit J. Paulhan, entende ses émotions, il faut qu'il les ressente – et ceci n'est qu'en apparence une vérité de La Palice - ensuite qu'il les interprète justement. Interpréter ses émotions est bien la chose la plus difficile qui soit. J'ai mis des années à pouvoir juger qu'une certaine émotion qui m'affectait de façon très intense n'était pas exquisément bonne, comme je le « sentais », mais au contraire pernicieuse et destructrice pour moi. Après avoir pu réajuster mon jugement, il me restait à en prendre acte. Acquérir la faculté de prendre acte de ses émotions pourrait occuper tout un entretien.

Si l'on revient à la pratique psychanalytique, j'insisterai sur un point qui me tient à cœur.

Interpréter une émotion, « entendre » une émotion, de soi, de l'autre, dépend de la grille de lecture, de la théorie, du champ conceptuel de l'interprète. C'est le cadre conceptuel qui guide l'écoute du praticien, qu'il ait trouvé ce cadre dans l'air du temps, qu'il l'ait appris pour l'appliquer, ou qu'il se le soit donné. L'attitude qu'il aura avec son analysant, différera selon la grille de lecture et les outils de pensée qui seront les siens.

Revenons aux émotions et à la vérité de La Palice que j'évoquais. Les émotions en soi, ça ne veut rien dire. Une émotion ne peut donner lieu à un acte rationnel que si elle est pensée. Elle ne peut être pensée que si elle a donné lieu à une parole. Elle ne peut donner lieu à une parole que si elle n'a pas été refoulée. Mais surtout, la condition pour qu'elle soit inscrite dans la psyche, que ce soit sous une forme consciente ou refoulée, est qu'elle ait été ressentie. C'est là un des fils de mon livre. Pour qu'une incitation sensorielle, qu'une excitation muqueuse, cutanée ou sensorielle donne lieu à une sensation, il faut qu'elle ait été pré-sentie par un autre humain. Il en va de même pour une émotion. Un nourrisson qui crie

**Philippe Réfabert**

*Psychiatre, psychanalyste*

*Philippe Réfabert, psychiatre, psychanalyste, vient de publier De Freud à Kafka, Calmann-Lévy, Paris 2001, livre dans lequel il propose de nouveaux concepts analytiques élaborés au cours du séminaire qu'il anime depuis des années. Il s'appuie, pour ce faire, sur sa clinique et sur la lecture de grands textes de Kafka dont il renouvelle la lecture.*

n'a pas faim, c'est la nourrice qui interprète le cri comme un signe de faim. Elle a pré-senti la sensation de faim et la donne à l'enfant parce qu'elle a la faculté de se « mettre à sa place ». Elle lui donne à manger, mais elle ne fait pas fait que ça, elle l'a, dans ce mouvement, introduit dans un univers de signes qui se lisent et s'entendent.

Il en va de même pour les émotions. Un affect n'existe que d'avoir été pré-senti par un autre humain. Je peux en donner un exemple tiré de mon expérience d'analyste. Je pense à une personne qui m'a fait ressentir un sentiment qu'elle ne connaissait pas et qui m'a offert l'occasion de lui donner ce que j'avais, un temps, souffert pour elle. Elle restait silencieuse et bougonne pendant des séances entières. Tout ce que je disais était récusé ou tourné en dérision. Je me suis dit que je la haïssais et pendant des semaines je me suis débattu avec ce sentiment très désagréable. Avoir envie de tuer son analysant n'était pas un sentiment très catholique. Tout à fait inavouable. Je cherchais pendant des jours ce qui en moi pouvait nourrir un tel sentiment. Jusqu'au jour où je pus lui dire, et je n'en menai pas large : « Quelqu'un ressent de la haine. Vous me faites ressentir de la haine ». À mon grand étonnement, cette personne s'est mise à sourire comme jamais je ne l'avais vue sourire. Et de me dire : « Enfin, quelqu'un ose me le dire. Je vois que je suscite ce sentiment partout où je passe ». Cela lui a permis de mener son enquête auprès d'oncles et de tantes qui lui ont révélé que jusqu'à l'âge de 10-12 ans, sa mère la gavait avec un entonnoir. La haine avait été éradiquée de la psyche de ces parents qui la soumettaient à des mesures coercitives et orthopédiques « pour son bien ». Elle n'avait aucun souvenir de ces mauvais traitements, mais elle m'en avait fait subir. J'étais à sa place. Ce court fragment rend compte d'un aspect important du traitement analytique. En m'infligeant son silence

obtus, elle m'avait fait ressentir ce qu'elle n'avait pas eu la liberté de ressentir parce que ses deux parents, confondus, n'avaient pas la moindre arrière-pensée de haine à son endroit. La haine, ils connaissaient pas, seulement le bien de l'enfant. En acceptant de la ressentir, en ne disant pas qu'elle était « méchante » ou mauvaise, en ne m'attribuant pas cette haine, en me disant que j'étais convoqué sur une scène où il y avait de la haine, j'ai pu la lui faire connaître. Parce que quelqu'un l'avait incarnée.

Il me faut ajouter qu'elle n'avait aucun souvenir de ces mauvais traitements. Ces événements n'avaient pas fait expérience. Pour qu'il y ait une inscription psychique et somatique d'un événement, il faut quelqu'un pour le penser sinon pour le dire. S'il n'est pas pensé par un autre humain – pas besoin qu'il soit dit explicitement – seul le corps en garde l'archive. Les médecins, je pense, sont confrontés de façon privilégiée à ces personnes qui n'ont qu'une archive corporelle.

### **Pouvez-vous expliquer davantage le contre-transfert et les concepts sur lesquels il repose ?**

Cette expérience de haine, c'est le transfert. Quelqu'un, en l'occurrence moi, était prêt à ressentir de la haine, à s'en écarter et à la restituer. À restituer l'émotion que peut ressentir quelqu'un qu'on tue, qu'on meurtrit. Une de mes références majeures est le drame de Pirandello *Six personnages en quête d'auteur* (1). À l'exemple des « personnages en quête d'auteur », l'analysant demande à l'analyste de l'aider à écrire son drame. Un drame dont il ne sait même pas que c'est un drame. Il n'a que quelques bribes de mémoire et des émotions qu'il est impuissant à rattacher à des expériences passées. On peut imaginer que dans l'exemple dont je parlais tout



à l'heure l'enfant gavée qu'elle avait été avait éprouvé une douleur, mais que le contexte de ses parents ne lui avait pas permis de l'élaborer en une souffrance psychique sur laquelle elle aurait pu mettre des mots et dont elle aurait pu se souvenir. L'événement qu'elle avait vécu, gavage et haine, n'avait pas eu lieu. Je veux dire : n'avait pas eu de lieu psychique pour s'y inscrire. Et elle rejouait cette scène jusqu'à ce qu'un auteur veuille bien l'écrire et lui donner lieu.

À partir de là, l'analysant peut comprendre pourquoi il se met à tout bout de champ en situation de se faire meurtrir, pourquoi il se voit attaqué dans sa raison de vivre. C'est toujours dans ce qu'on a de plus intime qu'on se fait attaquer. Cette attaque s'exprime d'ailleurs de façon privilégiée dans la relation amoureuse des personnes qui ont subi un meurtre d'âme.

Pour en revenir à la question du contre-transfert, dans cette histoire, c'est parce que j'avais accueilli en moi cette haine, irréaliste mais bien palpable - l'atmosphère était à couper au couteau - et que cela m'avait coûté de dire mon sentiment, qu'elle avait été soulagée. Pour qu'un événement fasse expérience, il faut que quelqu'un le reconnaisse et paye de sa personne pour ce faire.

### **Pouvez-vous décrire ce qui se passe pour le petit enfant dans ce que vous nommez la matrice psychique transitionnelle ?**

Une mère n'a pas qu'un utérus, elle a aussi une matrice psychique, comme le père d'ailleurs qui est, à ce titre, à la même enseigne que la mère – je ne dis pas qu'il est dans une position identique mais semblable. La qualité de la vie de l'enfant qui vient au monde dépendra de la richesse et de la souplesse des matrices psychiques de ses parents. On peut imaginer que toutes les émotions, tous les objets du monde y ont leur case comme dans un

tableau de Mendeleiev pour les métaux et métalloïdes. Amour et haine, vie et mort, tous les objets du monde, avec leur face d'ombre et de lumière y ont leur place comme tous les événements du passé de la famille. Quand il manque une case dans la matrice psychique transitionnelle, l'enfant va se porter vers elle. Il est possible de décliner ici toute la psychopathologie liée à un secret de famille. Si l'on voit ce secret comme cette case manquante on comprend que parent et enfant restent inséparables dans ce lieu sans nom qu'est un secret. Quand un événement n'a pas eu lieu – n'a pas eu de lieu psychique -, parent et enfant restent collés l'un à l'autre. C'est ma façon de lire bien des « émotions », postures, conduites, qui se donnent à lire par les élèves trop fidèles de Freud comme des déterminations qui appartiennent au Complexe d'Œdipe. À l'endroit de cette case sans nom, parent et enfant restent abouchés dans une posture incestueuse.

### **Que voulez-vous dire quand vous parlez de la question de savoir comment l'enfant acquiert la trace du négatif ?**

L'affaire est d'importance à beaucoup de titres dont l'un est que Freud, tout à la construction d'un nouveau champ scientifique a supposé que le « négatif » était donné naturellement à l'enfant. Mais donner le jour est facile, donner la nuit ne va pas de soi. Pour faire image, faire dormir un nourrisson, l'apaiser, n'est pas toujours très simple. Comme dit Kafka « le positif nous est déjà donné, il nous incombe de faire le négatif ». Pour aller vite, disons que l'humain est seul dans le règne animal à avoir conscience de sa mort. La question que je formule dans mon livre et à laquelle je tente de donner des éléments de réponse est celle-ci : comment la mort nous vient-elle ? Comment le négatif, comment le non, comment la discontinuité nous viennent-ils ? En deux mots je dirai que

lorsque des parents ne sont pas entravés par un secret, une douleur ignorée, ils ont la liberté de penser, de rêver le pire pour leur enfant et d'y faire objection clairement. Quand un parent a une matrice psychique la plus souple et la plus riche pensable, il peut accueillir des pensées agressives à l'égard de son enfant. Dans sa psyché-soma, l'agression, l'offense, la maladie, la mort et l'image de l'enfant peuvent coexister, non pas sans angoisse, mais sans terreur et sans refoulement. Le parent, fort de cette tolérance à ses propres pensées en apparence monstrueuses, sait apaiser l'enfant. Il le soumettra à un rythme harmonieux où se succéderont les moments d'incitation sensorielle et les moments d'apaisement, continuité et discontinuité.

Le parent qui vit dans une crainte inconsciente parce que quelque chose qu'il méconnaît frappe à la porte de sa psyché-soma, ce parent aura un langage corporel qui trahira cette crainte. Par exemple, le rythme du bercement ne sera pas en harmonie avec celui de la voix. Cet enfant ne connaîtra pas d'apaisement résolutoire. Il sera soumis à une excitation permanente qui constituera une source intérieure d'excitation. Une telle absence de césure sert à maintenir refoulée une pensée que le parent n'a pas la liberté de lire.

### **C'est ce que vous appelez le paradoxe origininaire ?**

Le prototype de cette séquence rythmique avec période d'incitation et moment d'apaisement est illustré par un fragment de l'Odyssee d'Homère. Dans le parage des sirènes, sur les conseils de Circé qui est comme une bonne fée, Ulysse se fait attacher au mât par son second et fait mettre de la cire dans les oreilles des rameurs et de son second. Ulysse sait que face aux sirènes qui chantent ses louanges, l'appellent pour un orgasme

mortel, il lui faut se faire attacher s'il tient à les écouter. Ce fragment de mythe illustre la situation de l'être humain exposé au paradoxe du vivre et du mourir. Seul dans le règne animal, il enterre ses morts et sait qu'il va mourir. Dans ce fragment, la mort est représentée par le chant mélodieux et irrésistible des sirènes, et la vie par la retenue au mât. Ulysse traverse le passage. Alors que tous les autres, les matelots et le second, qui n'ont pas entendu l'appel de la mort, le doux chant des sirènes, tous, trouveront une mort prématurée, avant terme. Seul Ulysse qui a pu les voir et les entendre, a survécu aux épreuves terribles du retour. Le concept que je propose est celui du paradoxe fondateur que forme l'alliage indissociable de la vie et de la mort. La trace de la mort, le négatif est donné par le parent dans la retenue de son chant. De mille façons, mais avant tout rythmiques, le parent fait objection à la mort. Et il y fait objection parce qu'il ne la nie pas, pour lui-même et pour l'enfant.

### **Et sinon ?**

Sinon ? Quand l'objection à la mort, quand la trace de la mort n'est pas signifiée à l'enfant, quand le négatif ne lui est pas donné, cet enfant doit se débrouiller tout seul. Il doit négativer une de ses fonctions vitales ou de relation pour se donner un paradoxe de fortune.

### **Pouvez-vous en dire un peu plus ?**

Je me représente le fondement inaccessible de toute existence comme un noyau stable. Un noyau fait de la cristallisation de deux radicaux opposés. Le oui et le non, la mort et la vie, la nuit-le jour. Sur cette base – paradoxale –, le sujet se développe, exerce des choix, conduit son existence. S'il ne l'a pas ou s'il la perd, dans une fulgurance il se crée lui-même. Je pense que certains syndromes de déshydratation aiguë du nourris-



son procède d'une telle urgence. De se donner le négatif. Ce que disait Winnicott d'une « assez bonne mère » est cette mère qui attire et retient, qui est sensuelle sans être érotique, qui peut à la fois chanter et penser la maladie, la mort de l'enfant. C'est à cette condition qu'elle peut l'en protéger.

Ce qu'on appelle les « mères juives » ou les mères hyper-protectrices, ce sont des parents –mères ou pères-, qui attendent implicitement de leur enfant qu'il pallie les défauts de la mémoire créés par les traumatismes, les pogroms, les meurtres, l'impensable des guerres. Alors l'enfant vient se caler sur cette lacune.

### **S'il perd cette base paradoxale disiez-vous ?**

Cette base, cette fondation paradoxale peut être détruite. C'est ce qui se passe dans un traumatisme. Un trauma psychique c'est un événement qui n'a pas eu lieu. Le meurtre d'âme c'est cela. Il réalise le meurtre du témoin en soi. Pour survivre le sujet a dû faire alliance avec ce qui attaquait le témoin en lui. Il a dû revenir sur l'objection à la mort qui avait été prononcée pour lui. Le sujet, alors, se reconstitue immédiatement en négativant une de ses fonctions.

### **Comment expliquez-vous l'anesthésie où sont bien des patients et des soignants ?**

Une des situations les plus délabrantes pour un enfant est celle de l'indifférence, où les parents restent indifférents à la souffrance de l'enfant et s'en extraient. Ils s'occupent de leur enfant avec des pincettes. Ils croient le protéger contre le risque de l'appel mortel, celui des sirènes. D'une façon contradictoire, opposée à 180°, ils pensent ne pas lui donner la mort en ne lui chantant pas de chant de séduction, en n'étant pas tendre, en

ne caressant pas, en étant le contraire d'une sirène. Mais l'enfant se soutient d'avoir été à la fois séduit et retenu.

De plus, ces parents peuvent s'abstraire des situations lorsque l'enfant traverse une épreuve. Schreber raconte la scène où un petit garçon est soumis à un examen scolaire difficile devant ses parents. Ces derniers, pour ne pas ressentir d'émotion, fixent leur attention sur un détail ambiant. Dans ce cas, le parent ne répond plus de sa place, il est « irresponsable », il fait le mort, il est mort. Lévinas dit « Le mort est celui qui ne répond pas ». Le parent qui ne répond pas de sa place quand son enfant traverse une épreuve fait que l'enfant est confronté à un parent mort.

Pour contenir une douleur, ces personnes doivent se construire quelque chose comme une forteresse, comme une peau d'emprunt. Ils se font marionnettes avec au fond d'eux-mêmes, un tout petit enfant qu'ils ont été, mais sans peau. Ils sont vigilants à ne rien ressentir. Ce sont souvent des gens qui ont fait le choix de ne pas avoir d'enfant, ou qui, lorsqu'ils en ont, s'exposent à une brutale décompensation, à la folie. Comment prendre un enfant dans les bras, quand on n'est pas branché sur l'enfant qu'on a été ? Quand l'enfant qu'on a été a été gravement traumatisé ? Dans ce cas, on se garde comme au fond d'un cul de basse fosse au pied d'une forteresse. Tôt ou tard, quand on a un enfant, l'enfant qu'on a été tente une sortie et fait exploser la forteresse. Il s'agit d'une anesthésie généralisée.

Parfois le traumatisme est si grave qu'il ne peut pas être élaboré en une seule existence et qu'il faudra deux ou trois générations. Je pense à certains événements de guerre.

**Faut-il avoir tout vécu pour être analyste ?**

Pour répondre à cette question j'évoquerai la lettre que Freud écrit à l'artiste Yvette Guilbert. Freud lui reconnaissait la capacité d'exprimer un très large éventail des émotions humaines. Pour moi, tout artiste crée du lieu d'une catastrophe. Naître artiste, c'est surgir du lieu d'une catastrophe. Sont artistes ceux-là, Kafka, Pirandello, Yvette Guilbert, Freud qui sont revenus, comme Orphée, du lieu où on rencontre la mort. Comme Ulysse, ils avaient en eux une Circé ou un second qui les maintenait au mât. Pour être analyste, il ne faut pas avoir tout vécu, mais il faut, comme l'artiste, en être revenu.

Moi-même, j'ai été longtemps analyste sans avoir vécu cela véritablement. Ou plus précisément, je l'avais vécu, mais je m'en étais guéri et je m'étais refait une santé grâce à des états sociaux, pour maintenir sous cape ce que j'avais vécu enfant et adolescent. Et puis, il est venu un temps dans ma vie où c'est revenu. Les conditions de mon entourage m'ont permis de le revivre. De ce lieu, j'ai pu écrire ce livre. J'ai pu être en sympathie avec un artiste comme Kafka. Il me faut préciser que je n'ai pas écrit l'analyse de Kafka, parce que, pour moi, Kafka est comme un analyste, quelqu'un qui s'est constitué par l'expérience critique qu'il a traversée. Il s'est donné une matrice où le pire et le meilleur coexistent et ne sont pas exclus. De ce lieu, il peut tout accueillir et tout entendre.

Je profite de l'occasion que vous me donnez là pour dire un mot de « l'écoute », qui est un terme très galvaudé. C'est un terme qui ne veut rien dire ou qui veut dire tellement de choses. On n'entend que ce qu'on a soi-même traversé et pensé. Quand on ne peut pas penser côte à côte « mort » et « fils », on ne peut pas être à l'écoute de quelqu'un qui dit avoir voulu tuer son fils.

L'écoute dépend de l'étendue de l'éventail des expériences humaines que l'analyste a fait sien. Toutes les expériences, y compris critiques, sont pensables.

Pour penser le terrorisme, pour s'en prémunir ou en prémunir les autres, il est souhaitable d'avoir reconnu soi-même ses propres motions meurtrières quand elles ont fait surface.

**Comment situez-vous votre démarche à l'intérieur du mouvement analytique ?**

J'ai essayé dans mon livre d'élaborer des concepts qui illustrent ce que beaucoup de mes collègues analystes font en pratique. Un certain nombre d'entre eux n'ont pas d'affinité avec la théorie. J'ai essayé de donner à des expériences cliniques, à la pratique, des concepts qu'elles n'avaient pas. La pratique a beaucoup évolué depuis cent ans et la théorie n'avait pas évolué en relation. J'ai essayé de mettre à niveau pensée et pratique. Freud avait, me semble-t-il, mésestimé les situations où l'enfant n'est pas entouré, et doit se construire seul. Pour être un humain, il faut que quelqu'un ait donné le positif et aussi le négatif, j'y reviens, et c'est loin d'être toujours le cas. Quand la trace de la mort, quand l'objection à la mort n'est pas clairement opposé au néant, l'enfant doit se créer en urgence un paradoxe de fortune sur lequel s'appuyer. Pour combler une lacune découpée dans le Moi par un fait dont son corps garde une empreinte – sans qu'une trace mémorielle, visuelle ou auditive y soit liée –, le Sujet sacrifie une de ses fonctions de relation pour la négativer. Tel sacrifie son identité sexuelle, sa puissance sexuelle, tel sa capacité d'initiative ou de jugement.



### Qu'entendez-vous par crise ?

La crise est celui du remaniement économique. Le temps où le sujet revient sur la solution qu'il s'était inventée dans l'urgence. Une solution où il avait trouvé un équilibre, une guérison, parfois une guérison sévère. Mais la crise ne peut pas être prescrite. Ça vous arrive. On y passe ou on n'y passe pas. On ne peut pas dire « il faut » aller vers cette zone où on rencontre la mort. La psychanalyse, même si elle essaie de penser ces expériences limites, restera toujours sur le seuil. La crise, chacun l'a vécue. Mais le plus souvent, on ne veut plus en entendre parler. C'est ce que dit Winnicott avec « la crainte de l'effondrement ». C'est ce que je dis avec le « meurtre d'âme ».

Il y a des meurtres d'âme qui ne peuvent pas être revécus car on en mourrait, si on ne trouve pas les conditions sociales, amicales, amoureuses pour pouvoir les revivre. Ca ne dépend pas que de l'analyste.

Avec une psychanalyse, on peut soit s'exposer à la crise, soit y résister, soit se donner les moyens

de la vivre un jour. Une psychanalyse ne garantit pas qu'elle aboutira à une crise.

Il y a des expériences qui ne peuvent pas être prescrites. L'analyste peut seulement accompagner, apprivoiser celui qui craint de s'exposer à la crise. C'est alors le silence, le « bon silence » de l'analyste qui va aider l'analysant. Le silence qui respecte le fait qu'il ne peut pas prescrire ce que l'autre ne veut pas risquer. Le silence est cette réserve de l'analyste qui crie à l'autre humain qui est en face de lui « Tu peux quand tu veux, un jour, tu pourras ». C'est le silence armé, fort, aussi fort qu'est puissante et violente la crainte qu'éprouve le petit enfant vivant, exposé, sans peau à l'intérieur de l'analysant et qui demande des assurances pour sortir.

**Propos recueillis par  
Elisabeth Maurel-Arrighi**

---

1 Pratiques 41 – 3ème trimestre 95 – *Un personnage, un auteur, un acteur*

# Tous les deux, qu'est-ce qu'ils veulent faire ensemble ?

de **Françoise Levet**,  
d'après une réunion  
du PARS

*L'auteur est présidente d'un groupe d'usagers de la santé, le PARS, créé à Limoges dans les années 80 sur un parti pris délibéré d'autonomie par rapport aux médecins. Différents moyens d'information, d'échanges, d'écoute et de défense collectives sont mis à disposition « des usagers soucieux de développer leur capital santé dans une approche globale de l'Homme En Santé ». A suivre...*

« Je parle longuement à mon docteur de mes saignements de nez répétés qui, s'ils ne présentent pas une grande gravité, me gênent. Et tout d'un coup, ce dernier me dit : « De quoi avez-vous peur ? » Cela fait tilt, je m'arrête et je sens... ma peur. Est-ce que je lui parle d'elle ? Je n'ai plus jamais saigné du nez. »

Le fait de ne pas pouvoir s'exprimer crée un manque de prise sur ce qui nous arrive : on ne peut que subir. Or le médecin, par son écoute attentive, peut aller au-delà des phénomènes physiologiques ayant motivé la consultation. Il peut percevoir, déchiffrer ce qui se passe et, comme ici, entraîner sa patiente dans le domaine des émotions.

Le malade sait que son corps lui parle une langue qu'il ne déchiffre pas, il sent que ses symptômes cachent autre chose, que sa maladie est le vecteur d'émotions, anciennes ou actuelles. Si le médecin prend en compte ces émotions cachées, la patiente pourra mieux comprendre ce qui lui arrive et donc avancer vers la guérison.

Qu'est-ce qui se passe entre eux deux ?

L'espace émotionnel de la patiente a-t-il ouvert celui du médecin ? Cette ouverture de deux espaces entrant en résonance, est-ce là ce qui permet de « sentir » une réalité, jusque-là cachée ?

Mais que dire d'un médecin froid, qui semble ne donner et ne recevoir aucune émotion alors qu'il exerce en cardiologie, auprès de personnes qui subissent des opérations éprouvantes. Est-ce un médecin garagiste qui répare des tuyauteries et, sûr de sa technique, offre des garanties : « Je vous en donne pour six mois », « Je ne peux plus rien pour vous » ? Médecin froid, pas d'émotion, pas de compassion, pas le temps, dans un endroit hostile : comment pouvoir exprimer ses émotions ? La malade se sent pour le moins démunie.

Mais que dire des émotions du médecin ? Y a-t-il droit ?

Ce n'est pas si simple : a-t-il peur de se faire bouffer par l'autre ? Par son histoire ? Comment entendre avec empathie sans entrer en « confluence » ? Comment le médecin peut-il trouver de la disponibilité pour soigner s'il est trop perméable à ses propres souffrances ou à celles d'un tiers ?

Et que faire si, parce que l'on demande de pouvoir s'effondrer dans le cabinet du médecin, c'est lui qui s'effondre un jour devant son client car il craque ?

La réciprocité, c'est cela. Est-ce que le malade est prêt à lui reconnaître ce droit ?

Tous les deux, qu'est-ce qu'ils veulent faire ensemble ? Jusqu'où iront-ils sur le chemin ? Sur leur chemin ?

*Point-Accueil-Relais-Santé de Limoges  
24 bis rue de Nexon  
87000 Limoges*

# « Je ne voulais pas mourir en hiver »

A 35 ans, il n'était pas venu à l'hôpital pour ne plus en sortir. Bien sûr, il avait le SIDA et il le savait ; mais en 1996, les antiviraux étaient déjà efficaces et depuis peu, les trithérapies vidaient les services : les séropositifs, brusquement, retrouvaient leurs forces, récupéraient les kilos perdus, retournaient au travail. En quelques semaines, les nouveaux traitements renvoyaient infirmières et médecins à une médecine hospitalière paisible et ronronnante, après le flot des interminables fins de vie – on ne meurt pas très volontiers à 30 ou 40 ans.

Il était donc hospitalisé juste pour quelques jours, le temps de soigner la rétinite à CMV\* qui venait juste de se déclarer et qui, sans traitement, pouvait lui coûter la vue.

Sûrs de disposer de médicaments efficaces, nous n'étions pas inquiets et lui non plus d'ailleurs. Gracile, charmeur, un peu ailleurs, il pensait à sa peinture, à l'exposition prévue le mois prochain, en décembre. Il avait l'assurance tranquille d'un homme qui a des projets, une vie, un amour.

Personne n'attendait cette infection de la moelle osseuse foudroyante, inexpliquée ; la diarrhée sanglante qui a suivi était cataclysmique, incontrôlable, rebelle à tous les traitements.

Nuit et jour il se vidait, très vite ses traits sont devenus tirés, sa peau plus pâle.

La mort, on n'y pensait pas au début. Qui a perçu en premier l'inquiétude chez l'autre ? Nous étions tous un peu empêtrés dans notre sollicitude au quotidien : appliqués à surveiller les symptômes, modifier les traitements, commenter les résultats d'examens... les thèmes de conversation ne manquaient pas et nous permettaient de remplir l'échange, mais toujours un peu à côté : nous ne disions pas ce qui nous préoccupait vraiment : son état empirait chaque jour.

C'est lui qui, en premier, a parlé de la mort.

« Cette diarrhée, elle va finir par me faire mourir... ? »

Il regarde par la fenêtre les branches décharnées de ce mois de novembre.

- C'est vrai que la diarrhée ne s'arrête pas malgré les traitements....et à vrai dire, nous sommes inquiets nous aussi...

Il le savait, sans doute, mais espérait une autre réponse, un démenti qui l'aurait apaisé, pas un mensonge non plus.

- Mais c'est sûr que je vais mourir ?

Geneviève Barbier

Médecin généraliste



- Non, bien sûr, on n'est jamais sûr de rien. Mais on n'a toujours pas trouvé la cause de cette infection de la moelle, et cette situation nous préoccupe tous beaucoup...

Il observait ses mains : les doigts plus maigres, plus lents, aux extrémités à peine bleutées. Les ongles étaient un peu longs.

- Je ne voulais pas mourir en hiver.. et puis ce n'est pas possible, je n'ai pas rangé mon atelier, j'ai des tableaux à finir, j'ai trop de choses à faire...

- Peut-être que les choses vont s'arranger : d'ailleurs le taux de plaquettes est meilleur ce

matin... mais enfin, dans cette incertitude, si vous avez des choses importantes, peut-être est ce le moment d'y réfléchir, d'en parler à vos proches, de leur dire ce que vous souhaitez...

24h plus tard, la chambre était vide.

« On s'est demandé ce que vous avez bien pu lui dire », ont dit les infirmières, « parce que, depuis samedi, il était incroyablement calme. Il a parlé très longtemps avec son amie, cette si jolie brune qui venait tous les après-midi... ils ont dû fumer aussi des pétards, ça sentait fort... mais bon, on n'a rien dit... et puis, il est décédé dans la nuit. »

# L'émotion au bout des doigts

Catherine Jung

Médecin généraliste.

Je vois madame T, d'origine tamoule. Elle ne parle pas un mot de français. Elle est accompagnée de Joséphine 4 ans qui traduira ce qu'elle pourra.

Je trouve Madame T. fatiguée, triste. Elle me fait comprendre qu'elle a mal au dos. Je me sens déjà un peu agacée. Que vais-je pouvoir faire, je me sens d'avance en échec. Je commence un examen. Et je m'essaie à poser quelques questions, avec une traduction plus qu'approximative, Joséphine préférant et avec raison sûrement me parler de sa maîtresse et de l'école que des douleurs de sa mère.

En palpant ce dos, au niveau de la charnière dorso lombaire, je demande « Et votre mari ? » Sous mes doigts, je sens un nœud se défaire, je sens monter les sanglots, elle se relève et fond en

larmes. N'ayant pas de mots de réconfort, je la prends dans mes bras et la laisse pleurer sur mon épaule quelques minutes. J'appelle ensuite une patiente tamoule, qui pourra par téléphone traduire quelques échanges.

Nous n'avions pas de mots à échanger, nous n'avions que des émotions. Je n'ai pas fait grand chose que lui permettre de dire une fois à un tiers ce qui la noue.

L'émotion, ça a été la rencontre, le plaisir de sentir que j'avais touché juste en lui parlant de son mari, le plaisir de sentir, y compris (surtout) physiquement, qu'un contact était établi entre nous, et qu'elle m'offrait sa confiance en même temps que ces larmes. Et que c'était un beau cadeau. J'ai eu du plaisir à sentir la tension en elle se relâcher.

# L'explosion

Consultation du 21/9, le jour de l'explosion de l'usine AZF à Toulouse

Une explosion, un bruit terrifiant, tout a tremblé, les fenêtres se sont ouvertes, un énorme nuage est monté dans le ciel. J'étais en consultation à ce moment là, on est tous sortis, on ne savait pas ce qu'il se passait, il a fallu du temps pour savoir que c'était l'ONIA (1) qui avait explosé. Il y avait peu de dégâts matériels dans le cabinet, la consultation pouvait continuer. On n'imaginait pas l'ampleur de la catastrophe. Monsieur H. est devenu blême, son frère travaillait à l'usine ce matin, on est resté silencieux, il est parti vite. Les quelques patients présents étaient pressés d'aller voir chez eux. Petit à petit sont arrivées des personnes blessées par des éclats de verre, toutes ensanglantées, choquées, parfois venues à pied de loin, toutes témoignant de ce qu'elles venaient de vivre, sur leur lieu de travail, dans les écoles, des blessés, de la panique dans la ville, des informations discordantes, de la crainte de la toxicité du nuage, de cette poussière noire qui recouvrait tout. J'avais du mal à ne pas trembler, je l'ai dit à un jeune dont la plaie barrait toute la joue, il m'a même demandé s'il était indispensable de faire des points, je n'étais pas son médecin, puis il a ajouté qu'il préférerait que ce soit moi.

Les jours suivants, les consultations dans un des centres d'hébergement et au cabinet ont été

longues, tous racontaient leur histoire, disaient comment ils auraient dû être blessés ou peut-être morts si comme d'habitude ils avaient été derrière leur bureau ou dans leur lit. Une mère amenait sa fille laissée seule dans l'appartement l'instant d'une course, cet instant avait duré 2 heures pendant lesquelles la petite était restée cachée dans un placard. Un ouvrier de l'usine, indemne, avait aidé à retrouver ses copains morts, il était là prostré. Des petits garçons jouaient, mais en voyant un bébé paisiblement endormi dans l'infirmierie du centre, ils m'ont dit : il est mort.

Trois semaines après, ceux qui avaient « assuré » craquent à leur tour. Se mêle alors un sentiment de colère de ceux qui n'ont plus rien et se sentent abandonnés, colère contre les discours politiques, colère de ne pas savoir pourquoi, des enjeux financiers, des propos racistes, mais aussi un sentiment de grande solidarité.

Il m'était difficile d'entendre toutes ces plaintes, cette souffrance, aussi longtemps, sans pouvoir souffler. Moi aussi j'avais eu très peur, peur pour mes enfants, mes proches, cette histoire nous concernait tous. Les gens le sentaient bien. Je les écoutais, je ne pouvais que leur dire notre propre impuissance, mais c'est sûrement ce qui faisait lien.

Evelyne Malaterre

Médecin généraliste

**1** Office National des Industries de l'Azote. Nom donné par les toulousains à l'ensemble du complexe chimique.

# La Belle au bois dormant

Martine Devries

Médecin généraliste

L'émotion du soignant, au cours de l'entretien, c'est ce qui fait avancer, c'est ce qui permet de créer du lien, et pour le patient, c'est moteur.

Viviane a 28 ans, je la connais très peu, elle vient aujourd'hui pour un rhume ordinaire. Elle est elle-même un peu ordinaire. Et la consultation est ordinaire, se conclut par l'ordonnance habituelle, toutefois, à la fin, elle demande :

- Est-ce que vous pourriez me donner à nouveau quelque chose pour dormir, comme la dernière fois ? C'est un bon médicament, je dors bien et le matin je ne suis pas ensuquée...

- Et vous le prenez régulièrement ?

En fait, elle se l'est fait prescrire par le médecin qui voit sa mère tous les mois à la maison... Je pars alors dans des explications convenables et classiques sur l'inconvénient des somnifères au long cours... et sur la façon de baisser progressivement, puis d'arrêter. Puis j'apprends qu'elle était cet été, « hôtesse de caisse », c'était bien, mais son contrat est fini. Et, du coup, les difficultés d'argent reviennent. Elle fait pourtant des comptes, des prévisions, elle aligne les chiffres...



- C'est peut-être ça qui vous empêche de dormir ? Faire des comptes au milieu de la nuit, ça empêche-rai n'importe qui de dormir...

Suit une discussion sur ce qu'on peut faire la nuit quand on ne dort pas, et sur ce qui gêne pour retrouver le sommeil, sur l'intérêt de faire des comptes, de savoir où on va, de ne pas avoir de découvert, d'être responsable et de ne pas avoir de dettes et je suggère que toutes ces réflexions peuvent être réservées à la journée, la nuit elle pourrait avoir le droit de laisser aller, lire un magazine, écouter la radio...

Je ne sais pas ensuite comment c'est venu, elle lance :

- Quand on est jeune, on fait des rêves, on pense qu'on aura un appartement, une petite voiture... et puis, c'est le chômage, les contrats, on ne peut rien prévoir, je ne peux pas prendre mon a-part (1), j'ai calculé, c'est impossible.

C'est pourquoi elle vit encore chez ses parents.

- Et qu'est-ce que vous faites dans la journée, à part aider pour la maison ?

- En fait, je ne fais pas la maison, je n'ai pas envie, autrefois oui, mais en ce moment, rien ne me dit, c'est comme si c'était mort à l'intérieur.

Un peu estomaquée, à la fois atteinte par ce dont ça témoigne, et contente d'avoir pu le mettre à jour, je m'entends répondre.

- Non, ce n'est pas mort, c'est juste endormi... et ça se réveillera. D'ailleurs, peut-être que les comprimés que vous prenez y sont pour quelque chose.

- Vous croyez ?

Nous parlons ensuite de ce qu'elle aime faire, quand elle est en forme. Et nous avons conclu la consultation sur le fait qu'elle m'en reparlerait.

De cette petite demi-heure passée avec Viviane, j'ai retiré un grand plaisir et beaucoup d'énergie. L'émotion ressentie lorsqu'elle a parlé de « mort à l'intérieur », je ne sais pas ce que c'est. Était-ce l'écho de son vide, ou la capacité que j'avais, à ce moment, de recevoir une telle confiance, l'essentiel, une telle confiance, et peut-être la sensation de pouvoir que cela donne... peu importe, c'est cette émotion qui me donne l'énergie, la présence d'esprit pour avancer et proposer.

1 A-part : expression locale signifiant pour un jeune adulte célibataire à la fois quitter le domicile de ses parents et prendre un appartement.

# Butô blanc

**C'était du butô blanc...** et rien que de me remémorer ce « Corps illogique », l'émotion m'étreint : à la fois douceur et pleurs, délicatesse et réalisme, calme et paix intérieure : corps illogique et amour de la différence...

Au début, il caracolait sur les fauteuils, il riait bouche muette grande ouverte, il jetait des bonbons et riait de les refuser, et nous sourions tendrement de le voir si heureux, tellement livré tout entier dans son sourire ; il dansait follement, heureux... tout simplement et c'était un vrai cadeau, ce sourire et ce rire offerts... Et c'était...

*C'était Fabien, tel qu'en lui-même aujourd'hui,  
C'était... c'était surtout Patrick, mon Patrick...  
oh ce sourire immense et ouvert par lequel il se  
livrait tout entier...*

A fleur de paupières : des larmes, et le flot des souvenirs m'envahit :

*Patrick,  
ses immenses yeux bleus lumineux et totalement  
offerts,  
confiant et heureux de nous voir arriver,  
Patrick, abandonné dans un lit-cage de ce  
service de chirurgie infantile où nous faisons notre  
premier stage, Patrick que nous avons sorti de son  
lit, avec qui nous jouions tous les matins, et qui  
était si fier d'arriver à tenir un crayon,  
Patrick, ce matin là, les yeux éteints, et  
implorants,  
enfermé dans un grand plâtre « pour qu'il puisse  
marcher normalement »  
Patrick, hurlant hurlant hurlant tailladé par la*

*scie à plâtre (« mais non, il n'a pas mal, ça ne  
peut pas couper, c'est un taré d'IMC (handicapé  
mental) qui ne comprend rien de rien » disait  
l'interne), mon Patrick...*

Nous ne respirions plus, suspendus à cette silhouette tassée, recroquevillée sur sa douleur : un petit amas de chair si triste...

et puis un muscle a bougé, et puis un autre, et puis...

longtemps, longtemps il a fallu à l'enfant - homme,

au corps et au cerveau « illogiques »,  
pour déplier une paupière, un bout de bras...  
et presque tout ce corps torturé, accablé, et  
d'une tristesse...

Mais soudain, un brin de musique...  
et un quart de sourire glisse fugitivement sur sa bouche,

une portion d'éclair de joie brille dans son oeil,

une moitié de bras esquisse un geste de danse...

mais vite, il se replie sur sa peur,  
tout petit,  
tout meurtri...

Il ne bouge plus, l'homme au corps illogique, petit tas sur la scène du Théâtre,  
et, longtemps, le public reste immobile, muet.

Etrangement apaisée, je pleure sur tous ces êtres différents que j'aime tant  
et qu'il, Gyohei Zaitso, a su si bien magnifier  
et donner à aimer  
par la densité de son corps.

**Anne-Marie Pabois**

*Au Festival mimOs cet été, la  
représentation de  
« Le Corps Illogique », grâce à la  
magie du mime butô, Gyohei Zaitso  
fait ressurgir des émotions enfouies  
depuis les premiers stages hospitaliers  
de l'auteure, médecin généraliste*



## Retour sur émotions

Emotions successives : interloquée, éberluée, puis captivée et enfin profondément bouleversée... Ce corps, donné à voir, savait être le miroir compatissant d'autres corps meurtris - et des âmes aussi.

Nul besoin de parole (pauvre Lacan !) : le langage du corps suffit (et les yeux, par qui l'ébranlement se propage à la profondeur de l'être).

E-mue : le corps chambardé puis le jaillissement brutal d'images vieilles de 30 ans (bien enfouies dans l'inconscient, celles-là) et enfin la libération et l'émerveillement...

Je saisis enfin : le mime-butô donne le pouvoir de comprendre les corps au-delà des mots, et il donne le droit de vibrer...

**C'était exactement l'envers du miroir il y a 30 ans, au début de ma formation médicale.**

*Patrick, mon premier malade, c'était le prototype de tous ceux que rejetaient mes « formateurs » : les déficients mentaux et corps illogiques non classifiables, les malades chroniques ou « fonctionnels » osant résister aux traitements... et donc échappant au pouvoir de guérir !*

*Alors, oser tenter d'établir une relation au-delà de la parole - par les mimiques, le toucher, les caresses ; croire que le « holding » peut faire progresser : c'était « pure sensiblerie de bonnes femmes » et indigne d'un futur médecin. Nous dérangions même les infirmières qui devraient donner un peu de leur temps à l'enfant éveillé. Le comble, c'était l'implication dans la relation : se mettre « du côté du malade », essayer d'être son fidèle interprète, quel mauvais début !*

Eh oui, pour être un bon médecin, il fallait rester à distance, jouer la comédie de l'indifférence et de l'omniscience, ne laisser transparaître aucune « faiblesse » : seul le modèle masculin traditionnel convenait, les « bonnes femmes » (sorcières ?) ayant l'esprit obscurci.

Pour moi, la résistance consista à utiliser au mieux mes capacités de travail et de mémorisation pour, dépassant la gent masculine, prouver que je pouvais être un bon médecin tout en étant une femme.

Ce mime, provoquant mais bienveillant, réconciliait, me semble-t-il, les spectateurs avec les êtres différents. Il autorisait et valorisait le ressenti, les émotions, les larmes : là résidait son pouvoir thérapeutique, à lui, le saltimbanque, le non-médecin. C'est cela même qui provoqua, chez moi, l'irruption brutale d'émotions trop longtemps retenues. Paix et sérénité, enfin. Il n'y avait plus rien à prouver.

L'an 2000-01, venues de 40kms à la ronde dans un espace rural désertifié, environ quinze soignantes (aides-ménagères en majorité, infirmières, une psychologue-participante et deux médecins généralistes), ont partagé leurs pratiques de soin. Ces « dits » sont passés au crible d'une grille élaborée par l'auteur après sa lecture de *Liberté et commandement* de Lévinas

# « Intimité »

« Je ne sais pas comment faire : ça me torture depuis 15 jours, je n'ose plus la regarder en face, j'ai la gorge toute nouée. Je l'aime bien, cette vieille dame, alors, lui dire comme ça : « Vous allez bientôt mourir », c'est trop horrible. »

- « **AH ! AH ! AH !** mais ça fait plus d'un an qu'elle nous en parle tous les jours, la vieille dame : après le contrat obsèques, elle a fait son testament et, actuellement, on a de grandes discussions sur la robe à lui mettre dans son cercueil : vous voyez, elle a fait beaucoup plus de chemin que vous ne croyez, vous les infirmières ! Nous, les aides-ménagères, on en sait des choses ! Et les gens nous parlent de tout, sans problème : on vit dans l'intimité des personnes, c'est pour ça. »

Dès le départ, ce rire a donné le ton : **les aides-ménagères** sont le moteur de ce groupe de parole : **le trop-plein de leurs émotions déborde le savoir supputé** des soignants... et tout le monde se met à leur **diapason !** Pas de discours sur l'accompagnement des personnes âgées à domicile : des questionnements découlant de la pratique et le partage du contenu des boîtes à outils personnelles. Pas de certitudes : des cheminements douloureux, erratiques et multiples, reflets des personnes et de leur histoire plutôt que de leur fonction, aides-ménagères, infirmières, médecins, tous travaillant à domicile en zone rurale ou semi-rurale. Et, *in fine*, pas de ces psy décrits par A. Artaud comme « érotomanes de la glotte et glottant de la glotte », ceux qui, ne s'impliquant jamais, parlent sans bienveillance du haut d'une position d'extraterritorialité commode. L'implication dans la pratique quotidienne

constitue le fondement même du groupe : un regard froid et lointain aurait pu, sans doute, glacer voire empêcher les échanges si intenses et si chaleureux, tellement chargés d'émotions vibrantes.

## La dynamique des émotions ? Elle est à l'origine même du groupe.

Depuis longtemps déjà, le vent colportait, aux quatre coins de la campagne, les désirs de partage de soignants, usés par le travail solitaire, victimes d'innombrables deuils et d'émotions castrées, mais toujours présentes. Des aides-ménagères, faisant elles-aussi un travail d'accompagnement à domicile avec des difficultés du même ordre, se sont mises en route, mues par un semblable désir : quand les émotions ne peuvent se dire, elles deviennent, comme ici, le moteur d'une transformation, le passage de l'individuel au collectif, du « Soi » à « L'Autre »... Les émotions, elles vont, elles viennent, mais changent-elles nos pratiques ?

## Du « corps à corps » au « visage vu de face » : émotions et relation soignés-soignants

Expressions irrépessibles passant par le corps, les émotions débordent le contrôle cérébral : elles provoquent, par leur trop plein, le désir de rencontre ; elles se nourrissent et enrichissent la pratique des soignants, de tous ceux qui sont quotidiennement au contact du corps de l'autre et de son environnement immédiat. Peu importe que la relation soit inégalitaire entre le malade et le

Anne-Marie Pabois

Médecin généraliste

soignant, les émotions passent de l'un à l'autre : intolérance aux odeurs et au toucher de ces corps vieillissants, réjouissance et rire, intérêt face à leur histoire, pitié ou attendrissement, peur de faire mal ou de mal faire, de devoir jouer la comédie de l'indifférence, chaleur de l'embrassade, désir de résister à la vieille dame qui vous veut pour sa fille ou désir de la materner, sentiment d'impuissance ou de terreur devant la mort ou la vieillesse, colère contre les familles ou contre les « tatie Danielle »... Les échanges sont d'autant plus confiants que, comme pour les aides ménagères à domicile, ils s'inscrivent dans la durée et le contact corps à corps : ces visages nus, « vus de face » comme dit Lévinas, sans défense, sont reconnus comme interlocuteurs à part entière. Le lien créé, une relation sans a priori s'instaure, dans l'intimité des chambres : les aides-ménagères vivent dans le concret de « ce qui est » et non dans « ce qui devrait être », d'autant plus qu'elles n'ont pas eu le formatage des soignants. Elles ressentent intuitivement la responsabilité qui découle de cette relation sans masque avec l'autre.

### Emotions entre soignants : au risque du regard de l'autre.

Blessés par le trop plein des émotions tues, lassés de gérer seuls les difficultés, les soignants sont dans un tel mal-être que seules 2 éventualités s'ouvrent devant eux : se démettre ou partir sur le chemin. La dynamique est déjà là : la déstabilisation débouche sur l'ouverture du *Soi* à l'*Autre-différent de soi*. Dans le groupe de parole si longtemps désiré, la rencontre entre « blessés-rescapés » se fait à visage découvert : véritable mise à nu dans le face à face, *les yeux transperçant la forme*. Point de combat ennemi,

où chacun se regarde de biais ; point de masque : les émotions permettent le partage véritable, et c'est alors la rencontre de l'autre qui, bien que déstabilisante, car inhabituelle et risquée, enrichit, transforme... A l'inverse, est-ce la peur du regard étranger, de

l'inconnu n'appartenant pas au même groupe professionnel, qui a empêché le retour de certains dès après la première rencontre ? Celles qui sont restées avaties, je suppose, en plus de leur déstabilisation chronique, un même besoin d'abolition de la hiérarchie (une intuition que toute hiérarchie implique une prise de pouvoir sur l'autre et donc la non-reconnaissance de l'autre dans la richesse de sa différence).

### Les savoirs pratiques, « ce qui est » et non « ce qui devrait être » :

La dynamique, impulsée initialement par le besoin intense de partage de tous ces candidats au « burn-out », a été renforcée par le changement géographique du lieu de rencontre, permettant la découverte de l'autre sur son territoire propre (souvent découvert par ceux habitant à 40kms !).

Un échange non hiérarchisé a donc été rendu possible : on peut même parler de renversement en ce sens que ce sont les aides-ménagères qui ont « imposé » le *prima* de la pratique sur le théorique. Emplies de leur corps à corps quotidien avec le malade (et non la maladie), submergées, à leur corps défendant, par les émotions en décollant, elles vivent dans l'être et non le paraître... Les pratiques réelles de tous ont donc pu être dites, entendues, mises en parallèle ou en complémentarité ; parfois, rarement, la théorie est venue, sur le terrain de la praxis, apporter un enrichissement nouveau à celle-ci.

Abolition de la hiérarchie, aussi bien dans l'expression des sentiments que dans la classification des savoirs : tous blessés, tous en recherche, tous à l'écoute de la différence chez l'autre.

*Grain de sable sur grain de sable, au fil de longues années, le vent du désert de solitude a fini par construire, autour de la petite pierre, un croissant de dune... la dune des angoisses trop longtemps contenues...*

Ref : Antonin Artaud, Van Gogh, *Le suicidé de la société*, ed Gallimard l'imaginaire- mars 2001  
E.Lévinas *Liberté et commandement*, ed. du Livre de Poche coll. biblio Essais-1997  
H.G.Gadamer, *Philosophie de la santé*, Ed Grasset-Mollat coll. La Grande Raison oct1998



# Une force de la nature

L'exercice médical est nécessairement provocateur d'émotions, puisque l'objet même de la médecine est un objet émotionnel : c'est la dynamique de l'existence qui est en nous, la relation intime que nous entretenons avec la vie, la mort et la douleur. De là le problème majeur auquel s'affronte l'exercice médical : son objet tend toujours à dépasser sa compétence.

Il arrive donc qu'expliquer et soigner soient deux exigences antagonistes, tout simplement parce qu'il faut bien admettre en médecine l'impossibilité d'une explication intégrale. Or c'est de cette impossibilité que l'émotion fait symptôme. Impossibilité de réduire le corps à ses limites, c'est-à-dire de le réduire au biologique. De dissocier en lui la dimension physique et la dimension mentale, autant que de le scinder en ses parties. Mais la tradition médicale occidentale semble tissée d'une incapacité à assumer cet impossible. A admettre ce qu'on pourrait appeler la dimension baroque de l'existence : sa tendance au débordement.

Dès lors, toute l'histoire de la médecine peut se réduire au statut qu'elle accorde à ce qui lui échappe : l'ignorer délibérément, le réfréner, le canaliser, le renvoyer du côté du psychiatrique

(dissociant la médecine du corps de celle de l'âme), le condamner (comme possession démoniaque), le faire taire (dans la plainte du patient autant que dans celle du soignant). Autant de formes différentes d'un processus qui n'est rien d'autre que celui du refoulement.

Car l'émotion est d'abord une force, un principe dynamique de la nature non pas inhibé, mais potentialisé par la culture. Dans son ambivalence même (mentale, mais aussi physique ; naturelle, mais remaniée par des facteurs culturels), l'émotion semble donc, par excellence, le mauvais objet du discours médical.

## La contre-nature déontologique

Il y a émotion partout où le corps n'est pas maîtrisable, partout où se manifeste notre relation immaîtrisée à l'autre et au monde. Or l'un des lieux les plus constants du vécu émotionnel est précisément la relation médecin-malade. Lieu de transfert et de contre-transfert, lieu d'identification rampante ou de distance affirmée, lieu du rapport le plus constamment émotionnel depuis l'enfance, qui est le rapport de pouvoir.

C'est pour parer aux effets négatifs de cette dimension émotionnelle, qu'ont été écrits les

Christiane Vollaire

Philosophe

textes déontologiques d'Hippocrate : dès l'Antiquité, le vécu du médecin est un vécu dans lequel l'émotion fait obstacle à la crédibilité de l'acte :

« Ce ne sont pas de petits rapports que ceux du médecin avec les malades ; les malades se soumettent au médecin, et lui à toute heure est en contact avec des femmes, avec des jeunes filles, avec des objets précieux ; il faut, à l'égard de tout cela, garder les mains pures. » (*Du Médecin*, I)

Dire ici l'obligation déontologique, c'est évidemment affirmer la naturalité du désir ; c'est dire tout ce qu'il y a de libidinal dans l'objet de l'exercice médical. Non seulement parce qu'il est en relation avec le corps de l'autre comme objet naturel du désir, mais parce qu'il établit avec l'autre une relation de domination qui est vectrice de jouissance.

Si la loi doit s'exprimer dans le langage, c'est pour mettre un frein à la naturalité de l'émotion. Cette médecine « pure » vise en quelque sorte à une asepsie morale, en vue de légitimer et de crédibiliser le médecin face au patient. Fonction que remplit aussi la propreté physique :

« Il sera d'une grande propreté sur sa personne ; mise décente, parfums agréables et dont l'odeur n'ait rien de suspect ; car, en général, tout cela plaît aux malades. »  
(Ibidem)

Il est à noter ici qu'aucune considération d'hygiène ne suscite cette exigence de propreté, mais seulement un souci de représentativité : au plan physique comme au plan moral, c'est la représentation esthétique du médecin qui est en jeu, et c'est en quoi la déontologie n'est pas une éthique : le devoir n'est lié qu'à la publicité de la fonction. Or la visibilité de l'émotion destituerait une telle publicité. Ainsi l'apparence de la médecine repose-t-elle sur une occultation, liée à la fois

à son vécu émotionnel et à sa réalité physique : appeler à la pureté et à la propreté une profession qui ne s'exerce que dans les tentations et les déjections, c'est en faire un exercice contre-nature.

### La contre-nature physiologiste

Un autre texte canonique de la tradition médicale, écrit en pleine période romantique au milieu du XIX<sup>e</sup>, semble au contraire justifier l'exercice médical dans sa dimension la plus passionnelle :

« Le désir ardent de la connaissance est l'unique motif qui attire et soutient l'investigateur dans ses efforts (...), qui devient à la fois son seul tourment et son seul bonheur. Celui qui ne connaît pas les tourments de l'inconnu doit ignorer les joies de la découverte. »

Il affirme « l'excitation constante donnée par l'aiguillon de l'inconnu », la nécessité d'« exciter la vitalité de la science » en « suscitant des combats ».

En 1865, c'est à la fin de *l'Introduction à la médecine expérimentale*, dans le chapitre IV, que Claude Bernard écrit ce passage enthousiaste sur la « vitalité de la science ».

Mais le caractère sidérant de ce texte est que les « tourments », l'« ardeur », le « désir », l'« excitation », issus du vocabulaire romantique d'une valorisation des émotions, n'y sont utilisés que pour qualifier la recherche scientifique. Or ce renvoi de l'émotionnel à la passion de la recherche est entièrement détourné de tout rapport au patient. Et l'on peut dire en ce sens que, si la recherche monopolise toute l'énergie affective, c'est que le patient en a été radicalement désinvesti : « Les malades ne sont au fond que des phénomènes physiologiques », écrit Claude Bernard ; et, exaltant la « vitalité de la science », il affirme en contrepoint :





« Il faut donc chercher toujours à supprimer complètement la vie de l'explication de tout phénomène physiologique ».

Ainsi peut-on voir à l'œuvre, dans l'Introduction à la *médecine expérimentale*, un processus à la fois nécessaire et problématique. Nécessaire, celui qui permet une fondation de la connaissance des phénomènes physiologiques sur le principe des sciences exactes : la connaissance des lois de la physique et de la chimie est nécessaire à l'étude des modifications cellulaires qui traduisent le fonctionnement physiologique. C'est un tel travail qui permettra à Claude Bernard la mise en évidence de la fonction glycogénique du foie et la connaissance des mécanismes digestifs. Problématique, celui qui réduit l'intégralité du fonctionnement du corps à ces phénomènes physiologiques, ignorant tout des phénomènes émotionnels qui en conditionnent ou en perturbent la régulation. Celui de l'adoption des sciences exactes non plus comme principe explicatif, mais comme paradigme, comme modèle de toute l'activité médicale.

C'est en cela que la notion de « milieu intérieur », découverte par Claude Bernard dans sa formulation contradictoire, est éclairante : faire du milieu intérieur un principe explicatif prioritaire, c'est renvoyer à l'intériorité du corps toute l'étiologie médicale. Et c'est, à partir de là, dénier toute valeur étiologique aux fonctions de relation, à l'environnement, au cosmos ou à l'autre, pour ne faire intervenir que des fonctions d'absorption et d'excrétion.

Mais c'est par là même renvoyer au non scientifique ce qui doit pourtant bien faire l'objet d'une investigation rationnelle : les effets constitutifs de notre rapport émotionnel à l'existence.

En fondant la médecine expérimentale, c'est donc bien une position médicale que Claude Bernard institue, celle qui affirme comme un pré-

supposé ce qu'Hippocrate tentait d'imposer comme un devoir : le statut d'extériorité du médecin. Mais là où, pour Hippocrate, cette position était celle d'une prise de distance à l'égard de son semblable, pour Claude Bernard au contraire, c'est le regard porté sur un être radicalement objectalisé, réduit à la régulation de ses fonctions et aux propriétés de ses tissus, c'est-à-dire explicitement déshumanisé.

Or cette position médicale est véritablement, comme le souhaitait du reste Claude Bernard, formatrice : elle enseigne un regard sur l'autre qui institue le devenir de la médecine la plus contemporaine. Et il n'est pas indifférent que ce devenir soit lié à l'émergence d'une technique devenue de plus en plus performante : celle de l'anesthésie. C'est-à-dire précisément de la privation sensorielle, de la déliaison entre âme et corps, de l'abolition de la fonction de relation qui détermine l'émotion. Réduction du corps vivant à ses fonctions végétatives, objet idéal de la médecine expérimentale.

### Un statut romantique de l'émotion

On le voit ici, le problème n'est pas celui de la valeur de la médecine expérimentale comme moteur de recherche déterminant. Le problème est bien plutôt celui d'une réduction de la médecine en général à ce modèle expérimental. C'est en ce sens que la réduction physiologiste doit être en permanence à la fois reconnue et dépassée par une véritable pensée de l'émotionnel. D'une telle tendance témoigne en particulier la recherche médicale issue des courants romantiques allemands à partir de Goethe.

Ce qui fonde la conception romantique en général est un rapport de l'homme à la nature qui ne peut pas être d'extériorité, mais qui est nécessairement englobant. La nature ne peut devenir simple objet d'expérimentation, parce qu'elle est d'abord condition d'émergence de la vie. Les



Romantiques vont reprendre à leur compte l'affirmation de Spinoza au XVII<sup>e</sup> « Tout est nature » pour montrer comment, de la nature humaine à la nature cosmique et du microcosme au macrocosme, il n'y a ni séparation ni rupture ; pour affirmer que la connaissance de la nature n'est pas de l'ordre de l'explication mais de la compréhension : là où l'explication place le sujet en position d'extériorité, la compréhension l'intègre comme partie de ce qu'il tente de connaître. Le sentiment romantique est donc d'abord et prioritairement un sentiment d'appartenance, d'intégration dans une unité. C'est en ce sens que la médecine romantique, « spécialité germanique » comme l'écrit Georges Gusdorf dans son ouvrage sur *Le Romantisme*, se situe dans la filiation des traditions orientales (indienne ou chinoise en particulier), qui inscrivent l'ordre du corps à la fois dans une analogie cosmique, et dans une tension sthénique (un jeu d'équilibre entre des forces, étranger à l'interprétation anatomo-physiologiste).

Dès lors, l'émotion n'est plus mise à distance comme facteur de confusion, elle est au contraire elle-même l'un des moyens de la compréhension. Être ému, c'est éprouver en soi la vitalité de la nature, c'est être porteur de sa dynamique, et c'est dès lors pouvoir la comprendre dans son unité. C'est pourquoi la médecine romantique est une médecine en première personne : l'expérimentateur se fait en même temps objet de l'expérimentation, et toute médication n'est qu'une forme appliquée à l'autre de l'automédication. Je reconnais dans l'autre l'une des possibilités de mon propre devenir ; et, du normal au pathologique, la différence n'est que de degré, en aucun cas de nature.

Ainsi s'institue dans la position romantique une conception de l'organisme comme totalité physico-mentale d'un individu intégrée dans la totalité de l'univers. Cette pensée de la totalité est aussi un enthousiasme de l'unité, la conscience que la différence nous renvoie toujours à une figure de

l'identité, que le mouvement intérieur de nos émotions est en quelque sorte analogique du mouvement de l'univers. Dès lors, dans la pensée romantique, la reconnaissance de l'émotion devient une fonction essentielle de l'activité de connaissance ; mieux, l'émotion elle-même n'est rien d'autre qu'une des formes de la connaissance (ce que Spinoza appelait déjà le « savoir de l'éprouvé »). Elle devient ainsi, en médecine, un moteur de l'activité diagnostique aussi bien que thérapeutique. Toute émotion pathogène prend de ce fait valeur expressive : on retrouvera cette filiation romantique dans la pensée psychanalytique.

La médecine romantique, dont Schelling est l'un des penseurs, institue ainsi un système de valeurs qui confère à la maladie une dignité ontologique : si elle fait symptôme, c'est précisément par l'irruption de l'émotionnel comme manifestation de la singularité. La maladie n'est pas une fatalité, mais, comme le propose Novalis, un « problème musical », une rupture harmonique qui fait sens et qu'il faut entendre.

### La singularité émotionnelle

Dans son ouvrage *De la résistance*, Françoise Proust montre comment l'émotion, parce qu'elle engage corrélativement le physique et le mental dans l'activité du corps, est un facteur essentiel de contre-pouvoir face à la maladie :

« La résistance n'est le fait ni de la volonté ni de la raison ; elle n'est la mise en oeuvre ni d'un raisonnement ni d'une décision. Tout entière affectuelle, elle se confond avec son aventure et son trajet. » (éd. du Cerf, p.49)

La résistance à la maladie n'est pas le fruit d'une décision délibérée, mais d'un engagement émotionnel. L'auteur parle en ce sens d'une indignation, d'une colère face à la maladie, qui mobilisent spontanément les ressources énergétiques, opèrent des déplacements ou des configurations qui peuvent modifier le cours d'un processus



pathologique, l'accélérer, le ralentir ou l'inhiber. L'émotion n'offre en ce sens de potentialité thérapeutique que parce qu'elle est prioritairement singulière : impossible à universaliser, impossible à répertorier, mais aussi insusceptible de faire l'objet d'une injonction médicale, et encore moins d'une prescription. Il n'y a pas de lieu physique de la résistance émotionnelle à la maladie, et aucune pharmacopée psychotrope ne peut s'y substituer.

Déliier la résistance de toute injonction médicale, c'est donc évidemment la dissocier du registre (effectif par ailleurs) de l'immunité ; mais c'est aussi désigner en elle ce qui spécifie l'émotion et demeure inassignable à une culture médicale de la norme : sa singularité. La dimension émotionnelle apparaît ainsi comme l'un des facteurs déterminants du processus thérapeutique. Mais la relation thérapeutique en est dès lors inversée : ici, le médecin n'a pas à imposer l'autorité d'un rapport de soin, mais à accompagner un mouvement intérieur de celui qu'on appelle « patient », et qui peut alors devenir agent de son rapport à la maladie.

Dès lors s'affirme la nécessité non pas de renoncer à la rationalité scientifique, mais de l'intégrer dans une logique de l'émotion ; de comprendre ce qui, dans notre pouvoir émotionnel, peut faire sens et pas seulement tabou. Emotion comme principe étiologique, puisqu'elle peut être à l'origine d'un processus pathologique comme facteur déclenchant ou favorisant ; mais aussi émotion comme conséquence de la maladie, qui déclenche aussi bien des processus négatifs d'angoisse ou de désidentification, que des processus positifs de résistance ; émotion comme vécu réciproque de la relation soignant-soigné, dans l'univers hospitalier autant que dans le cabinet médical. Emotion enfin que nécessite le processus d'identification à l'autre, point de départ incontournable, et qui doit être assumé, à toute prise de distance critique ou médicale.

En ce sens, si les progrès de la médecine rationaliste ont permis, dès le XVII<sup>e</sup>, l'émergence d'une authentique science à l'encontre des dogmatismes médicaux, la dénégation de l'émotionnel, en revanche, ne pourrait désormais être interprétée que comme une nouvelle forme de l'obscurantisme.

Monique Sicard

*Monique Sicard est chercheur au CNRS, en histoire et esthétique de l'image et du regard.*

8 octobre 2001. TF1, Journal de 20 heures. Il fait nuit sur l'Afghanistan. Les bombardements ont commencé une heure plus tôt. Claire Chazal est confrontée à une situation historique d'une telle importance qu'elle ne peut en rendre brièvement compte malgré la rareté des informations dont elle dispose (Les frappes américaines sur l'Afghanistan ont commencé. Trois villes ont été visées : Djelalabad, Kaboul, Kandahar). Pas d'images du champ de bataille, seuls, en insert et sans commentaires, de sombres plans fixes verdâtres émaillés de trajectoires lumineuses. Captés et transmis par la chaîne qatarie Al-Jazira, ils font écho à d'autres premiers bombardements, ceux de l'aviation américaine sur Bagdad, filmés dix ans plus tôt, cette fois par CNN. La chaîne américaine avait, alors, malencontreusement diffusé les émotions esthétiques de son envoyé spécial face à ce feu d'artifice. Mais, en ce 8 octobre 2001, nul correspondant sur le terrain, nul chef militaire à interro-

ger : la télévision se tourne vers la télévision. Michel Kik, correspondant à Paris de Al-Jazira tient lieu de substitut. « La chaîne dispose d'envoyés spéciaux à Kaboul car le Qatar est l'un des rares états à avoir reconnu les talibans. Diffuser de telles images possède un double avantage : celui de transmettre des images de chez eux, celui de garantir des scoops à Al-Jazira. »

# Narcissisimes télévisuels

Sur le plateau, en invité, le journaliste Bernard Volker. Claire Chazal l'interrompt : « Bernard, je vous coupe (sic) parce que sur la chaîne Al-Jazira, la CNN arabe, la chaîne qatarienne (sic), nous avons une intervention d'Oussama Ben Laden. » Ce dernier a soigné la mise en scène. Le treillis lui confère le statut de correspondant de guerre. L'homme possède une grande maîtrise des signes d'appartenance à nos civilisations télévisuelles : ancrage dans le terrain (une paroi rocheuse), regard caméra, lourd micro à la main droite, diction nette : seuls Claire Chazal, les envoyés spéciaux et les chefs d'État peuvent bénéficier d'un tel regard dirigé droit vers la caméra (le seul porteur d'une authentique parole de vérité). Bernard Volker,

*Oussama Ben Laden cadré en plan américain par la chaîne Al-Jazira qui signe l'image.*



témoin d'importance mais de moindre importance, est tenu au regard oblique.

Le portrait parlant de Ben Laden est émaillé d'estampilles indiquant ses provenances, circuits et statuts : Al-Jazira d'abord, CNN ensuite (CNN Breaking news). L'homme s'exprime en arabe, mais CNN a doublé ses paroles en américain. Claire Chazal reprend le tout dans une envolée synthétique : « Voilà, alors Ben Laden, qui se dit prêt à la confrontation totale avec les américains... » Qui nous parle alors ? Les islamistes, les talibans, Ben Laden lui-même, Al-Jazira, CNN, les Etats-Unis, TF1, le traducteur américain, la présentatrice française, l'Europe, la France ? Tous ces intermédiaires ont laissé des traces dans la cassette qui nous parvient. Tous, étrangement, sont les bénéficiaires de sa diffusion ; Ben Laden, lui, a monnayé son intervention auprès de la chaîne Al-Jazira.

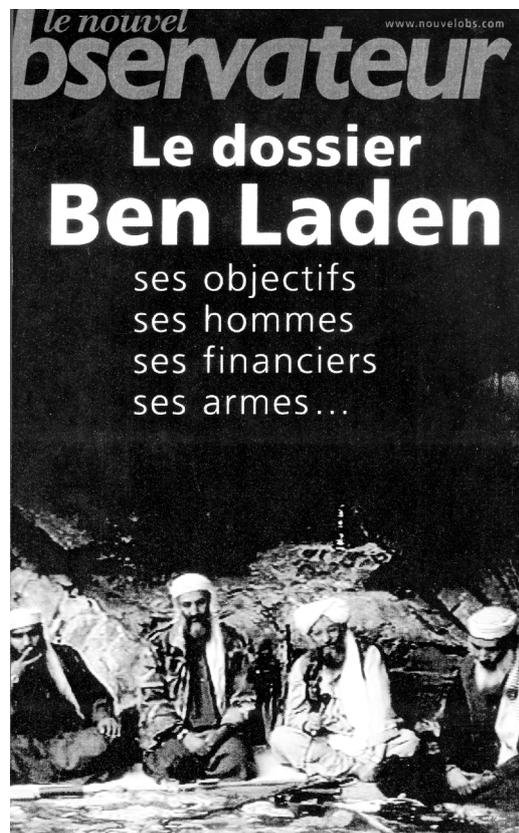
Claire Chazal interrompt de nouveau l'émission : « Oussama Ben Laden qui vient d'intervenir... Il est en direct d'Afghanistan...(sic). » Ben Laden réapparaît à l'image. Il parle calmement soulignant sentencieusement ses propos d'un index dressé. La traduction française est cette fois simultanée : « En fait, ces événements, dit-il, sont dus au fait qu'il y a deux camps : le camps des croyants et le camp des non-croyants (...) Puisque les vents du changement ont commencé dans la péninsule arabique, je dis aux Etats-Unis et à son peuple que Dieu est grand. Ceux qui vivent en Amérique ne peuvent pas vivre en sécurité et en paix à moins que nous ressentions la sécurité et la paix dans notre pays. » Il fait visiblement grand jour dans les montagnes d'où parle Ben Laden et l'intervention n'a rien d'un direct.

Claire Chazal rectificera.

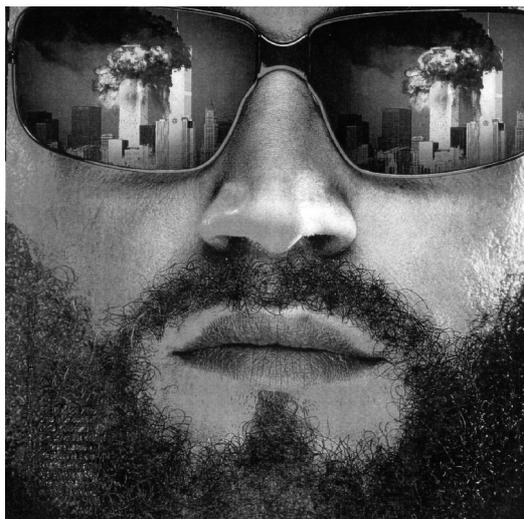
L'important, cependant, n'est pas qu'elle ait, dans la fièvre de l'urgence, confondu direct et différé. Mais l'erreur est révélatrice. Ben Laden qui use de la cassette vidéo et du plan américain à l'encontre même des positions iconoclastes des talibans, devient un collaborateur à part entière de ces chaînes de télévision occidentales qu'il méprise. Nos sociétés hédonistes et communicantes ignorent-elles à ce point le poids des mots et des images ? A ce cheval de Troie, à cet expert du renseignement, on donne ce soir la parole sans réticence et sans introduction. En plan fixe américain, il la prend naturellement, sans excéder le temps

imparti et rend l'antenne par une cérémonie du thé. Zoom arrière final : l'image révèle la présence de trois autres personnages, comme Ben Laden assis en tailleur. A côté d'eux, devant eux, deux livres et des kalachnikovs. Le captage d'écran effectué par les agences photographiques françaises est repris par le *Nouvel Observateur* en illustration de couverture (1). Confrontés au changement de cadre (de l'horizontal au vertical), les graphistes plongent la partie supérieure de l'image dans le noir, transportant Oussama Ben Laden et ses compagnons dans l'ombre d'une grotte immense. Du statut de grand reporter correspondant de guerre par la faute de la télévision, Ben Laden passe à celui de philosophe par le miracle de la presse hebdomadaire.

Au lendemain de l'écroulement des tours du World Trade Center, Patrick Poivre d'Arvor transportait son équipe à Manhattan sur le « terrain de la guerre ». Un micro à la main, il usait du direct, garantissant ainsi l'authenticité de ses paroles.



*Oussama Ben Laden et ses compagnons, installés au fond d'une grotte et éclairés en philosophes en première page du *Nouvel Observateur*.*



Derrière lui, en décor, non l'hôpital et ses blessés, non les cimetières et leurs morts, non les décombres fumants de tours immenses, mais l'impressionnante cohorte des camions télé du monde entier, porteurs de paraboles émettrices. L'image-miroir parfaitement campée nous inter-

disait simplement cet accès au monde qu'elle prétendait offrir.

Nous croyions, avec Ben Laden et ses montagnes avoir – enfin ! – accès au champ de bataille. Hélas, nos télévision ne nous renvoient jamais en reflet que des caricatures de nous-mêmes, de piètres avatars de nos propres regards.

Par la fatwa de février 1990, réitérée quelques mois plus tard, Ben Laden affirmait : « C'est le devoir de tout musulman de tuer les Américains et leurs alliés – civils et militaires – dans chaque pays où il et possible de le faire. » Les images diffusées sans précaution auxquelles TF1 accorde inconsciemment, ce 8 octobre, un statut professionnel, ne sont rien d'autre que des appels au meurtre. Il n'est pas besoin de réveiller les fantasmes du subliminal pour comprendre que ceux qui les diffusent, par narcissisme, aveuglement, désinvolture, ignorance de l'histoire, pourraient en être les premières victimes.

---

1. *Le Nouvel Observateur*, n°1929, semaine du 25 au 31 octobre 2001.

Christian Bonnaud

*Médecin généraliste,  
président du Syndicat de la  
Médecine Générale (SMG)*

Le non-remplacement des professionnels de santé partant à la retraite se fait particulièrement ressentir dans les zones rurales et dans les banlieues urbaines. Ce phénomène entraîne des conséquences immédiates dans la gestion des problèmes de santé de la population.

En premier lieu, la demande de soins curatifs devient telle qu'il n'existe plus de disponibilité pour d'autres activités, type « éducation sanitaire et prévention » par exemple. La formation continue devient elle-même très aléatoire. D'autre part, la surcharge de travail entraîne chez les professionnels des réactions de personnes aigries, débordées, avec à la clé-même une mauvaise prise en charge des soins.

En second lieu, et c'est peut-être plus net dans les zones urbaines, les soins ne sont plus couverts à certaines heures, en particulier la nuit, en raison de l'existence d'une part de ces professionnels aigris et de zones de non-droit.

La situation va encore se dégrader dans les années à venir. Le nombre de professionnels du soin va diminuer, que ce soit dans les hôpitaux ou cliniques ou dans le système ambulatoire.

Nous pensons que les « pouvoirs publics » connaissent très bien cette situation et l'ont laissé « pourrir » depuis plusieurs années, peut-être parce que cela va permettre des économies de soins. Nous exigeons donc de leur part la suppression du numerus clausus et la ré-ouverture des écoles d'infirmières et aides-soignantes, afin que le maillage du territoire soit assuré. Ces mesures seront insuffisantes dans l'immédiat, nous exigeons donc que toutes les mesures de mise à disposition de personnels soignants, bien rémunérés soient étudiées immédiatement.

Tout professionnel de santé devant être rémunéré pour une activité de soins, de prévention et de formation continue, et devant disposer, pour la qualité de son travail de temps de repos suffisant. Il s'agit donc de mettre fin à l'installation « anarchique », mais de mettre en place un aménagement du territoire qui prenne en compte l'ensemble des besoins. Il va de soi que dans ce dispositif, la rémunération des professionnels de santé ne peut plus être une simple rémunération à l'acte.

Il est urgent d'agir, sinon, les besoins de la population ne seront pas satisfaits. Ce problème de démographie nous fait toucher du doigt, qu'il s'agit d'un ensemble (le système de santé) à traiter globalement. Nous refusons que soient prises en compte simplement les exigences de groupes de pression, comme les cliniques privées, où, sous couvert de demande de rémunération correcte des personnels, on ne parle pas des rémunérations des médecins, complètement disproportionnées avec celles du système public et avec celles de leurs personnels.

Nous en appelons donc aux politiques et aux gestionnaires de l'Assurance maladie pour la mise en place urgente de mesures visant à assurer une permanence des soins de qualité partout en France, associée à un rôle efficient des professionnels de santé, dans le cadre d'un aménagement du territoire.

# Pour un démographie sanitaire égalitaire

Christian Bonnaud

*Médecin généraliste, président du  
Syndicat de la Médecine générale  
(SMG)***L**e 5 décembre 2001,

Les syndicats de médecins libéraux, soutenus par l'industrie pharmaceutique (1), ont amorcé un mouvement de protestation avec « grève » des gardes de nuit et maintenant des gardes de week-end. Nous avons trop de respect pour ce que signifie une grève pour nous engager dans ce mouvement. De plus, ces mêmes syndicats, représentants des libéraux, ont proposé si peu de débat aux médecins, qu'il est impossible de connaître l'expression collective de la base. Nous sommes en désaccord total avec les objectifs annoncés : augmentation de tarif des actes médicaux. Cela ne permettra en aucune façon, une sortie de la crise, car crise il y a bien sûr, et nous souhaiterions en parler.

Le mal-être de la profession est beaucoup plus vaste que la question des revendications tarifaires.

Les médecins installés sont pour la plupart surchargés de travail ; dans certains secteurs, ils ne trouvent plus ni successeurs ni remplaçants (cette situa-

# Nous ne faisons pas grève, mais nous sommes en colère

tion est liée en grande partie au numerus clausus instauré depuis des années à l'entrée des études de médecine, révélant une absence totale de planification des besoins). Un véritable projet d'aménagement du territoire en acteurs de santé doit se mettre en place. En effet beaucoup de soignants sont à la limite de l'épuisement, les « cadences » du travail étant grandement responsables de la fatigue. L'isolement et la solitude ainsi que le manque de lieu d'écoute de leurs souffrances aggravent la situation. La crise ne se résume pas à une mauvaise rémunération, mais surtout au fait que les souffrances qu'ils reçoivent de leurs patients, doivent être dites et cela nécessite des lieux

de paroles collectives (on sait en effet que très peu de soignants aujourd'hui se réunissent entre eux, que ce soit en groupe de parole ou de formation continue).

La rémunération à l'acte n'est plus adaptée à beaucoup de fonctions des soignants, en particulier ces temps de parole, mais aussi la permanence des soins, indispensable mais abandonnée à la bonne volonté des libéraux. Les pouvoirs publics doivent en assurer le fonctionnement et le financement (forfait ?). Cela nécessitera, comme pour les internes des hôpitaux, un repos compensateur, qui est un gage de sécurité pour les malades.

La « grève » actuelle sans débats (ou si peu), ni assemblées générales, comporte un risque énorme d'isolement des médecins, ce d'autant qu'on ne connaît pas bien les revendications syndicales, sinon augmentation du prix des actes, mais de combien ? A-t-on un jour entendu ce que doit gagner un

médecin ou une infirmière, et quel devrait être son temps de travail ?

Le Syndicat de la Médecine Générale a toujours défendu un système de soins qui permette un égal accès pour tous à des soins de qualité (ce qui n'est pas le cas actuellement où persistent des obstacles financiers et où s'accroissent les disparités géographiques). C'est dans ce cadre que la fonction du médecin généraliste s'inscrit.

Un grand débat public doit avoir lieu, avec une participation démocratique large, ouvert à tous, sans exclusive de « représentativité » qui ne signifie plus rien aujourd'hui, quand on connaît le taux de syndicalisation réelle. Aujourd'hui, les médecins ont peur, peur de la Sécu, peur de répondre aux « exigences » des gens, peur de la justice. Cette situation est dangereuse. A cela, il n'y a qu'une réponse collective, c'est ce que nous réclamons depuis des années. Et nous souhaitons dire que la santé et le soin ne peuvent être réduits au « bio-médical », l'espace de soins doit inclure la souffrance morale et la souffrance sociale des individus, et cette souffrance reçue par les soi-

gnants doit ensuite être entendue par la société. Nous refusons d'en être le réservoir.

Allons-nous continuer longtemps à prêcher dans le désert ? Existe-t-il au pouvoir dans ce pays d'autres personnes que des gestionnaires purs et durs ? La santé sera-t-elle toujours laissée à la traîne, car au fond la société ne demande aux soignants que de réparer pour remettre dans le système de production et de « gérer » les déviants de tous types qu'elle fabrique et qu'elle ne veut pas assumer, sous conditions que cela coûte un minimum (panier de soins).

1 Il y avait 20 pages d'encarts publicitaires dans *Impact médecin* le 16 novembre signé des Professionnels de santé, « Entreprises du médicament », « Industries des technologies médicales » et « Hospitalisation privée », encensant les professionnels et les entrepreneurs et rejetant la responsabilité des problèmes sur les autorités. Il en a été de même dans d'autres journaux professionnels (presse reçue gratuitement par tous les médecins), campagne intitulée : <http://www.ilfautchangerdepointdevue.com>

## Des remèdes politiques pour une grande dame très malade : L'Assurance maladie

### Colloque large et ouvert pour la refondation du pilier de notre protection sociale.

**En quoi l'Assurance maladie peut devenir un acteur de santé publique ?**

**En quoi peut-elle favoriser un travail en réseau ?**

**Et si la sécu nous payait autrement ?**

**Comment sauvegarder un accès aux soins pour tous ?**

**Et si les citoyens et les syndicats/leurs organisations se réappropriaient  
l'Assurance maladie comme outil d'amélioration de la santé de la population ?**

**le samedi 23 mars 2002 à Paris,  
12, rue Cabanis 14<sup>e</sup> arrdt (métro Glacière)**

**à partir de 10 heures :**

**Le matin, propositions du S. M. G.**

**L'après-midi, débat avec les organisations participantes.**

**Programme disponible fin janvier en écrivant à la revue**

**Eric Galam, médecin généraliste est un compagnon de longue date de notre revue. Il réagit dans cette lettre à plusieurs articles parus dans notre revue à la suite d'un voyage d'études que nous avons organisé en mai 2000 dans les territoires palestiniens. Ces articles ont témoigné des souffrances de la population civile palestinienne ayant à subir quotidiennement les violences et les humiliations de l'occupation israélienne dans les territoires palestiniens. Ils s'inscrivent dans l'engagement de beaucoup d'entre nous, dans la suite de ce voyage, aux côtés des Palestiniens pour qu'ils puissent vivre en paix dans un état aux frontières stables, droit qu'ils se voient refuser depuis 50 ans.**

**Le comité de rédaction de Pratiques a beaucoup hésité avant de publier le courrier d'Eric Galam, car il a violemment heurté une majorité d'entre-nous. Malgré un désaccord sur de nombreux points développés dans cette lettre, nous avons décidé cependant de la faire paraître in extenso pour affirmer la nécessité de sortir de cet engrenage infernal où toute souffrance accumulée – physique et symbolique - engendre inéluctablement de la violence.**

**Notre métier de soignants (cf. en particulier nos numéros consacrés à la souffrance psychique et à la violence) nous a appris que l'apaisement individuel et collectif passe par la parole et l'écoute de l'Autre. C'est ce qui nous guide en témoignant de ce qui se passe en Palestine et en publiant aujourd'hui Eric Galam.**

**Eric Galam**

*Médecin généraliste*

*Texte écrit en juin 2001*

# Tous les péchés d'Israël

**S**i je m'avance aujourd'hui, ce n'est pas pour argumenter et convaincre, mais pour affirmer mon identité de juif vivant en France, abasourdi, écorché et peiné par la puissante et injuste Intifada médiatique qui s'abat quotidiennement et sans discontinuer sur Israël et à laquelle vous croyez devoir apporter votre « pierre ».

Les juifs progressistes sont habituellement plus enclins à critiquer Israël que, par exemple, les musulmans à condamner le terrorisme qui se réclame de leur religion. Je ne ressens pas ce besoin. Au contraire, comme les juifs qui, alors

que commençait à gronder la fureur du nazisme, avaient accepté de porter l'étoile jaune, je souhaite me positionner à côté de cet Etat qui m'est cher, où vivent nombre de mes proches, et dont je n'ai pas honte même si je n'en partage pas forcément tous les choix politiques ou stratégiques.

Israël n'est certes pas un ange, mais certainement pas non plus le diable sans foi ni loi assoiffé de sang palestinien qu'on veut bien nous montrer. C'est la seule démocratie du Moyen-Orient, actuellement en bute à des menaces sans précédent sur sa sécurité et les fondements mêmes de son identité. Car, qu'on ne s'y trompe pas, il n'est pas question uniquement de colonies, de territoires ou de frontières, mais bien d'identité, pour les Palestiniens comme pour les

Israéliens, et par extension pour les juifs du monde entier.

Par ailleurs, si, comme vous, je pense que la médecine n'est pas en état d'apaisement dans un monde éthéré sans argent ni politique, je ne comprends pas bien pourquoi nous devrions prendre position particulièrement sur ce sujet

qui n'a pas précisément besoin de publicité. La Palestine est devenue un véritable « loft-story » de la vie internationale où la moindre anicroche fait la une des journaux bien avant les autres drames qui secouent le monde. Croyez-vous que les étudiants de Bir Zeit, qui vivent dans un pays en guerre, soient plus à plaindre que les affamés d'Afrique, les égorgés d'Algérie ou les voilées d'Afghanistan ?

Est-ce qu'assassiner des civils faisant leurs courses ou allant à l'école fait partie des « lois internationales » ?

Appeler à se mobiliser parce que des routes sont fermées tout en ne dénonçant pas le terrorisme aveugle est extrêmement malsain, dangereux et, en tout cas, pas digne de nous...

### **Une incroyable complaisance et une extrême exigence**

Placé en position d'occupant, Israël est infiniment responsable. Les Palestiniens sont pleinement innocents. A partir de ces prémices, tout s'enchaîne dans une implacable rhétorique.

Quand Israël détruit des bâtiments palestiniens, « ça renforce le camp des extrémistes ». Quand il frappe des responsables terroristes avérés, c'est un « meurtre extra-judiciaire ». Quand, justement pour ne pas avoir à les utiliser vraiment, il montre ses armes, « c'est disproportionné ». Quand Israël arrête de frapper, c'est une preuve de faiblesse. Quand il quitte le Liban, après tant d'années et au moment choisi par lui, ça montre que la résistance armée a payé et qu'il faut donc la continuer. Quand Israël boucle les territoires pour se protéger de nouvelles incursions terroristes, c'est une atteinte au droit international. Quand il fait preuve de retenue, c'est une infâme tactique.

En revanche, lorsque des Palestiniens attaquent les juifs, ils faut les comprendre car ils n'ont pas le choix. Israël ne peut pas utiliser sa supériorité militaire. Les Palestiniens peuvent faire ce qu'ils veulent parce qu'ils sont les plus faibles et que leur combat est juste. Quand des bébés et des jeunes sont lapidés dans les territoires, ils doivent bien l'avoir un peu mérité puisque ce sont des « colons ». Quand des bombes sautent dans des autobus, devant des supermarchés ou parmi des adolescents, c'est effectivement regrettable, mais ça prouve qu'il faut donner satisfaction aux poseurs de bombes. Quand les foules fanatisées

détruisent le tombeau de Joseph, symbole de la coopération judéo-arabe, et qu'il est ensuite transformé en mosquée par l'Autorité palestinienne, personne ne trouve rien à redire. Enfin, quand il ne se passe rien, on récapitule toutes les erreurs, méchancetés, faiblesses... et pêchés d'Israël face à la juste cause des Palestiniens.

Les Palestiniens ont forcément raison. Israël a forcément tort. Pour Israël, le terrorisme fait partie de la vie, mais c'est un scandale que les Palestiniens ne puissent pas circuler librement. On attend d'Israël qu'il se comporte comme une démocratie, ce qu'il fait par sa retenue, et dans le même temps, on lui demande de tolérer un degré de violence terroriste qu'aucune démocratie au monde n'accepterait (équivalent pour la France à plusieurs milliers de morts en majorité civils).

Il n'est pas intéressant de savoir que les Palestiniens distillent la haine dans leurs écoles et sur les ondes. Arafat, « président » autocrate d'un pays totalitaire, ne peut pas contrôler la violence qui vient de chez lui. Les Palestiniens ne sont pas responsables. Ils ont droit à tout. Par contre, Israël peut et doit tout contrôler parce que c'est une démocratie. Il est totalement responsable et doit tout partager (donner ?) même sa capitale. Israël doit aider Arafat. Arafat ne doit pas aider Israël. Enfin, quand Arafat, malgré les efforts pathétiques et presque humiliants de Barak, refuse des accords somme toute respectables, et accule le peuple israélien à choisir Sharon, et son propre peuple à rester dans la misère, la dictature et la guerre, cela n'a décidément pas grande importance car il est finalement moins responsable qu'Israël qui n'a pas donné assez.

### **Une approche clinique**

Les Palestiniens luttent pour leur autodétermination et leurs droits légitimes. Ils pensent que tout vient d'Israël et qu'ils ont tous les droits. De leur côté, les Israéliens ont peur, non seulement pour leur tranquillité, mais aussi pour leur existence même, réactivant ainsi les vieux démons juifs : on veut prendre notre âme et notre place, personne ne nous aime, nous ne pouvons compter que sur nous-mêmes... Plus les Palestiniens s'affirment par la violence, plus les Israéliens ont peur et s'enferment dans une position défensive qui confirme aux Palestiniens... qu'il ne leur reste décidément que la violence... et ainsi de suite. De même, plus on sermonne Israël sans même s'efforcer de com-

prendre ses souffrances et ses craintes, plus il s'enferme sur lui-même. Il est ici question de ponctuation, chacun faisant porter à l'autre la responsabilité de ce qu'on appelle en analyse systémique une escalade symétrique.

Paradoxalement, chacun des protagonistes aide l'autre à s'affirmer : en occupant, en 1967, des territoires qui ne constituaient pas un Etat mais simplement une partie de la Jordanie, Israël a permis la cristallisation de l'identité palestinienne, donnant une aspiration nationale aux réfugiés jusqu'alors placés en position d'assistés. Dans le même temps, la revendication palestinienne sur Jérusalem relativise la question des territoires et des colonies pour amener Israël à prendre conscience et à consolider son attachement au judaïsme et au sionisme.

Il y a également, dans ce conflit, une confusion des niveaux logiques. Les Palestiniens luttent pour un Etat libre et indépendant mais, sous prétexte de pan arabisme désuet et d'islamisme radical, ils polluent leur demande en réclamant aussi Jérusalem et le droit du retour, disqualifiant ainsi le camp de la Paix et confirmant les Israéliens dans la conviction qu'on s'attaque à leur identité même et à la sécurité de leur Etat menacé de libanisation (rappelez-vous : c'était la « Suisse du Moyen-Orient »).

Les Israéliens se sentent faibles : ils se savent détestés par les Palestiniens, observés par un milliard de musulmans et cent millions d'arabes et critiqués par une large part de l'opinion occidentale. Ils savent aussi qu'il leur faut absolument coexister avec une forte minorité d'arabes israéliens tentés de basculer dans l'hostilité. Bien qu'occupants et plus puissants, ils hésitent constamment entre les actions militaires plus ou moins ciblées et toujours mesurées, ou économiques et alors critiquables sur le plan humanitaire : guerre ou paix ? combattants ou délinquants ? partenaires ou ennemis ? Enfermé dans ce paradoxe, Israël ne répond pas à la violence par une violence adaptée à ses craintes et à sa puissance, mais par des menaces ou des rodomontades qui le disqualifient, des humiliations minables et des pièges stratégiques dans lesquels il s'enferme lui-même...

Pour leur part, les Palestiniens prouvent aux Israéliens qu'ils sont forts et en tout cas capables de nuisances graves, tout en soulignant auprès de

l'opinion internationale leur faiblesse et leur innocence, appelant sans cesse à une « protection internationale » : c'est ce qu'on appelle la « position basse ».

Ainsi, plus Israéliens et Palestiniens « communiquent », moins ils se comprennent et plus ils renforcent des positions sans issue autre qu'une éventuelle conflagration suicidaire pour les uns et les autres.

### **Le choix de la vie**

En position de force militaire et de liberté politique, Israël a objectivement intérêt à la Paix et pathétiquement besoin de reconnaissance internationale. Heureusement, il n'a pas encore basculé dans la tentation radicale militaire (détruire l'entité palestinienne) ou politique (devenir un Etat policier).

Epuisés et meurtris, mis en position d'assistés, mais adulés tant par les progressistes et intellectuels occidentaux que par les dictatures arabes et les intégristes de l'Islam, les Palestiniens, encouragés par de dérisoires « succès » et une propagande belliqueuse, pensent qu'ils ont intérêt à la guerre. Galvanisés par leur réussite médiatique, ils risquent de privilégier à leur réalité quotidienne, l'image romantique et exaltante qui est donnée d'eux, confondant ainsi le débat d'idées et d'influences et le poids du terrain, un peu comme Saddam Hussein qui, avant la guerre du golfe, proposait à Bush de régler les problèmes par un débat télévisé !

Loin du cadre surchauffé où se joue la confrontation complexe et tragique entre deux peuples, nous pouvons, selon nos motivations, nos valeurs et nos intérêts, prendre position pour l'un ou l'autre des protagonistes, comprenant, aidant et encourageant l'un avec une infinie complaisance tout en faisant pression sur l'autre avec une implacable rigueur. Nous choisissons alors d'être un instrument de plus dans un conflit qui nous dépasse très largement. C'est le choix de la guerre. Nous pouvons aussi faire le choix de la Vie. Si, éclairés par notre expérience de soignants, nous savons renoncer à la confortable position du Sauveur ou du Juge, refuser le piège de l'alliance avec l'un ou l'autre en les reconnaissant tous les deux, alors peut-être, pourrions nous les aider, un peu, à communiquer autrement que par les armes, la violence et l'anathème.

Israël – Palestine de l'urgence d'une force de protection des populations civiles avant l'application des résolutions de l'ONU.

Pour moi qui suis allé en Palestine, la situation est très différente de celle ressentie par Eric Galam. Si j'entends la réalité de sa souffrance, je veux aussi témoigner ici d'une réalité politique dramatique qui s'est encore aggravée en cette fin d'année 2001.

Il y a urgence à installer une force de protection des populations civiles en Palestine et Israël pour rompre la logique de guerre qui prévaut aujourd'hui. Le gouvernement Sharon est en place sur une volonté de guerre : détruire l'Autorité palestinienne en la personne de Arafat, président démocratiquement élu, et renforcer ainsi le Hamas. Sharon et le Hamas ont un même but, la guerre totale, aveugle, visant la destruction de chaque pays.

Attentats contre représailles, vengeances contre vengeances, font de nombreuses victimes civiles (palestiniennes mais aussi israéliennes). L'influence des extrémistes se nourrit des humiliations quotidiennes de la population palestinienne, des insupportables conditions de vie du peuple palestinien dont nous avons été témoins lors de notre séjour en mai 2000.

Le conflit n'est ni ethnique ni religieux. C'est un conflit politique lié à la colonisation du sol palestinien et à la volonté de ne rien concéder des avantages conquis sur un peuple sans Etat.

Seuls le dialogue politique et la volonté d'établir une paix durable, dans le respect du droit des peuples et des résolutions des Nations Unies, sont de nature à terrasser les tentations extrémistes qui s'expriment de part et d'autre. Il y a urgence absolue à ce que dans un premier temps, l'ONU déploie une force de protection internationale des populations civiles. Une course de vitesse est engagée entre les forces de mort et la paix qui existent des deux côtés.

Toutes ces forces de paix, tant israéliennes que palestiniennes et tous ceux qui en France sont attachés au respect des droits et des libertés fondamentales, tentent de substituer une logique de paix et de droit, à celle de guerre et de haine. C'est pourquoi nous devons d'ici favoriser les messagers de la paix des deux côtés en nous interdisant les discours de haine, de peur, de violence...

Bernard Senet

*Médecin généraliste*

*Il a participé au voyage en Palestine organisé par le Syndicat de la Médecine Générale et la revue Pratiques en mai 2000.*

# L'heure est à l'urgence

Jean-Pierre Lellouche

Médecin pédiatre

Monsieur le Ministre,

J'ai reçu ce jour deux publicités concernant des vaccins : ces deux publicités sont d'une grande bêtise et d'une grande superficialité, ce qui n'a rien d'habituel ou de surprenant.

Si je me permets de vous en faire part, c'est parce que j'aurais aimé que les pouvoirs publics, plutôt que de se taire et de laisser le champ libre à des firmes commerciales, donnent leur avis et donnent des indications aux médecins.

La firme Aventis Pasteur MSD m'a envoyé une pyramide vantant le Pentavac ; sur chacune des 4 faces, il est inscrit des messages brefs qui semblent indiquer que cette firme a fait le choix de promouvoir le Pentavac en primo vaccination et selon toute vraisemblance de ne plus proposer le Pentacoq.

La firme Glaxo Smith Kline m'a informé que ses spécialités changeaient de nom en m'envoyant une lettre et une publicité qui se veut amusante et qui est proprement obscène dans la mesure où elle se moque et de l'amour et de l'amitié et de l'enfance et de la logique.

Ces deux interventions publicitaires qui préconisent toutes deux le vaccin anticoquelucheux acellulaire en primo vaccination, mais qui ne préconisent pas le même vaccin, me posent problème et j'aurais aimé avoir d'autres réponses que publicitaires aux questions qui me viennent à l'esprit.

1ère question : Glaxo affirme que son produit a « la particularité unique de contenir une valence anticoquelucheuse acellulaire à 3 composants », la pertactine serait une spécificité de la gamme infanrix. Est-ce vrai et cela doit-il inciter à considérer que le produit Glaxo est meilleur que le produit Aventis ?

2ème question : les vaccins acellulaires ne se sont pas imposés rapidement en primo vaccination ni aux USA ni en France. Si, comme il est vraisemblable, ils sont appelés à être utilisés de façon systématique, ceci est-il justifié par des constatations scientifiques ou par des choix commerciaux ?

3ème question : il existe aujourd'hui plusieurs produits sur le marché, le Pentacoq, le Pentavac et l'Infanrix quinta ; est-ce qu'un individu ayant reçu deux Pentavac et un Pentacoq ou deux Pentacoq et un Infanrix Quinta est correctement immunisé ? Est-il correctement immunisé dans toutes les autres hypothèses ?

J'ai souvent eu l'occasion de vous le dire, mais il me faut le dire encore : les laboratoires devraient produire des vaccins et les vendre, il faudrait qu'ils ne fassent rigoureusement rien d'autre. Parallèlement, les pouvoirs publics devraient analyser sérieusement la situation sanitaire et contribuer à ce que les médecins soient correctement informés. Nous souffrons de ce que les laboratoires parlent trop et font trop et de ce que les pouvoirs publics ne font rien ou très peu.

Ce système, attentatoire à l'intelligence, à la dignité et à la santé publique changera un jour. Pourquoi attendre ?

Je vous prie de croire, Monsieur le ministre, à l'expression de mon profond respect.

# Lettre ouverte au ministre de la santé

Laurent Dianoux

Chercheur en génétique

**M**yrriad Genetics (MG), entreprise américaine, détient le monopole des tests de dépistage du cancer du sein et de l'ovaire par la mise en évidence des mutations des gènes BRCA1 et BRCA2. Tous les tests sont réalisés dans leur laboratoire de Salt Lake City sauf licences accordées à certains laboratoires.. Tout test réalisé sans accord de l'entreprise est de la contrefaçon et peut être condamné.

MG, née en 1991, est issue d'un consortium public de recherche mis sur pied en 1989, le Breast Cancer Linkage Consortium, dont il a utilisé le travail, et a réussi le 1er à aboutir au séquençage du gène BRCA1 et un dépôt de demande de brevets en août 94. MG a demandé la délivrance des mêmes brevets auprès de l'Office Européen des brevets (OEB) soit trois demandes portant sur les tests de prédisposition de BRCA1 (méthode de diagnostic fondée sur la comparaison avec une séquence de référence), les mutations et le produit du gène. Les 1ère et 2ème demandes ont donné lieu à la délivrance d'un brevet en janvier et mai derniers couvrant toutes les techniques de diagnostic et la recherche de mutations. Comme pour les USA, les laboratoires, en absence de licence d'exploitation, en Europe le laboratoire allemand Biosyntia la détient, seraient contraints d'envoyer leurs échantillons à MG et se contenter de la recherche individuelle de la mutation chez les membres des familles analysées comme prédisposées par MG.

L'annonce faite en septembre de l'opposition de certaines institutions de recherche et de soins (Institut Curie, Institut Gustave Roussy, AP/HP) à la délivrance à MG du 1er brevet européen sur « la méthode diagnostique d'une prédisposition à un cancer du sein ou de l'ovaire associé au gène BRCA1 », au nom du libre développement de la recherche académique et du libre accès aux soins, a créé une situation nouvelle. La puissance publique n'a pas voulu s'associer à cette démarche même si les ministères de la santé et de la recherche l'ont soutenue publiquement. Par contre, le Parlement Européen, dans une résolution du 4 octobre, s'associe à cette démarche, demande un réexamen des activités de l'Office européen des brevets (OEB) et la préparation d'une objection aux deux brevets déjà délivrés. Cette démarche a un côté exemplaire, car elle concerne toutes les maladies génétiques qui pourraient donner lieu à un même monopole. Toutes les entreprises qui travaillent à la découverte de gènes humains ont pour volonté leur appropriation. Les dérives liées à cette logique marchande sont illustrées de façon emblématique par la mise en place du marché des tests. Les brevets confortent le monopole de cette société sur tous les usages possibles de ces gènes de prédisposition, qu'ils soient diagnostiques, thérapeutiques ou pour la recherche de nouveaux médicaments. Sans

## BRICA1, BRICA2, et les tests de prédisposition au cancer du sein et de l'ovaire : le temps de l'opposition

*Génétique et Liberté*  
45 rue d'Ulm  
75005 Paris  
tél : 01 43 72 40 96  
fax : 01 43 72 40 90  
e-mail : [gel@genetique-et-liberte.asso.fr](mailto:gel@genetique-et-liberte.asso.fr)  
<http://genetique-et-liberte.asso.fr>

compter que la qualité de prise en charge des femmes à haut risque et le suivi global seraient remis en cause.

Les gènes de prédisposition ont été identifiés par l'étude des familles susceptibles aux maladies cancéreuses (histoire familiale, nombre de cas de cancers, distribution sur l'arbre généalogique, les âges de survenue, les diagnostics). Ils sont actuellement au nombre d'une trentaine et ne concernent qu'un nombre restreint de cancers (formes familiales de cancers rares ou formes familiales sévères de cancers fréquents, et quelques maladies rares associées à un risque tumoral). Les gènes BRCA1 et BRCA2 de prédisposition au cancer ont été identifiés en 94 pour le premier par MG (les brevets sont détenus aux USA, au Japon, en Australie) et 95 pour le second par une équipe britannique (OncorMed vendra à MG sa licence exclusive du brevet détenu par le Cancer Research Campaign). D'autres gènes ont été suggérés par la suite en 1997 et 2000. Le risque associé à des mutations de ces gènes a été estimé dans les familles remplissant les critères d'hérédité autosomique dominante. On estime à 80 % le risque de cancer du sein chez une femme porteuse d'une mutation et à 20 à 60 % celui d'un cancer ovarien, pour BRCA1. Plusieurs mutations ont été décrites de par le monde dans des familles atteintes avec des fréquences de mutation différentes suivant les critères utilisés et les méthodes de criblage. Il reste qu'à 75 ans, 15 à 30 % des femmes prédisposées n'ont présenté aucun signe clinique. Les autres gènes de susceptibilité pourraient donner lieu au même monopole. En France, 55000 personnes seraient porteuses de mutations.

Sur quoi fonder le protocole d'opposition ?

Le brevet ne peut être contesté dans son principe, mais sur les notions d'invention et d'application industrielle. Il y a insuffisance de description dans la mesure où MG s'intéresse à une famille de gènes et non à un gène. Il y a défaut d'activité inventive au sens du droit européen puisque le séquençage initial du gène comportait beaucoup d'erreurs et qu'il faudra attendre mars 95 pour arriver à une séquence de référence. Entre ces deux dates, plusieurs publications scientifiques de différents laboratoires ont participé à cette élaboration collective. La procédure

d'opposition va durer de 1 à 2 ans et en cas de réponse positive, MG pourra faire un recours de la décision qui va durer autant. Ce qui veut dire qu'on sera fixé dans plusieurs années. En attendant rien n'empêche MG d'exercer ses droits et attaquer en contrefaçon. La question est de savoir quelle sera l'attitude des magistrats dans ce cas-là. On peut penser qu'ils attendront le résultat de la procédure d'opposition et surseoiront à statuer.

Quelles sont les conséquences du monopole ? Il porte sur la limitation de la recherche – le test étant de mauvaise qualité – le prix, la quantité et l'utilisation des données.

Ce test utilisé par MG est basé sur la comparaison de séquences quelle que soit la méthode utilisée. Or il s'avère que ce test de séquençage direct est incomplet puisqu'il ignore 10 à 20 % du gène. L'Institut Curie a récemment montré dans une famille américaine déjà testée par MG qu'il existait de grands réarrangements dans le gène qui n'avaient pas été décrits. Or le monopole aura une conséquence sur la recherche en empêchant toute amélioration du test alors qu'on sait qu'il est incomplet et insuffisant (il existe cependant une exception en droit français permettant de faire de la recherche sans être poursuivi pour contrefaçon).

Le monopole s'exerce aussi sur les prix puisque MG impose ses tarifs sur les tests. En France, le coût d'une première recherche est estimé à 762 euros contre 2744 euros quand elle est réalisée par MG. Ce coût est supporté entièrement par les structures hospitalières en l'absence d'une prise en charge par la caisse maladie. Le secteur public souffre d'une absence de politique claire en matière de génétique. Les tests sont réalisés dans des services de génétique oncologique dépendant de centres hospitaliers ou de centres de lutte contre le cancer dans vingt-cinq villes. L'organisation du dépistage génétique est, depuis les lois bioéthiques, pluridisciplinaire autour des cliniciens et des biologistes, ce qui garantit la qualité de la prise en charge et le développement de la recherche clinique. Mais rien n'empêche les médecins et les femmes patientes potentielles d'envoyer directement des échantillons à MG qui vante ses tests sur

Internet. La quantité de tests réalisés sera limitée au détriment des patientes potentielles.

Une des conséquences du monopole tient à la mise en place de bases de données issues des tests des milliers de familles prédisposées dont l'accès serait aux seules mains de MG. Cette banque mondiale de données génétiques serait une première qui pourrait se multiplier. L'enjeu de cette opposition est bien la possibilité d'évaluer les innovations de la génomique médicale par la plus grande accessibilité aux données. Comme toute banque de données, rien n'empêcherait de faire commerce de son contenu à un prix très élevé. Car rien ne dit que MG limite sa recherche sur les échantillons sanguins qu'il reçoit aux seuls gènes BRCA 1 et 2 et que ces données ne seront pas diffusées, vendues, aux secteurs intéressés comme les assurances et les employeurs.

### Redéfinir les règles

Les tests sont-ils utiles pour la prise en charge des femmes ? Un test prédictif n'est légitime que s'il permet une prévention efficace. On voit alors que l'opposition instruite par les institutions au brevet de MG est tactique et que la situation nécessite une réflexion sur les solutions en amont ou en aval. Dans ce domaine, la puissance publique doit prendre position sur l'usage des tests. A savoir redéfinir les règles concernant la possibilité de breveter ou rendre systématique les licences d'office, qui ne concernent que les médicaments et qu'il faudrait étendre aux tests diagnostiques. Cette licence est à introduire dans le cadre d'un projet de loi qui est actuellement en Conseil d'Etat. La licence d'office est une arme de santé publique qui n'a jamais été utilisée en France. Elle doit devenir une arme de négociation puisqu'il existe un argumentaire juridique cohérent et important. Si la loi est modifiée dans ce sens et si elle est d'application immédiate, il faudra le justifier car elle ne peut être une spoliation du breveté. Il faudra démontrer l'abus en termes de qualité, de quantité et de cherté et faire une proposition à MG. Il existe un exemple avec le vaccin contre l'hépatite B qui a donné lieu à un accord entre l'Institut Pasteur et l'entreprise Merck, ce qui a évité d'avoir recours à la licence d'office. Le monopole

existe de fait dans certains autres cas comme pour Organon ou Roche, mais des licences ont été accordées. Plus, en amont il s'agirait de révoquer la question du gène et on sait qu'il faudra des années de négociation. Et donc sur les conditions de brevetabilité. En Europe les critères restent flous alors qu'aux USA, les règles sont plus précises avec des exemples clairs. Dans le domaine des biotechnologies, il faut soutenir les licences obligatoires qui sont autorisées par l'accord TRIPS de l'OMC.

La protection de la propriété industrielle par le brevet est revendiquée par tout le secteur biotechnologique qui considère que sa remise en cause serait sa ruine. Alors que des centaines de brevets ont été déposés sur le génome humain, et en particulier par les organismes publics comme le NIH américain, le débat s'éclaircit autour des conséquences pratiques de ces brevets. Le droit européen permet aussi ces brevets, mais la résistance s'organise. L'histoire des brevets montre que les tensions entre défense de la propriété industrielle et les considérations de santé publique sont une permanence. En France, le brevet spécial du médicament permet à l'Etat d'imposer l'octroi de licences ou des modifications des conditions d'exploitation au nom de l'intérêt collectif. La directive européenne 98/44/CE du Parlement Européen et du Conseil en date du 6/7/98, qui n'interdit pas de breveter les éléments du corps humain puisqu'elle autorise le brevet sur le gène, est déjà en vigueur en Europe et a été transposée en Irlande, Grande-Bretagne, Danemark et Autriche. L'Allemagne et la Belgique demandent sa renégociation, la France demandait de préciser son interprétation. On la connaît maintenant. En effet les Pays-Bas, avec le soutien de l'Italie, avaient demandé en octobre 1998, son annulation par la Cour de Justice des Communautés Européennes. Elle vient par un arrêt du 9 octobre 2001 de rejeter ce recours articulé sur six moyens, considérant au sujet de la brevetabilité des éléments isolés du corps humain que « la protection envisagée par la directive ne porte que sur le résultat d'un travail inventif, scientifique ou technique, et ne s'étend à des données biologiques existant à l'état naturel dans l'être humain que dans la mesure nécessaire à la réalisation et à l'exploitation

d'une application industrielle particulière ». La France va être mise dans l'obligation de transposer cette directive maintenant qu'elle vient d'être validée par la CJCE. Le projet de loi de transposition élargit le champ des produits pouvant être soumis à une licence d'office – ce qui est réservé aux seuls médicaments – aux dispositifs médicaux de diagnostics in vitro, aux produits thérapeutiques annexes et aux méthodes de diagnostic ex vivo et prévoit une délimitation plus stricte des revendications des détenteurs de brevet. Il s'appuie sur l'article L613-16 du code de la propriété intellectuelle permettant d'agir dans l'intérêt de la santé publique et modifie les articles L613-15 et L613-16 en renforçant le système des licences obligatoires accordées par le tribunal de Grande Instance et des licences d'office attribuées par le ministère de l'industrie. La contestation de la directive européenne a

obligé la puissance publique à réfléchir à un régime de licence plus ouvert. Les critères d'attribution du droit ne sont pas stabilisés. L'exercice du droit est problématique d'autant qu'il y a beaucoup de défaut d'applicabilité et des questions non résolues. Par exemple, les fonctions biologiques vont être mises en évidence in silico, elles pourront être, en l'état actuel, brevetées en masse.

Il reste que cette directive doit être modifiée pour empêcher les brevets très larges de type brevet de séquence à l'origine de la constitution de monopole dans le champ des tests de prédisposition. Une invention ne peut relever de la découverte du vivant considéré par beaucoup comme patrimoine de l'humanité et les gènes humains devraient être considérés comme un bien commun de la recherche et de la santé publique.

## LES USAGES DU DOSSIER MÉDICAL EN QUESTION

## 1°/ Des usages individuels

**Le fantasme informationnel du dossier médical.** En médecine ambulatoire ou à l'hôpital, le dossier médical est aujourd'hui à la fois un outil de travail pour le praticien et un moyen d'archivage d'informations médicales - cliniques et para-cliniques, biographiques et sociales -, constituées au cours du suivi médical. Il paraît utile de souligner les notions d'incertitude, de relativité, d'obsolescence, de non-exhaustivité de son contenu.

En pratique, l'observation médicale de la même personne par deux praticiens différents pourra être très différente, y compris dans ses conclusions. Ce qui figure dans le dossier n'est qu'un reflet de l'état de santé d'un patient tel que l'a perçu et analysé le professionnel de santé, dans le cadre évolutif de la relation de soin. Lorsqu'il s'agit de transmettre des informations de santé vers une autre structure de soins, le médecin ne peut se contenter d'une simple copie d'extraits du dossier. Il doit au contraire se livrer à un travail de reconstruction en prenant du recul par rapport au contenu du dossier, et de sélection en fonction de l'intérêt du patient et de son droit au secret médical.

Les projets actuels de standardisation du contenu des dossiers médicaux et de codage des pathologies tentent d'unifier le langage médical, en niant la complexité de la démarche de soins. Les inévitables différences d'appréciation évoquées se traduiront par exemple par des codages identiques recouvrant en fait des situations différentes.

**L'efficacité non prouvée du chaînage intégral des informations de santé.** Aujourd'hui, les TIC permettent de constituer des dossiers regroupant l'intégralité des données de santé d'une personne, ce qui constitue pour certains une amélioration de la qualité des soins grâce à une meilleure continuité entre les différents épisodes de soins et entre les multiples structures de santé. En terme d'efficacité, ce projet se heurte aux limites déjà évoquées quant à la standardisation du dossier médical. Seules certaines informations ciblées en fonction du contexte d'emploi sont utiles pour l'événement de soins considéré. À ces doutes quant à l'efficacité du chaînage systématique des informations de santé au sein du dossier s'ajoute une inquiétude majeure quant à ses conséquences pour les libertés individuelles : la perspective de voir se constituer pour chacun un fichier sanitaire exhaustif, avec ce chaînage des pathologies, véritable « casier sanitaire » qui permettrait une traçabilité de l'histoire de santé et de la biographie des personnes.

**Les dangers d'un identifiant permanent du patient pour un dossier informatisé unique.** Le respect du secret médical impose que le patient, et lui

Paul Jacquin,  
Annie Marcheix  
et Pierre Suesser

*Les auteurs de cet article sont membres du groupe santé de DELIS (Droits Et Libertés face à l'Informatisation de la Société)*

Ligue des droits de l'Homme  
27, rue Jean Dolent  
75014 Paris  
Tél. : 01 43 73 32 82  
e-mail : [contact@delis.sgdg.org](mailto:contact@delis.sgdg.org)  
<http://delis.sgdg.org>

# Les enjeux du dossier médical informatisé

*Les technologies de l'information et de la communication (TIC) se développent rapidement dans le domaine de la santé. Leurs mises en œuvre progressives fait que le dossier médical informatisé devient une pièce maîtresse, à la fois dans la logique du système de santé (administration du système de soins, évaluation, gestion comptable) et dans la logique du patient (accès de chacun à son dossier médical conformément à la revendication des associations). Toutefois, les progrès attendus grâce à ce dossier informatisé ne doivent pas masquer certaines contradictions et certains risques du point de vue du patient et du citoyen. Delis affirme la prééminence de la personne sur une organisation façonnée par la technologie. Les seules potentialités de la technique ne doivent pas remettre en question le droit au respect de la vie privée qui implique confiance réciproque et médiation humaine.*

seul, ait le droit de choisir quelles informations personnelles de santé il veut ou ne veut pas transmettre, à qui et pour quelle durée. Aujourd'hui, la transmission de ces informations entre professionnels de santé suppose plusieurs intervenants humains, le patient qui doit donner son accord et les soignants concernés. Or, c'est dans ces interventions humaines que l'on veut voir toutes les insuffisances du système de soins actuel - subjectivité, lenteur, oublis, erreurs, voire dissimulations - auxquelles sont opposées de façon bien idéalisée la transparence, l'efficacité, la rapidité liées à l'emploi des TIC. D'où l'idée, très avancée aujourd'hui, d'un dossier de santé informatisé pour chaque personne, unique et permanent, centralisé ou réparti, mais accessible à tout moment et de partout grâce à un identifiant permanent du patient (IPP) affecté à la personne dès sa naissance et valide jusqu'après sa mort.

Pourtant, aux obstacles conceptuels liés à la standardisation du contenu du dossier s'ajoute la difficulté de modéliser l'équivalent du jugement ad hoc qui conduit le médecin dans chaque situation à transmettre ou non l'information et sous quelle forme. C'est pourquoi, nous affirmons, au vu des particularités de l'information de santé et de la nécessaire médiation des professionnels de santé quant à son utilisation, que la notion de dossier médical informatisé doit correspondre à des dossiers distincts répartis entre les différents praticiens ou les différents réseaux. Cette conception du dossier s'impose pour assurer une gestion de l'information de santé respectueuse des personnes. Et elle est incompatible avec le présupposé d'un dossier médical unique structuré par un IPP.

De plus, le concept d'IPP généralisé apporte dans un dispositif informatisé performant plus de menaces pour les personnes que d'avancées dans la qualité et l'organisation des soins. De multiples acteurs sont intéressés par la constitution, avec le dossier médical unique et l'IPP, d'une banque de données nominatives portant sur toute la population : les différents acteurs de ce qui constituerait un gigantesque marché, les gestionnaires du système de santé, les assureurs, les employeurs. Ceci sans compter avec les risques de dérives politico-sociales ! Tous les dispositifs de sécurité envisagés ont des limites, et les enjeux iront croissant avec le

regroupement des informations au moyen de l'IPP. Les risques sont considérablement plus grands dans un système informatisé disposant d'une telle puissance, qu'à une petite échelle comme c'est actuellement le cas dans un cabinet médical ou un hôpital. A fortiori le projet évoqué explicitement, dans le cadre d'un rapport officiel, d'utiliser le NIR (1) comme IPP fait resurgir la perspective inacceptable pour les libertés publiques d'interconnexion des fichiers de santé avec des fichiers émanant d'autres sphères publiques ou privées.

De nouveaux droits pour le patient avec de nouvelles contraintes. Avec les évolutions législatives (droit d'accès direct au dossier médical) et techniques (dispositif SESAM-Vitale, réseau santé-social, intranets santé, dossier de santé informatisé communicant...), le patient sera confronté à la gestion pratique de ces nouvelles potentialités et de ces nouveaux droits.

Ainsi, selon les règles d'accès au dossier du patient qui seront attribuées aux professionnels de santé, le patient, qui doit exprimer son consentement à faire enregistrer ses données de santé dans son dossier, sera confronté à un arbitrage permanent entre des enjeux contradictoires : utilité de la mention de certaines données mais risque d'utilisation ultérieure non souhaitée. Par exemple, le médecin propose de mentionner le diabète dont la personne est atteinte. Son intérêt immédiat est d'accepter dans une perspective de continuité des soins. Mais cette information ne risque-t-elle pas d'être utilisée ultérieurement à son encontre, par le médecin du travail ou celui d'une compagnie d'assurance, s'ils venaient à en prendre connaissance ? Quels seraient demain les risques de discrimination à l'embauche, à la souscription d'un contrat d'assurance, avec la mention de résultats de diagnostics génétiques présomptifs ?

En outre, puisque la validité des informations contenues dans le dossier médical doit être rapportée au contexte de leur recueil et leur pertinence reconsidérée dans le temps, le patient pourra être en difficulté pour apprécier, même en concertation avec son médecin, ce qu'il convient de transmettre ou non à un autre professionnel de santé. Il ne faudrait donc pas entretenir l'illusion d'une « transparence » idéale en matière de dossier médical.

À ces conflits d'intérêt et à ces difficultés propres au patient pourrait s'ajouter un conflit d'intérêt entre ce dernier et son médecin car d'éventuels désaccords sur l'intérêt de mentionner une information seraient potentiellement une source de conflit. Le médecin pourrait alors estimer que sa responsabilité professionnelle est susceptible d'être mise en cause par l'absence de cette information dans le dossier, sans oublier que la responsabilité du patient pourrait aussi être recherchée. Nul doute que ces difficultés viendraient renforcer les risques de « judiciarisation » des relations médecin-patient.

## 2°/ Des usages collectifs

### Un codage des pathologies inadéquat aux usages de recherche et de santé publique.

Compte tenu des difficultés évoquées pour le codage des pathologies dans de nombreuses situations de recours aux soins (médecine générale, pédiatrie, psychiatrie... sphère ambulatoire ou milieu hospitalier) la validité de ce codage sera réduite par la difficulté d'obtenir un fort consensus parmi les codeurs (150 000 praticiens de santé non spécifiquement formés) sur la signification des codes et leur adéquation avec la situation qu'ils sont censés caractériser. Ainsi les études statistiques réalisées à partir du codage généralisé et exhaustif des pathologies incluraient de nombreux biais, conduisant à des risques d'analyses erronées et de prises de décision inadaptées.

**Le risque de profilage social lié aux concentrations de données personnelles de santé.** Les pouvoirs publics, au plan local et national, comme les organismes de protection sociale, pourraient être tentés par l'utilisation des données collectées à partir des dossiers gérés dans des bases de données relatives à la santé des personnes, dans une perspective de gestion ou de contrôle des populations dites « à risque ». À l'instar de la CNIL qui, à propos des données sociales avait exprimé sa « crainte majeure de voir se développer un fichier global des populations défavorisées et partant une sorte de cartographie de l'exclusion reposant sur la définition de profils individuels ou familiaux de précarité », on peut s'interroger sur les possibilités que les dispositifs envisagés ouvriraient, en matière de fichage aux fins de contrôle social des populations (alcooliques, toxicomanes ...).

L'intérêt des employeurs, des banquiers, des assureurs pour les bases de données relatives à la santé des personnes est tout aussi évident. Les risques de détournement de finalité le sont également, puisque justifiés au nom de la concurrence économique. Le « casier sanitaire » ainsi constitué pourrait aussi servir à cibler les malades par profils et à mettre en regard une offre de soins restreinte prédéfinie, ceci dans une logique de mise en concurrence des caisses de sécurité sociale avec les assurances privées. Qu'en serait-il des fichiers sanitaires des personnes constitués par ces caisses puis confiés au privé ? Les informations ne seraient-elles pas alors utilisées dans une logique assurantielle de sélection préalable des risques ou croisées avec les fichiers d'assurance vie, de prêts... ?

## LA GESTION DU DOSSIER MÉDICAL EN PRATIQUE

### Des principes pour garantir la confidentialité des données personnelles de santé.

L'informatisation progressive des éléments constitutifs du dossier médical et la mise en œuvre récente de réseaux de soins s'appuyant sur les TIC, se sont cristallisées dans la notion de « dossier de santé informatisé communicant », promue par la normalisation européenne. La volonté de faciliter la communication des informations personnelles de santé entre les professionnels du soin ne doit pas faire oublier que la confidentialité est le corollaire de la confiance du patient et qu'elle est inhérente à la relation entre le patient et son médecin. Elle doit rester prégnante dans la pratique de toutes les professions du système de santé, comme dans les principes de sécurité informatique mis en œuvre au sein d'une communauté de praticiens et de patients pour gérer les dossiers de santé ainsi constitués selon des droits d'accès et des échanges électroniques d'information respectant les volontés de chaque patient.

Ces quelques principes mis en œuvre dans une politique de sécurité informatique apporteront des garanties de confidentialité aux patients.

- Tout membre de la communauté de soins, professionnel de santé ou patient, doit être identifié de façon unique, univoque et fiable dès son entrée dans la communauté. Puis chaque membre s'identifie, par exemple au moyen de la CPS pour le professionnel et de la carte Vitale pour le patient, afin que le système l'authentifie comme membre de la communauté.



Marie-Jeanne Martin

*Médecin généraliste, elle travaille dans un centre d'IVG à l'hôpital d'Armentières*

La loi sur l'allongement des délais de l'IVG et sa médiatisation ont créé une polémique (bien plus chez les professionnels que dans l'opinion publique). Cela a permis de redynamiser une réflexion.

Sur l'initiative des CIVG Armentières, de Roubaix et du Nouveau Planning Familial du Nord, s'est tenue une journée de réflexion en octobre 2000, à laquelle étaient conviés tous les centres d'IVG du Nord/Pas de Calais.

A la demande de la DASS et de l'ARH du Nord/Pas de Calais, depuis le début 2001, ont lieu des réunions régulières des CIVG afin d'harmoniser les pratiques.

En fait, cela fait plusieurs années que j'ai entendu, écouté ces médecins qui pratiquent des IVG, au cours d'échanges informels ou au cours de rencontres plus officielles à l'ANCIC (1) et au FIAPAC (2).

J'ai entendu des : « Moi, je veux que les femmes.../ Il faut bien des gens pour faire le sale boulot/ pas gratifiant / Allonger les délais nous serait difficile, insupportable/ C'est me faire violence / A 10 semaines ça a des mains, des doigts : Ça me fait mal ! »

J'ai l'impression de retrouver les mêmes mots, les mêmes difficultés dans ce que disent certaines femmes en demande d'IVG : de la perte de contrôle, de l'échec, de la culpabilité, de l'idée de mort, de donner la mort.

A cette femme qui nous confie sa souffrance face à son choix, nous tentons d'ouvrir à la vie : voir la grossesse comme une pulsion de vie, comme une expression de son corps à dire du désir de projet, et s'il lui semble qu'un enfant ne soit pas, à ce moment, la solution pour elle, il reste alors cette pulsion de vie.

Ce travail de mise en perspective, nous avons à le faire pour nous-mêmes. L'histoire de l'accès au droit à l'IVG me semble avoir vécu plusieurs étapes. Première vague, une aventure de pionniers, il fallait que la loi existe. Deuxième vague, une aventure de bâtisseurs, il fallait consolider la loi. Troisième vague ?

Faute de l'avoir projetée, redéfinie, l'aventure semble en panne. Nous n'avons pas su emmener dans l'aventure de plus jeunes peut-être parce que nous n'avons pas su nous mettre en écoute de leurs difficultés. Certains ne trouvent pas ou ne trouvent plus de sens au fait de pratiquer des IVG. Il me semble intéressant et riche de se mettre en recherche du sens que nous donnons au fait de tenir la canule, sens dans notre vie professionnelle, notre citoyenneté et notre vie de femmes et d'hommes.

Il s'agit peut-être maintenant de l'aventure de l'expression d'une démocratie qui doit se donner les moyens de ses choix et il s'agit aussi d'une aventure individuelle.

Cette réflexion y gagnerait à s'orienter vers la création de réels centres d'orthogénie où seraient abordés en globalité le choix des femmes et des couples à maîtriser leur fécondité.

Ces centres proposeraient des aides à la contraception tant féminine que masculine, réaliseraient des actes techniques tels que des IVG mais aussi des vasectomies. Et ce seraient aussi des lieux d'accompagnement par la possibilité d'y faire un travail individuel, de couple et en groupes de parole en prévention du deuil pathologique ou en « guérison » d'un deuil non fait. Un lieu ouvert à la vie.

1 ANCIC : Association Nationale des Centres d'Interruption de Grossesse et de Contraception

2 FIAPAC : Fédération Internationale d'Associés Professionnels de l'Avortement et de la Contraception

# Pour de réels centres d'orthogénie

Denis Labayle

Médecin gastro-entérologue

La lutte contre la souffrance ? Une évidence, surtout pour ceux qui en ont fait leur métier. Et pourtant, la réalité n'est pas si simple ! Combien de fois, par le passé, me suis-je laissé piéger par une analyse erronée, une vision partielle, une indulgence coupable, un abandon confortable. La souffrance de l'autre est toujours sous-estimée, et dès qu'on déroge à ce principe, on s'apprête à tolérer l'inacceptable.

Lorsqu'il s'agit de lutter contre les perfidies de la nature, tout le monde se réconcilie ou presque... Tout être un tant soi peu équilibré justifie ce combat comme une évidence. Une évidence, pourtant pas si ancienne. La lutte contre la douleur n'est qu'une victoire récente. Il y a une quarantaine d'années, les opposants à l'accouchement sans douleur faisaient encore recette, avant de se transformer en combattants contre la contraception et l'avortement au

nom du respect de la nature. Mais l'obscurantisme n'a pas dit son dernier mot : n'impose-t-il pas encore aujourd'hui sa vision sur la souffrance de la fin de la vie ? Un combat d'arrière garde, je l'espère, mais qui n'est pas encore gagné. Et ce qui est devenu pour nous une évidence ne l'est pas ailleurs, dans d'autres pays.

# La souffrance à géométrie variable

Si la lutte contre les méfaits de la nature peut rassembler une opi-

nion majoritaire, en est-il de même des souffrances engendrées par les hommes, par leurs égoïsmes, leurs certitudes et leurs croyances ? Est-on aussi réceptif à la souffrance de l'autre quand elle s'intègre dans un enjeu de société, dans une rivalité de clans idéologiques, culturels ou religieux ? Quand chaque groupe partisan présente la souffrance de l'autre derrière la loupe déformante des médias ? Sommes-nous capables de nous abstraire des passions, des prises de positions partiales, des analyses simplistes pour garder en toutes circonstances l'objectif final : la souffrance de l'autre est un absolu. Combien d'idéologies ont dérapé pour avoir oublié ce principe de base ? Combien de fois par le passé, les idées dites humanistes, religieuses ou philosophique, ont-elles fini par justifier l'injustifiable, la torture, ici, les camps de la mort, là, ou tout simplement ont-elles fermé les yeux, oubliant que la souffrance fabriquée n'avait pas d'excuse ?

Aujourd'hui, il est assez simple de se mobiliser contre les souffrances aiguës engendrées par les conflits, celles qu'on nous présente ou celles qui sautent aux yeux, la souffrance brutale d'un peuple bombardé, la souffrance déchirante d'un gosse qui vient de marcher sur une mine. Mais avons-nous les mêmes réactions vis-à-vis de toutes ces souffrances chroniques, toutes ces violences au quotidien que les uns et les autres font subir à leur proches, à leurs femmes, à leurs filles ou à leurs voisins au nom de leurs idées ? Sommes-nous assez prompts à dénoncer toutes les souffrances, toutes, et non pas celles qui nous arrangent ? Toutes ces souffrances sournoises et destructrices que l'on finit par tolérer en se cachant hypocritement derrière le respect des

identités culturelles, le respect des croyances. Or la souffrance liée à l'oppression est une, quelle que soit l'oppression.

Peut-on combattre aujourd'hui avec la même force et la même liberté contre la souffrance engendrée par l'écrasement économique dans le cadre d'une mondialisation cynique et lutter avec la même force contre la souffrance engendrée par une religion quand elle arrive à imposer l'humiliation quotidienne à une moitié de l'humanité au nom de la différence des sexes ? Ne peut-on pas crier avec la même force contre l'économie capitaliste et l'insupportable loi islamique de la charria que de trop longs silences ont fini par nous rendre complice ?

J'avais gueulé, il y a trois ans dans Pratiques contre le sort des femmes afghanes à qui des fascistes refusaient le droit aux soins, en un temps où l'Afghanistan ne faisait pas l'actualité. A l'époque, la lutte contre la souffrance de ces femmes ne troublait pas la conscience internatio-

nale ni celle des humanistes, ni même le monde des soignants.

Actuellement, les maîtres qui s'affrontent sont de part et d'autres de puissants milliardaires qui s'opposent par peuples interposés. Ici, on tue des employés de bureaux des Twin Towers et là des paysans afghans. Je refuse de distinguer la douleur des enfants qui perdent leurs parents dans l'une et l'autre circonstance. Les événements actuels vont essayer de nous amener à prendre parti : à condamner les bombes au risque de tolérer la charria ou à condamner la charria au risque de tolérer les bombes. Dans la lutte contre la souffrance, il ne peut y avoir de compromissions. Les idéologies ou les religions ont rempli les fleuves de sang tout au long de l'histoire. Peut-être est-il temps de ne plus tolérer leurs méfaits.

Il n'y a pas plus de guerre juste que de guerre sainte. Il y a la guerre et son cortège d'absurdités et de souffrances. Ne soyons pas dupes.

Marc Zaffran/  
Martin Winckler

*Médecin généraliste et écrivain,  
il vient de publier Conceptions,  
mode d'emploi, Editions  
Au diable vauvert, 2001*

# Contraception : au boulot

Un lundi de l'été 2001, je me rends au centre de planification où je consulte une fois par semaine pour y chercher des plaquettes de pilules contraceptives afin de les faire dessiner dans le livre que je prépare (1). Il est 16 h. Les locaux sont fermés : la conseillère de planification et le médecin habituellement présent le lundi sont en vacances et la secrétaire n'est là qu'à mi-temps. Je passe par le service d'IVG pour y prendre les clés du centre. Tandis que je cherche mes boîtes de pilules, un couple entre. Elle a dix-neuf ans, lui guère plus. Elle dit : « Je suis venue ici parce qu'au centre de Sablé (à 40 km du Mans), il n'y a personne le lundi. » Je me sens un peu gêné : je ne suis pas censé me trouver dans ces murs. Mais, au lieu de la renvoyer sur l'interne de garde, je la fais entrer. Elle me raconte qu'elle prend la pilule mais, il y a dix jours, elle n'a pas eu ses règles ; ne les voyant pas venir, elle a cessé de prendre sa contraception ; elle a mal au ventre depuis quelques jours, et hier, pendant un rapport sexuel, elle a eu encore plus mal. Quand je l'examine, je réveille une douleur sur le côté, au niveau de la trompe et de l'ovaire droit. Je l'envoie passer une échographie aux urgences, non sans l'avoir prévenue qu'elle est peut-être enceinte, et que si c'est le cas, il faut vérifier qu'elle ne fait pas une grossesse extra-utérine – c'est ce qu'évoquent ses douleurs. Elle se rhabille en disant : « J'ai eu peur parce que j'ai déjà été enceinte l'an dernier.

Elle se rhabille en disant : – Ah bon ?

– Oui, à dix-sept ans, j'ai voulu prendre la pilule mais mon généraliste a refusé en me disant « Je te la donnerai quand tu auras arrêté de fumer. » Alors, évidemment, je me suis retrouvée enceinte et j'ai été obligée de faire une IVG... »

Après avoir confié la jeune femme aux urgences, je vais rendre la clé à l'infirmière des IVG. Là, je lui dresse le tableau des mésaventures de cette jeune femme. L'infirmière m'apprend qu'il y a quelques jours, elle a vu une femme d'une quarantaine d'années débarquer enceinte parce que son gynécologue lui avait recommandé d'arrêter la pilule pendant un mois « pour s'assurer que tout marche bien ». L'aide-soignante, elle, me confie que sa fille, qui a accouché il y a six mois de son troisième enfant, n'a toujours pas de contraception : deux médecins successifs lui ont dit : « Rien à craindre, vous allez ! »

Quand je sors de l'enceinte de l'hôpital, il est 16 h45. En trois quarts d'heure j'ai fait le tour de l'inanité de la situation française en matière de contraception.

En France, les centres de planification sont sous-équipés : il y a en principe des centres de planification publics dans tous les hôpitaux dotés d'un centre d'IVG, mais à l'hôpital du Mans, par exemple, la DDASS ne rémunère que deux vacances (deux demi-journées) sur les dix qui pourraient être assurées par des médecins ; la secrétaire est à mi-temps ; la conseillère de planification, dont la présence est en principe indispensable, est obligée de jongler entre ses heures au centre et sa mission d'information dans les lycées, les collèges et autres lieux où on la convie. Et en plus, les centres de planification ne sont même pas mentionnés de manière correcte dans les pages jaunes. Leur dénomination change d'une ville à l'autre, et pour beaucoup l'adresse et le numéro de téléphone ne sont pas indiqués dans l'annuaire (il faut passer par le standard de l'hôpital). Dans certains hôpitaux, ils ne figurent même pas dans les plaquettes de présentation.

En France, médecins généralistes et gynécologues sont sous-éduqués, désinformés, et diffusent des notions incomplètes ou fausses sur la contraception, en mésestimant totalement ses avantages et ses risques : le premier généraliste qu'a vu cette jeune femme, il y a quelques mois, lui a refusé une pilule sous le prétexte qu'elle fume ; or, en l'absence d'autre facteur de risque, le tabac n'est pas une contre-indication à la pilule combinée à cet âge-là (ça ne l'est qu'à partir de 35 ans) ; et 2° il aurait pu lui prescrire une pilule progestative, qui n'est pas contre-indiquée lorsque la femme fume. Mais il ne l'a pas fait, probablement parce qu'il n'y connaît rien. Plus grave : il semble ignorer qu'à 19 ans, ce que risque avant tout une jeune femme qui a des rapports sexuels, ce ne sont pas les complications exceptionnelles de la pilule ou de son association avec le tabac, mais avant tout une grossesse et une IVG. Cette jeune femme a vu un second généraliste, qui lui a prescrit une contraception orale, mais n'a pas jugé bon de l'avertir que sa pilule pouvait entraîner un « spotting » ou une aménorrhée et qu'il ne faut surtout pas interrompre la pilule sous peine de se retrouver enceinte ! Combien, parmi les médecins français, donnent-ils toujours ce type d'information ? Combien de médecins, d'ailleurs, décrivent-ils à leurs patientes les six méthodes contracep-

tives (2) ayant un indice de Pearl inférieur à 5 % pour leur permettre de choisir ?

A l'opposé, trop de médecins français, généralistes ou gynécologues, persistent, comme en témoigne l'histoire confiée par l'infirmière des IVG, à dire aux femmes d'arrêter leur pilule une fois par an – ce qui n'a strictement aucun intérêt médical, mais a l'inconvénient majeur de favoriser des grossesses absolument pas désirées, d'autant qu'ils ne proposent pas de contraception de rechange.

En France, les maternités, surchargées de travail en raison de la fermeture des hôpitaux locaux et de la diminution des effectifs, laissent sortir des accouchées sans aucune contraception. Dans certains hôpitaux, les consultations de sortie sont confiées aux externes, qui manquent considérablement d'expérience et expédiées au moment où les femmes n'ont qu'une envie : rentrer chez elles. Lorsqu'elles se rendent compte qu'elles ne resteront pas chastes éternellement, elles se retrouvent coincées, d'autant que dans la plupart des grandes villes, les consultations des gynécologues sont bloquées pour six mois à un an et que très peu de praticiens acceptent de les dépanner en leur postant une ordonnance de pilule. Pire encore, généralistes et gynécologues entretiennent les mythes du style « l'allaitement protège » (ce qui n'est vrai que dans des conditions très strictes, qu'ils ne détaillent évidemment jamais (3)). Ils ignorent que toutes les femmes qui allaitent peuvent prendre à partir du 21<sup>e</sup> jour qui suit l'accouchement une pilule progestative, qui stimule la production de lait et n'a aucun effet nocif sur l'enfant. Ils ignorent qu'on peut poser un DIU (stérilet) au bout de 6 ou 8 semaines même après une césarienne (4). (D'ailleurs, ils continuent à diaboliser le port du DIU ou, en ce qui concerne les généralistes, refusent d'apprendre à en poser.) Ils ignorent surtout qu'une femme qui vient d'avoir un bébé recommandera, tôt ou tard, à avoir des rapports sexuels.

Dans ce pays, nous disposons des moyens de contraception les plus modernes (c'est le premier au monde où le Norlevo soit en vente libre) mais ni les structures de soin, ni les généralistes, ni les spécialistes (hospitaliers ou pri-

vés) ne les dispensent correctement. La preuve ? Il y a encore plus de 200 000 IVG par an, et, depuis sa commercialisation il y a deux ans, 800 000 femmes ont utilisé du Norlevo, le plus souvent parce qu'elles n'avaient pas de contraception.

Actuellement, la prévention des grossesses non désirées (qui concerne pourtant l'ensemble de la population hétérosexuelle de ce pays !!!) est traitée comme un sujet mineur et ne mérite que deux heures de cours pendant tout le cursus universitaire d'un étudiant en médecine. Les services de gynécologie obstétrique se préoccupent beaucoup plus de faire des enfants aux femmes « stériles » que d'enseigner aux étudiants à aider les femmes fertiles à ne pas être enceintes à tout bout de champ. Ce mépris des spécialistes hospitalo-universitaires pour la vie quotidienne et la sexualité de chacun est responsable de la désinformation des gynécologues (s'ils n'étaient pas désinformés, ils ne continueraient pas à véhiculer des informations délirantes ou à prescrire Diane 35 hors

AMM) et de la sous-éducation des généralistes. Et ne parlons pas du scotome dont sont affligés tous les autres spécialistes, persuadés que la contraception ne les concerne pas. Mais les rhumatologues ne devraient plus dire à leurs patientes que les AINS compromettent l'efficacité du DIU (nous sommes les seuls au monde à croire ça et à emmerder les femmes avec cette idée reçue) ; les pédiatres devraient pouvoir parler contraception avec les pré-adolescents qu'ils reçoivent ; les pneumologues devraient savoir que la rifampicine interfère avec les estroprogestatifs ; les neurologues ont l'obligation de proposer aux patientes épileptiques une méthode contraceptive hormonale qui n'interfère pas avec leur traitement et qui, de plus, diminuera la fréquence de leurs crises ; un chirurgien devrait toujours savoir avant quelles interventions on doit, ou non, faire interrompre la prise d'une pilule combinée, et quoi proposer le cas échéant. Etc.

Vous-même, qui me lisez, savez-vous qu'en conseillant aux utilisatrices de pilule de réduire



à 4 jours seulement l'arrêt entre deux plaquettes, vous leur éviteriez presque toujours une grossesse par oubli de comprimé ? Savez-vous que la dernière en date des pilules progestatives (Cérazette) bloque l'ovulation et qu'elle est donc aussi fiable que les pilules combinées minidosées ? Savez-vous qu'on observe un nombre inquiétant de grossesses sous Trinordiol chez les très jeunes femmes, même si elles n'oublient jamais de la prendre ? Savez-vous que l'une des « pilules » les plus prescrites en France (370 000 utilisatrices), à savoir Diane 35, n'a pas reçu d'AMM comme contraceptif et que le laboratoire Schering est incapable de nous donner son indice de Pearl ? Savez-vous que le DIU diminue (oui, diminue) le nombre de GEU, qu'on peut en poser un sans crainte à une nullipare et que le Sertalia, en particulier, comprend noir sur blanc l'indication « grossesse chez la nullipare » sur sa fiche ? Savez-vous que l'Implanon n'a pratiquement aucune contre-indication, que la technique de pose est à la portée d'un étudiant de 3e année, que le labo fournit gratuitement un CD rom ou une cassette pour vous montrer comment faire, et qu'il faut une minute et demie pour l'insérer ? Vous ne le saviez pas ? Alors vous avez besoin d'une mise à jour.

Imagine-t-on une politique de santé publique selon laquelle les enfants ne pourraient se faire vacciner que par les pédiatres ? Non, car cela ne permettrait en aucun cas d'assurer une couverture vaccinale correcte à l'ensemble de la population. Et pourtant, c'est exactement ainsi que la contraception est traitée dans notre pays. Il est inadmissible que sexualité, gynécologie courante, contraception et prévention des grossesses

non désirées ne fassent pas partie de la formation courante de TOUS les médecins et de la pratique quotidienne de la quasi-totalité des généralistes.

Aujourd'hui, tout praticien digne de ce nom devrait s'informer sur les méthodes modernes de contraception sans se reposer sur la seule « communisation » des labos, transmettre l'information sans terrorisme à ses patient(e)s, la communiquer à ses confrères de terrain par l'intermédiaire de la FMC et exiger des facultés de médecine qu'elles prodiguent cet enseignement aux médecins en formation.

Je suis sûr que tout le monde aimerait lire dans *Le Monde*, dans deux à trois ans, que le nombre d'IVG a fortement diminué. Est-ce possible ? Oui, si tout le monde s'y met. Alors, au boulot !

---

1 *Contraceptions mode d'emploi*, Editions Au Diable Vauvert, 2001, 95 F – voir la note de lecture de Sophie Eyraud page 88.

2 Oui, six : pilule combinée, pilule progestative, DIU au cuivre, DIU à la progestérone (Mirena), implant et injections de progestatifs retard. Chacune de ces méthodes a des indications, des contre-indications, des conditions d'utilisation, des avantages et des inconvénients différents. Assimiler les deux types de pilules et les deux formes de DIU, c'est une faute professionnelle.

3 Et vous, vous les connaissez ?

4 Oui, même après une césarienne : l'incision est faite au niveau du segment inférieur de l'utérus, pas du fond utérin. Six à huit semaines après, l'incision est cicatrisée et la pose d'un DIU n'a strictement aucune raison de la rouvrir, à moins que celui-ci soit posé par une brute épaisse.

Jacques Richaud

Neurochirurgien

Dans la première partie, il a été rappelé combien les origines et la nature du Code de déontologie médicale étaient liés, non seulement à un héritage hippocratique, mais aussi au positionnement des professionnels de santé face aux premières tentatives de « lois sociales ». Au XIX<sup>ème</sup> siècle, la déontologie encore informelle chante à tous vents « l'apostolat médical » et le devoir moral envers les déshérités. Cette période va prendre fin avec les premières tentatives de législation sociale, face auxquelles la profession dressera un « front du refus ». Le darwinisme, nous l'avons vu, imprègne l'esprit de ceux qui argumentent le futur rôle de la médecine dans la société. (Voir Pratiques numéros 14-15).

Nous allons envisager la suite de cette approche historique qui nous amènera jusqu'à l'époque contemporaine, puis nous apprécierons l'usage fait de la déontologie médicale ainsi élaborée.

# Déontologie et citoyenneté

## 2ème partie



### 1- LES ORIGINES ET LA NATURE DU CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE (SUITE).

A la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, on ne parle pas encore de déontologie, mais de « code de confraternité », développé dans des syndicats hostiles aux lois sociales.

Le premier congrès de déontologie médicale organisé à Paris en 1900 ne crée aucun code, mais organise la résistance aux lois sociales.

Les médecins voient dans ces lois le spectre d'une « assistance sociale » qui ferait fondre la clientèle payante. Dès lors sont posés des principes protecteurs fondés sur la défense : du libre choix, du paiement à l'acte et de la liberté de prescription.

Face aux lois de 1924, la corporation dressera un front du refus en face du modèle bismarkien que l'on tente d'importer de l'Allemagne vaincue ! Ce front scandalisera l'opinion et les politiques. Le docteur Grinda, député et rapporteur de la loi résumera son indignation : « L'intérêt général doit primer

l'intérêt corporatif et le corps médical ne peut s'opposer au principe même des assurances sociales ! » De telles législations existaient déjà, après l'Allemagne, en Angleterre et en Italie où Mussolini vient de les instaurer par simple décret.

C'est à cette époque que Jules Romains (en 1923) fait un succès immense avec son « Dr Knock ou le triomphe de la médecine », satire sévère du comportement vénal des médecins.

Pour les médecins, il n'est pas question de céder : Tout tarif « forfaitaire » est jugé « immoral » et prélude à un « fonctionnarisme médical » (1922). Le « front uni » écrit à la chambre des députés : « Monsieur le Président, au nom de la totalité du corps médical organisé... une résolution prise en commun le 13 mars 1927... refuse de collaborer aux assurances sociales... »

Le 30 novembre 1927, le Congrès des Syndicats Médicaux Français rédige un texte qui deviendra très important et dont nous reparlerons : « La charte médicale ». Quatre principes sont dégagés dans cette charte : libre accès du médecin pour le malade ; liberté de prescription pour le médecin ; entente directe avec le malade sur les honoraires ; paiement à l'acte direct des honoraires par le malade au médecin.

L'objectif de cette charte est clairement de garder le contrôle de la clientèle, éviter le tiers-payant, garantir la liberté et le niveau des honoraires. De façon annexe sont condamnés les actes gratuits (jusqu'alors très répandus, à l'époque de « l'apostolat médical ») ainsi que les « tarifs au rabais » jugés « immoraux ». Le secret médical, déjà inscrit dans le code napoléonien, est réaffirmé.

Le gouvernement cèdera et la loi adoptée un an plus tard en 1928, révisée en 1930, concède aux médecins le paiement à l'acte ; elle concède aussi que le tiers payant éventuel sera conditionné à l'accord préalable du médecin.

Sur cette victoire syndicale le docteur Cibrie, un des concepteurs de la charte, est élu triomphalement le 6 décembre 1928 président de la nouvelle Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) qui existe toujours. Il faut dire que cette pression syndicale convergeait alors avec une idéologie dominante dans toute la profession : le

doyen Weiss de Strasbourg le 3 décembre 1929 devant l'Académie de Médecine affirmera lors d'une conférence sur Les dangers des Assurances Sociales : « Qu'il ne connaissait pas de facteur de déprivation du corps médical plus puissant que l'assurance contre la maladie... ». En 1935 le professeur Alexis Carrel déplorera « L'effort naïf fait par des nations civilisées pour la conservation d'êtres inutiles et nuisibles... »

L'étape suivante consistera à obtenir que cette charte, « toute syndicale », serve de fondement à une déontologie dont il conviendra d'asseoir l'autorité. Pour Guy Caro (La médecine en question – 1969) il apparaît clairement que : « La charte médicale, qui sera ultérieurement présentée comme un texte inspiré par des préoccupations morales et dans l'intérêt des malades... a été rédigée... et imposée... par une assemblée syndicale... pour la seule défense de ses intérêts qu'elle estimait menacés par une loi destinée à réaliser un certain progrès social. » Dès lors, la majorité du courant syndical (qui y était précédemment hostile) se convertit à l'idée de la création d'un « Ordre des médecins » que le docteur Cibrie approuve dans le seul but de conforter et protéger les acquis corporatistes : « Ne sent-on pas (dit-il) avec le développement des lois sociales, émiettant tous les jours davantage les coutumes anciennes de la médecine, qu'il est temps de donner à ces règles déontologiques, étudiées et promulguées par vos syndicats, plus qu'une sanction morale ?... L'Ordre sera pour le médecin une sauvegarde et un appui... L'Ordre doit être l'émanation de la profession et pas autre chose... » Devant l'Académie de Médecine, le professeur Balthazard approuve : « L'Ordre des médecins, sera du point de vue moral, l'amplification du syndicat médical... Il doit pouvoir imposer les règles déontologiques... Le code doit préciser les devoirs généraux des médecins, interdire l'aliénation de son indépendance, codifier la dichotomie... »

Entre 1928 et 1940 se construit le dogme selon lequel il y aurait, à travers les principes de la charte médicale, confusion entre l'intérêt présumé des patients et l'intérêt privé des médecins. L'esprit du public a été abusé ; mais aussi celui du législateur amené à inscrire dans la loi des concepts purement corporatistes. Le docteur Cibrie restera président de la puissante CSMF

pendant 28 ans et écrira : « L'établissement de la loi de 1930... représente une incontestable victoire du syndicalisme médical » (Le médecin de France, revue de la CSMF, décembre 1948). A sa disparition en 1965, la CSMF lui sera reconnaissante sans pudeur « d'avoir œuvré toute sa vie au profit du corps médical... qui lui doit d'avoir su renverser le régime du tiers payant instauré en 1928 » (le *Concours médical*, nécrologie 1965).

La vraie naissance de l'actuelle déontologie, nous allons le voir, hérite de ce processus. Certes les syndicats médicaux, comme tous les syndicats de France, ont été dissous et spoliés de l'ensemble de leurs biens par la révolution nationale du Maréchal Pétain. Mais l'Ordre des médecins est aussitôt créé, le 7 octobre 1940, désigné par le seul exécutif. Cet Ordre, corporatiste par essence, ne remet pas en cause les principes de la charte médicale. Le premier règlement intérieur de l'Ordre en 1941 s'inspire du projet de « règlement de déontologie médicale » proposé en 1936 par la CSMF ; le même texte inspirera le premier code de 1947. D'autres tâches sont confiées à l'Ordre et en tout premier l'aryanisation de la profession et le renforcement de la race. Les médecins sont appelés à « Contribuer à la grandeur du pays » en « Appliquant la devise du chef de l'État, travail, famille, patrie » (Conseil supérieur de l'Ordre, Bulletin N° 1, 1941). Dans le même bulletin : « Tout doit être organisé avec l'Ordre... Les contrôles porteront sur 30 à 35 millions d'hommes et le corps médical tout entier devra y participer... Il vous appartient de participer à la vigueur de la race. Toute carence à cette mission favoriserait la débilité et vous savez ... ce que la débilité d'un peuple peut causer de désastre. » (Dr S. Huard).

Certains syndicalistes d'avant la guerre nous rappelle Halioua s'étaient d'abord retrouvés dans le « Groupement corporatif français » du Maréchal Pétain (Tournay, Balthazard, Lafay). Dès 1942, certains d'entre eux comme le rapporte Aron seront intégrés au Conseil national de l'Ordre (Balthazard, Lafaye, Foyer). Lorsqu'en 1945 les syndicats sont reconstitués, leurs membres comprennent vite le parti qu'ils peuvent tirer du contrôle de l'institution ordinaire dissoute, puis reconstituée, face au gouvernement du Général

de Gaulle, peu favorable à l'institution, mais qui se méfie plus encore des syndicats.

**Le premier code de déontologie** (J.O. du 28 juin 1947) est préfacé par le professeur Portes, président de l'Ordre sous Vichy depuis 1942 et qui restera à la tête de cette institution jusqu'aux années cinquante : « Il est des traditions (écrit-il)... qui sont l'expression de vérités essentielles... Les mépriser revient à pêcher contre l'esprit... Je pense pour ma part que les principes exprimés entre autres par la charte médicale sont de cet ordre... » En 1954, il confirmera dans « A la recherche d'une éthique médicale » que « Le respect des principes de la charte médicale est apparu... comme la condition nécessaire pour que la profession soit et reste véritablement libérale ».

Ultérieurement, le code de déontologie, comprenant bien sûr des dispositions relatives à la confraternité, les plus nombreuses, ou à la bienveillance envers les malades, sera révisé à plusieurs époques. Des révisions interviendront en 1955, 1979 et plus récemment en 1995. Cette dernière version, pour se conformer à l'évolution des textes législatifs élaborés par l'Assemblée nationale, s'enrichit de références à la santé publique, à l'obligation d'informer les patients et recueillir leur consentement ; mais les principes de la charte y restent inscrits en toile de fond des articles régulant l'exercice de la profession.

Il faut surtout observer que ces révisions successives se feront sans que jamais ni les usagers, ni les pouvoirs publics ne soient associés à leur rédaction, confiée à la profession elle-même. Il s'agit d'un « règlement » qui, à ce titre, doit respecter les principes juridiques supérieurs, issus de la loi ou des principes généraux du droit.

En l'état actuel, en effet, la rédaction comme le contrôle de la déontologie médicale sont délégués à un « organisme privé » mais « chargé de prérogatives publiques », l'Ordre des médecins. Une étape essentielle a été franchie lors de la loi du 3 juillet 1971. Sous la présidence Pompidou, en contrepartie d'un système conventionnel qu'elle pensait contraire à ses intérêts, la profession obtient l'inscription de « principes déontologiques fondamentaux » figurant désormais dans le Code de la Sécurité Sociale (L 162-2 ex L 257). Ces principes englobent : « Le respect de

la liberté d'exercice, de l'indépendance professionnelle et morale, le libre choix, la liberté de prescription, la liberté d'installation, le paiement direct des honoraires, le secret professionnel... »

La question de la valeur juridique de ces principes « déclarés fondamentaux », comme d'autres principes de la constitution applicables à tous les citoyens, s'est posée ; mais le Conseil Constitutionnel n'a pas été amené à se prononcer.

## 2 / L'USAGE FAIT DE CE CODE.

Il n'est guère étonnant que le « comportement citoyen » de la profession tout entière soit influencé par un moule idéologique aussi structuré et orienté, mais dont l'origine réelle reste ignorée du plus grand nombre.

Il suffit pourtant d'observer, en soixante ans d'histoire, l'usage fait de la déontologie, pour retrouver trace de cette influence de source pour une part hippocratique, mais plus encore d'origine syndicale et corporatiste.

Comme l'explique Monique Canto-Sperber : « Par un usage quasi conjuratoire de la déontologie et de l'éthique... on parvient à se dispenser de s'engager davantage dans la réflexion mora-

le » (les ambivalences de la réflexion éthique). Pour Moret-Bailly : « La référence à la conscience est socialement valorisante en ce qu'elle renvoie, comme l'ensemble des productions déontologiques, à une dimension morale de l'exercice professionnel... (mais) cette référence exclut d'emblée tout contrôle, puisque le for intérieur est un espace de liberté qui porte en elle le germe de l'arbitraire ou de l'absence de règle ».

En effet, lorsque les pouvoirs publics voudront réguler l'exercice des professions de santé, à toute époque, la déontologie est brandie comme la première protection de la corporation, de ses libertés, de ses privilèges ; toujours bien sûr au nom de l'intérêt des malades, ralliés malgré eux à des causes parfois étrangères à leurs intérêts.

Rappelons seulement quelles furent les positions prises au nom de la déontologie, dans les débats de société ou ceux touchant à la protection sociale. Quelle réponse au nom de la déontologie firent les « médecins-citoyens » interrogés sur la conception de leurs devoirs et de leur place dans le contrat social ?

On y trouve deux modes de dérives ou de détournement : l'un est d'ordre philosophique,



fondé sur un certain « ordre moral » et un paternalisme non écrit, mais omniprésent. L'autre est d'ordre syndical et politique, dans la tradition de la pensée qui a inspiré la charte libérale.

Chaque décennie a connu ses grands dérapages par lesquels la dimension citoyenne de l'exercice de la médecine a pu paraître étouffée ou dévoyée par les prises de position des « défenseurs de la déontologie ».

Que ces derniers n'aient pas représenté la totalité du corps médical est une évidence, certains médecins ont payé très cher leurs engagements « non déontologiquement corrects » à certaines époques.

Que les pouvoirs publics aient pu dans la majorité des cas imposer finalement les dispositions qui leur

paraissaient conformes à l'intérêt général est une autre évidence, signifiant le caractère au fond assez dérisoire de certaines résistances corporatives.

En 1945-46 les défenseurs de la « nouvelle déontologie » se prononcent, comme avant la guerre, contre la sécurité sociale : « bolchévisation de la médecine » opposera-t-on au projet du Général de Gaulle encore entouré de ministres communistes... ; contre le tiers-payant, pour les honoraires libres et pour le seul paiement à l'acte.

Dans les années cinquante, au nom de la déontologie sont condamnées : la médecine de groupe ; la réforme hospitalière et son « fonctionnariat de la médecine » ; la convention médicale. Cette dernière ayant été en définitive imposée, la déontologie prend la défense des honoraires libres.



Dans les années soixante, au nom de la déontologie est dénoncée l'organisation de la médecine scolaire et de prévention « concurrence déloyale par des médecins fonctionnaires » ; combattu le planning familial et ceux qui luttent pour promouvoir la contraception et la liberté d'avortement : « Le planning nous est venu d'Amérique comme le racketting et le kidnapping... » (Bulletin du Conseil de l'Ordre de la Seine, 1966). Est également contestée la suppression évoquée du secteur privé à l'hôpital ; combattue enfin féroce-ment la convention médicale proposée aux médecins libéraux. Mais le décret du 12 mai 1960 rendra possible le conventionnement « individuel » des médecins : il en résultera qu'en moins de cinq ans, 80 % des médecins libéraux seront conventionnés, renonçant par-là même à l'entente directe sur les honoraires et acceptant le tiers payant.

Dans les années soixante et dix, au nom de la déontologie, le Pr. Lortat Jacob qui restera onze ans président de l'Ordre national des médecins adresse une lettre à l'ensemble des médecins de France leur demandant de se déconventionner (2 décembre 1970). Les syndicats médicaux protestent pour la première fois de façon virulente « contre un Ordre qui outre-passe sa mission » (assemblée générale de la CSMF du 13 décembre 1970). Toujours au nom de la déontologie sont condamnés le remboursement de la contraception et de l'avortement qui ont été légalisés malgré l'avis de l'instance ordinaire. En 1971, le Pr. Lortat Jacob répond au manifeste des femmes déclarant avoir choisi de faire interrompre une de leurs grossesses : « En observant la qualité nominale des 343 délinquantes, l'orthographe et la résonance de leurs noms patronymiques, je me suis rendu compte à l'évidence qu'elles n'apparaissent pas très catholiques ! »... « En cas de libéralisation de l'avortement, le législateur devrait prévoir des lieux spécialement affectés à cette besogne (avortoirs) et un personnel d'exécution particulier » (Déclaration de l'Ordre des médecins, 6 mars 1973). Le Pr. Paul Milliez sera blâmé par l'Ordre national pour avoir témoigné en faveur de l'accusée, mineure de seize ans, au procès de Bobigny qui innocentera ce cas d'avortement. Est condamnée aussi la prise en charge des toxicomanes.

Dans les années quatre-vingts, au nom de la déontologie sont dénoncés les premiers contrats liant des médecins avec des mutuelles, des dispensaires ou des réseaux de soins ; condamnés aussi les premiers réseaux SOS-Médecins. Mais pourtant, la déontologie accepte la médecine de contrôle patronal, négociée directement entre l'Ordre et l'union des industries métallurgiques et minières (UIMM) en dehors de toute représentation syndicale. La déontologie se tait sur les grands conflits touchant à la médecine du travail (amiante, EDF, nucléaire...). La déontologie reste aussi muette sur les grands scandales de santé publique (sang, transplantation, hormone de croissance, délits financiers...). Lorsque les juridictions ordinaires seront pourtant saisies, elles s'avéreront toujours plus clémentes que les juridictions civiles, allant même jusqu'à l'absence de sanction pour des fautes lourdement condamnées au pénal... Dans cette « décennie noire », la défaillance de la déontologie et de son contrôle contribue largement au discrédit de la profession tout entière. Le Pr. Raymond Villey, nouveau président de l'Ordre national, approuve aussi, au nom de la déontologie, le plan Chalandon de répression sévère des toxicomanes (16 décembre 1986) et continue les poursuites envers des médecins engagés dans leur prise en charge. Les tentatives de réforme de l'Ordre sont rejetées par l'institution elle-même.

Dans les années quatre-vingt-dix, au nom de la déontologie, il est toléré que des médecins organisent des commandos anti-IVG et que d'autres créent un syndicat Force Nationale Santé promouvant les thèses discriminatoires du FN, alors même qu'un syndicat de même allégeance a été interdit dans la police et diverses autres institutions. Au nom de la déontologie, le 28 avril 1993, la radiation à vie du Dr Garetta (prononcée par le Conseil Régional de l'Ordre d'Ile de France en octobre 92) est ramenée après une séance à huis-clos en appel à une interdiction de deux ans d'exercice ; les poursuites sont même abandonnées contre ses autres collaborateurs inculpés. A propos de l'affaire du sang contaminé, certains éditorialistes parleront du « degré zéro de la déontologie ». Mais au nom de la déontologie, sont entamées dans plusieurs départements des poursuites envers les médecins signataires de la

nouvelle convention du « médecin référent » ; l'émoi suscité est tel qu'il oblige l'Ordre national dans un conseil exceptionnel du 7 mai 1997 à désavouer, mais sans les sanctionner, certains ordres départementaux ou les luttes syndicales avaient pris le pas sur la présumée neutralité nécessaire. A cette occasion, le Président de l'Ordre national, le Pr. Glorion, soulignera bien involontairement toutes les ambiguïtés de la déontologie : « Il importe, déclare-t-il, à chaque médecin de déterminer son choix en fonction de critères déontologiques, mais aussi dans l'intérêt des patients »... On ne saurait mieux dire que la déontologie mise en avant par les adversaires de la convention n'était pas nécessairement conforme à l'intérêt des patients !

### CONCLUSION :

Ainsi, dans tous ses combats d'hier comme d'aujourd'hui, c'est dans son code de déontologie qu'une partie du corps médical a puisé les renforts idéologiques qu'il y avait lui-même inscrits.

L'usage parfois douteux du code n'est plus à démontrer, il a parfois été utilisé au mépris de l'intérêt des usagers mystifiés par une déontologie dont ils ignorent les véritables racines.

La morale personnelle des médecins a bien souvent représenté pour les citoyens un meilleur rempart qu'une déontologie incarnée par une institution largement discréditée par ses pratiques ou ses silences.

Ce rappel historique serait vain s'il n'était poursuivi par une analyse plus approfondie du rapport entre la déontologie et le droit et s'il n'était l'occasion d'une réflexion devant ouvrir des perspectives nouvelles.

Il est en effet pertinent d'analyser la place singulière de la déontologie dans le droit français, face à la loi commune et à une abondante réglementation. De cette analyse résultera un questionnement sur la légitimité de ce code dans les conditions actuelles de sa rédaction et de son contrôle.

Ces réflexions peuvent déboucher sur des perspectives nouvelles pour l'ensemble des citoyens concernés. L'objectif principal de ces réflexions

reste de participer à l'assainissement des relations entre usagers, professionnels de santé et pouvoirs publics.

Ces aspects feront l'objet de la troisième et quatrième partie de cet exposé.

### BIBLIOGRAPHIE :

AIACH Pierre – « La médicalisation », in *Parcours*, cahiers du GREP Midi Pyrénées n° 13-14 1996

AIACH Pierre - FASSIN Didier – in *Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Anthropos 1994

ANDRE Jean Marie – *La résistance à l'évaluation des pratiques médicales en France*, in *Hérodote* n° 92 1999

ARON Robert – *Histoire de l'épuration*, volume 2, 1944-1953, Ed Fayard

BARIETY et COURY- *Histoire de la médecine*, Fayard 1963

BARTH Caroline, VARGAS Richard – *Quand l'Ordre règne, L'Ordre des médecins en question*, Mangot document 2001

BILLAUD Alain (voir Ortiz) *Parcours* 1999

CANTO-SPERBER Monique - *Les ambitions de la réflexion éthique*, in *Esprit*, mai 2000

CARNET MEDICAL FRANÇAIS – Répertoire mensuel de pratique médicale. A Poinat Ed. (Collection 1920/1930)

CARO Guy - *La médecine en question*, Cahiers libres 156-157 Maspero 1969

CIBRIE Paul - *L'Ordre des médecins*, Coll. Laboratoires Midy 1935

CLAIR André - *Ethique : Les ambiguïtés d'un concept*, in *Ethique – La vie en question – La tentation bureaucratique*, n° 1 Ed. Universitaires Paris 1991

CLAVREUL Jean – *L'Ordre Médical*, Seuil - Le champ Freudien 1978

CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE - Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995

DECHAMP-LEROUX Catherine « Vocation médicale et choix professionnel », in *Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Anthropos 1994

DICTIONNAIRE PERMANENT BIOETHIQUE ET BIOTECHNOLOGIQUE – *Déontologie médicale – Les expressions de la Déontologie – L'autorité de la Déontologie*, p 744-758

DOUCHEZ Marie-Hélène « La déontologie médicale », in *Déontologie et droit*, presse de l'institut d'études politiques de Toulouse 1994

GUIDE PRATIQUE D'EXERCICE PROFESSIONNEL A L'USAGE DES MEDECINS, Conseil National de l'Ordre, Masson 1948

- HALIOUA Bruno – *Blouses blanches, étoiles jaunes*, Ed. Liana-Levi 2000
- HATZFELD H – *Le grand tournant de la médecine libérale*, Ed. Ouvrières 1963
- HOERNI Bernard – In « En Principes » -Infiniment Médecins-Les généralistes entre la science et l'humain - Revue *Autrement* (Collection Mutations, n° 161, février 1996)
- HUDERMAN-SIMON Calixte – *La conquête de la santé en Europe*, Europe Histoire – Belin de Boeck 2000
- MARTIN Etienne - *Précis de déontologie et de médecine professionnelle*, Masson 1923
- MICHELIN MM, industriels - Clermont-Ferrand « Une dépense qui paie : Un service médical », in *Prosperité*, revue trimestrielle d'organisation scientifique et d'études économiques, n° 3 1928
- MILLIEZ Paul – *Ce que je crois*, Grasset 1986
- MINKOWSKI Alexandre – *Ce que je crois*, Grasset 1997
- MORET-BAILLY Joël – *Les déontologies*, Presses Universitaires d'Aix-Marseille 2001
- MULLER Patrice « La profession médicale au tournant », in *Esprit* février 1997
- NICOLLE Charles « L'expérimentation en médecine » Le cours du collège de France (collaboration de René Leriche, Robert Debré, Pasteur Vallery Radot), Félix Alcan lib. 1934
- OPPENHEIM-GLUCKMAN Hélène – GARAPON Antoine « L'éthique médicale au quotidien », in *Esprit* novembre 1992
- ORDRE DES MEDECINS – 3ème Congrès International d'Ethique Médicale, Paris 9-10 mars 1991, Les Actes
- PATIN Marc « Le maintien de l'ordre », in *Autrement* - n° 68, Mars 1985
- PELEGE Patrick « Réflexions sur Ethique et Déontologie », in *Empan* - Questions d'Ethiques n° 36 décembre 1999
- PICHERAL Henri – *Risques et inégalités de santé : De la salubrité à l'égalité*, in *Hérodote* n° 92 1999
- PORTES Louis – *A la recherche d'une éthique médicale*, Massin PUF 1964
- RICHAUD Jacques – « Déontologie médicale et citoyenneté », in *Parcours cahiers du GREP* n° 23-24, 2001. Ed Grep Midi-Pyrénées, le comptoir du livre Toulouse
- RICHAUD Jacques « Déontologie médicale et citoyenneté, du mythe à l'histoire sociale », in *Pratiques* n° 14-15
- SALIBA Jacques « Les paradigmes des professionnels de santé », in *Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Anthropos 1994
- SANCHEZ Serge – *La médecine en flagrant délit – Le malade oublié*, Ed du Félin 1996
- VERGEZ Bénédicte – *Le monde des médecins au XXème siècle*, Ed Complexe 1996
- VILLEY Raymond – *Déontologie médicale*, Masson 1982
- VILLEY Raymond – *Réflexions sur la médecine d'hier et de demain*, Plon 1996

# Nous avons lu pour vous

Martin Winckler, *Conceptions, mode d'emploi*, ed. Au Diable Vauvert, septembre 2001, 14,49 €

Ecrit dans une langue accessible à tous, c'est un outil précieux aussi bien pour le grand public que pour les professionnels amenés à aider les femmes et les couples à faire un choix de contraception.

Il tord le cou à un certain nombre d'idées reçues et de préjugés véhiculés par les médecins et les médias et qui sont de ce fait souvent profondément ancrés dans l'esprit de nos concitoyens. Par exemple : « tabac ou pilule il faut choisir ! », « le stérilet donne des infections », « le stérilet est réservé aux femmes qui ont déjà des enfants », « les rapports sexuels pendant les règles sont sans risques », « la pratique du retrait est efficace si l'homme se contrôle bien »....

Il souligne avec conviction que c'est à la femme ou au couple de décider en fonction de paramètres qui peuvent aussi changer avec le temps et qui leur sont propres (craintes, croyances, sexualité, risques qu'ils sont ou ne sont pas prêts à assumer) et non pas au médecin en fonction de ce qu'il croit être bon pour eux.

Il traite de façon exhaustive les différentes méthodes proposées actuellement en expliquant leurs avantages et leurs inconvénients, ainsi que celles du futur mais d'un ton un peu péremptoire et avec un certain parti-pris ce qui a hérissé le poil d'un bon nombre de confrères.

On peut également regretter l'absence de références bibliographiques pour étayer ses dires et l'acharnement peut-être un peu excessif contre Diane 35 qui a certes le double inconvénient de n'être pas remboursée et fort peu efficace contre l'acné, ce qui suffit déjà en soit pour ne pas la prescrire, mais elle a tout de même un effet anti gonadotrope et le vent de panique occasionné n'était sans doute pas indispensable... Cette polémique permet cependant de mettre en exergue l'emprise de l'industrie pharmaceutique sur nos prescriptions, beaucoup de médecins ayant découvert à cette occasion que Diane n'avait pas l'indication de contraception. De même la campagne médiatique scandaleuse autour d'Implanon a déclenché une avalanche de demande des patientes le plus souvent inadaptées.

Un livre à lire car il a le mérite d'interpeler les prescripteurs et les patientes !

Sophie Eyraud

**Miguel Benasayag, *Parcours, engagement et résistance, une vie*, ed. Calmann-Lévy, mars 2001, 14,50 €**

Ce livre est une réflexion et une interrogation sur la vie, sur l'engagement.

Miguel Benasayag revient sur la sienne : militant guévariste en Argentine dans les années 60, il a vécu la « tempête libertaire », l'élaboration collective d'un mode de vie différent, puis la résistance armée à la dictature des colonels, l'emprisonnement et la torture avant d'être exilé en France. Il est actuellement psychanalyste et philosophe et continue sa vie militante dans la pratique quotidienne.

Son parcours est différent du nôtre, mais il réfute son caractère exceptionnel : au « mythe du choix et de la décision héroïque », il oppose un « idéal de construction quotidienne du travail et de fidélité qui nous conduit à des choix, des paris douloureux et incertains ».

Il interroge la notion de liberté qui n'a « pas à voir avec le fait d'être dedans ou dehors » : « J'ai appris en prison qu'on était libre dans la mesure où on assumait certaines choses inhérentes à une situation donnée ».

Sa philosophie est une philosophie de la liberté et de la situation qui part de l'hypothèse qu'il n'y a de l'universel qu'en situation, en acte. Elle s'oppose à toute pratique totalitaire dans laquelle au nom de la fin on justifie les moyens : pour lui l'échec de la révolution en Amérique latine a commencé avant la répression des colonels quand le mouvement révolutionnaire est passé à une logique où la prise de pouvoir est devenue l'objectif central en laissant de côté les contre-pouvoirs.

Sa philosophie est celle d'un engagement présent vivant et joyeux : « Le communisme n'est pas autre chose que les pas vers le communisme. Ce n'est pas un état final mais l'exigence communiste dans chaque situation ». « Ce n'est pas parce que nous haïssons le monde que nous voulons le changer mais au contraire parce que nous éprouvons des expériences profondes de joie, d'amour, de vie partagée.... »

Ce livre donne envie de vivre.

**Marie Kayser**

Anne Perrault Soliveres, *Infirmières, le savoir de la nuit*, Collection Partage du savoir, P.U.F., novembre 2001, 19,50 €

Sensation rare à la lecture de ce livre. J'ai eu l'impression que j'aurais pu – si j'en avais eu la capacité – l'écrire pour ce qui est de la dimension professionnelle, de ma propre main. Certes, je suis dans un certain décalage par rapport à l'auteure – elle l'infirmière, moi le médecin généraliste – mais sur le fond, je ressens à la lecture beaucoup des émotions et interrogations à l'origine de sa thèse. J'ai connu Anne Perrault Soliveres en 1998, lorsqu'elle fit son apparition dans la pénombre (déjà un signe prémonitoire) du sous-sol sans fenêtre du comité de rédaction de notre revue. Et cette infirmière, au sein de notre petit groupe de travail, eut le culot de se sentir et de nous mettre à l'aise immédiatement. Cette affinité immédiate sur le fond et la forme de nos idées échangées, qui n'allait pas de soi de prime abord (nous les médecins, elle l'infirmière : un monde très hiérarchisé nous sépare dans le soin...) trouve sa pleine explication dans ce livre. J'y ai retrouvé le refus et la révolte de quelqu'un qui lutte à la fois contre le chemin préformaté de sa propre destinée sociale et individuelle et contre cet ordre soignant établi qui, à coups de technicisation, accréditation et autres normes ISO, fait les ravages que l'on sait dans nos énergies et enthousiasmes professionnels. Cette lutte passe par le paradoxe apparent d'une apologie du travail de nuit des infirmières. L'auteure, bonne connaissance de la nuit, puisqu'elle y a fait toute sa carrière, ne mésestime nullement les grandes difficultés physiques et sociales liées au travail de nuit. Cependant la nuit, à la faveur de la baisse de l'encadrement technico-médico-administratif, s'ouvrent des espaces de liberté et de création pour les soignants même s'ils sont à la peine physiquement. Sur fond d'angoisses, de souffrances, mais aussi d'écoutes d'une qualité émotionnelle inimaginable le jour, durant la nuit, le vrai peut circuler entre soignés et soignants, débarrassé de toutes les scories de l'institution.

Par ailleurs Anne Perrault Soliveres défend - avec succès, puisque son livre a été primé - dans le monde universitaire, sa posture de praticien-chercheur, la main dans le cambouis de sa recherche, et qui revendique la bannière du « Je subjectif » celui dont ne se dépare jamais un soignant « qui soigne ».

Ce livre-thèse devrait être au programme de toutes les écoles et facultés formatrices des soignants. Un vœu pieux très probablement, car le contenu de ce livre est trop déstabilisant pour ces structures en place. Mais ce livre sans dogmatisme sera un outil précieux nourri de liberté créatrice pour tous ceux et celles qui s'interrogent sur le métier de soignant.

Patrice Muller

**A** l'heure où un grand nombre de mes contemporains obtiennent des réparations pour les petits et grands bobos dont ils sont affublés, je ne vois pas pourquoi je ne chercherais pas à faire fortune.

Olivier Boitard

Psychiatre

N'étant pas un adepte régulier de l'herbe à Nicot, je n'ai rien à espérer des sieurs Philip Morris et consorts. Impossible de me retourner vers les alcooliers car ma consommation d'éthanol – dont je ne jurerais pas qu'elle a lieu toujours avec modération – n'a pas encore provoqué de lésions patentes. Le Staltor, dernier rejeton vivement renié des laboratoires Bayer et pactole des malades nouveaux riches ? Mon médecin généraliste a le culot de se vanter devant moi de ne l'avoir jamais prescrit !

Si l'on m'a découvert une « tare » (au sens enseigné à la faculté), cette anomalie en partie génétique n'a été retrouvée chez aucun de mes ancêtres ou collatéraux et semble plutôt liée à quelques décennies de mauvaise hygiène alimentaire.

J'ai en revanche la chance de voir mes deux auriculaires suivre une voie parallèle – pour tout dire tordue – à ceux de ma mère. Cette déformation arthrosique relevant à l'évidence de l'hérédité, je m'apprête à demander de forts dommages et intérêts à cette génitrice imprudente. Un calcul simple devrait permettre de la laisser survivre car il serait idiot que l'obligation alimentaire grignote inexorablement le capital obtenu...

# Procès à ma mère

Mon frère ne risquerait-il pas de réclamer sa part lui dont les hanches se sont usées au nom de la même maladie ? On trouvera bien une ribambelle d'experts pour démontrer que l'arthrose des hanches et celle des doigts n'ont aucune parenté génétique et il aura meilleur intérêt à poursuivre en justice les organisateurs de cours de ski de fond (sa passion) – responsables donc coupables de l'usure de ses cartilages hanchus.

Que ceux qui m'accusent de ne pas avoir le sens de la famille sachent tout de même que dans ce procès à ma mère, je prendrai ma sœur comme avocate...

**Nous tenons à remercier ici les principales librairies qui, en France, mais aussi en Belgique et en Suisse francophone, soutiennent, en le diffusant, *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*. La revue est**

#### À PARIS

- FNAC FORUM, 1 rue Pierre Lescot, 75001
- COMPAGNIE CLUNY-SORBONNE, 58 rue des Écoles, 75005
- L'HARMATTAN, 16 rue des Écoles, 75005
- L'ARBRE À LETTRES, 2 rue Édouard Quenu, 75005
- L'ARBRE À LETTRES, 14, Rue Boulard, 75014
- LA BOUCHERIE, 76 rue Monge, 75005
- THIERRY GARNIER, 41 rue de Vaugirard, 75006
- FNAC MONTPARNASSE, 136 rue de Rennes, 75006
- LIBRAIRIE LIBRALIRE, 116 rue Saint-Maur, 75011
- LA BRÈCHE PARIS, 27 rue Taine, 75012
- LA CEDILLE PARIS, 33 rue des Volontaires, 75015
- LE DIVAN, 203 rue de la Convention, 75015
- AUX AMATEURS DE LIVRES, 62 avenue de Suffren, 75015
- FNAC ÉTOILE II, 13-17 rue Bayen, 75017
- L'ATELIER 1, 2bis rue du Jourdain, 75020

#### EN RÉGION PARISIENNE

- ENVIE DE LIRE, 16 rue Gabriel Péri, 94200 Ivry-sur-Seine
- GIBERT JOSEPH, Parc des Anoues, rue Berthie Albrecht, 94784 Vitry-sur-Seine
- PRÉAMBULE, 22 rue Jean Jaurès, 93200 Saint-Denis
- LE VERGER DES MUSES, Centre commercial « Art de vivre », 91100 Corbeil Essonnes
- LE ROI LIRE, 4 rue Florian, 92330 Sceaux
- AU GRILLON, 69 rue Maurice Thorez, 92000 Nanterre
- MILLEPAGES, 133 rue de Fontenay, 93300 Vincennes
- LIBRAIRIE CHRONIQUES, 8 rue Guichard, 94230 Cachan
- LIBRAIRIE MONACO, 74 avenue du Général de Gaulle, 94160 Saint-Mandé
- LE BRUIT DES MOTS, 11, place du marché, 77100, Meaux

#### EN PROVINCE NORD

- FNAC, 20 rue Saint-Nicolas, 59041 Lille
- LIBRAIRIE MARTELLE, 3 rue des Vergeaux, 80005 Amiens
- LES LISIÈRES, 33 Grand Place, 59100 Roubaix
- LE FURET DU NORD, B.P. 359, 59463 Lomme

- LIBRAIRIE PRIVAT BRUNET, 21 rue Gambetta, 62000 Arras

#### EST

- LIBRAIRIE KLÉBER, 1 rue des Francs-Bourgeois, 67000 Strasbourg
- FNAC, La Maison Rouge, 22-24 Place Kléber, 67000 Strasbourg
- LIBRAIRIE DES FACULTÉS, 12 rue de Rome, 67000 Strasbourg
- LIBRAIRIE BROGLIE, 23 place Broglie, 67000 Strasbourg
- AGENCE DE LA PRESSE/HALL DU LIVRE, 38, Rue Saint-Dizier, 54001 Nancy
- LA PROCURE LE VENT, 30 rue Gambetta, 54000, Nancy
- FNAC, Espace Drouet d'Erlon, 51722 Reims
- LIBRAIRIE GUERLIN-MARTIN, 70 et 82 place Drouet d'Erlon, 51058 Reims
- LA PROCURE LARGERON, 13 rue Carnot, 51074 Reims
- ALSATIA FORUM MONTBÉLIARD, Centre commercial des Alliés, 25200 Montbéliard
- MAJUSCULE CAMPONOVO, 50 grande rue, 25013 Besançon

#### NORD-OUEST

- FNAC RENNES, Centre Colombia, 35000 Rennes
- FORUM DU LIVRE, 5 quai Lamartine, 35000 Rennes
- LES NOURRITURES TERRESTRES, 19 rue Hoche, 35000 Rennes
- FNAC NANTES, Centre Commercial Bourse, place du Commerce, 35000 Nantes
- VENT D'OUEST, 5 place Bon Pasteur, 44000 Nantes
- SAS LIBRAIRIE DIALOGUES, Forum Roull, 29200 Brest
- LA NUIT BLEU MARINE, 32 place des otages, 29600 Morlaix
- MAJUSCULE GAUTHIER, 34 Grande rue, 61000 Alençon
- AU BROUILLON DE CULTURE, 29 rue Saint-Sauveur, 14000 Caen

**diffusée, en principe, dans toutes les librairies. Si vous ne la trouvez pas, néanmoins, chez votre libraire habituel, n'hésitez pas à la commander (auprès de nous).**

#### CENTRE

- FNAC, Centre Le Mail, 5 rue de la République, 10000, Troyes
- LA BOITE À LIVRES, 19 rue Nationale, 37000 Tours
- LES TEMPS MODERNES, 50 rue de Recouvrance, 45000, Orléans
- LIBRAIRIE CONTACT, 3 rue Lenepveu, 49100, Angers
- LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ, 17 rue de la Liberté, 21000 Dijon
- ANECDOTES LIBRAIRIE DU CONSULAT, 19 rue du Consulat, 87000 Limoges
- LES VOLCANS d'Auvergne, 80 bd. François Mitterrand, 63008, Clermont-Ferrand

#### RHÔNE-ALPES

- LIBRAIRIE FLAMMARION BELLECOUR, 74 route de la gare, 69630 Chaponost
- FNAC PRESQU'ÎLE, 85 rue de la République, 69002 Lyon
- LA GRYFFE, 5 rue Sébastien Gryphe, 69007 Lyon
- DECITRE108-JUNIOR, 6 Place Bellecour, 69002 Lyon
- DECITRE 104 COLLECTIVITÉS, 6 place Bellecour, 69002 Lyon
- LE SQUARE/LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ, 2 place du docteur Léon Martin, 38000 Grenoble
- FNAC, 4 rue Félix Poulat, 38001 Grenoble
- LIBRAIRIE ARTHAUD GRENETTE SARION, 8 avenue Victor Hugo, 38130 Echirolles
- LIBRAIRIE J.-J. ROUSSEAU, 175 rue Croix d'Or, 73000, Chambéry
- FNAC, Centre commercial courrier, 65 rue Carnot, 74000 Annecy

#### SUD-OUEST

- OMBRES BLANCHES, 50 rue Gambetta, 31000 Toulouse
- LIBRAIRIE PRIVAT, 14 rue des Arts, 31000 Toulouse
- LIBRAIRIE UNIVERSITAIRE UNIVERSITÉ DU MIRAIL, 5 allées Antonio Machado, 31058 Toulouse
- LIBRAIRIE CASTELA, 20 place du Capitole, 31000 Toulouse
- FNAC, 81 bd Carnot, 31071 Toulouse
- DE LA RENAISSANCE TOULOUSE-MIRAIL, 1 allée Marc Saint-Saens, 31036 Toulouse

- LE LIVRE EN FÊTE, 27 rue Orthabadiat, 46100 Figeac
- LA PAROLE, 24 rue Marius Audouy, 31250, Revel
- DES LIVRES ET VOUS, Association Lires, Sarrant 32120
- LA MACHINE À LIRE, 8 place du Parlement, 33000 Bordeaux
- LIBRAIRIE MOLLAT, 83-91 rue Porte Dijeaux, 33080 Bordeaux
- LIBRAIRIE PRIVAT LHERIS, 56 rue Maréchal Foch, 65000 Tarbes
- FACDIS ESPACE CULTUREL, Avenue Louis Sallenave, 64000 Pau

#### SUD

- LIBRAIRIE SAURAMPS MÉDICAL, 11 bd. Henri IV, 34967 Montpellier
- LIBRAIRIE SAURAMPS, Le Triangle, 34967 Montpellier
- LIBRAIRIE ACTES-SUD, Passage du Méjean, 43 rue du docteur Fanton, 13633 Arles
- LIBRAIRIE GOULARD, 37 cours Mirabeau, 13100 Aix-en-provence
- LIBRAIRIE DE PROVENCE, 31 cours Mirabeau, 13100 Aix-en-Provence
- ARCANES, 85 grande rue, 84600 Valréas
- MARQUE PAGES, 22 avenue Hélène Boucher, 13800, Istres
- LIBRAIRIE PAIDOS, 54 cours Julien, 13006 Marseille
- VIRGIN LIVRES, 75 rue Saint Ferréol, 13251, Marseille
- FNAC, Centre Bourse, Cours Belsunce, Marseille, 13001
- FNAC, Centre Nice Étoile, 30 avenue Jean Médecin, 06000 Nice

#### EN SUISSE

- ÉDITIONS ZOÉ, 11 rue des Moraines, Carouge, 1227 Genève

#### EN BELGIQUE

- SDL CARAVELLE, 303 rue du Pré-aux-oies, 1130 Bruxelles



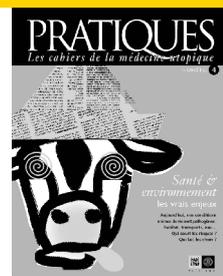
n° 1 : La société du gène



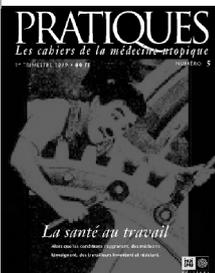
n° 2 : La souffrance psychique



n° 3 : Penser la violence



n° 4 : Santé et environnement



n° 5 : La santé au travail



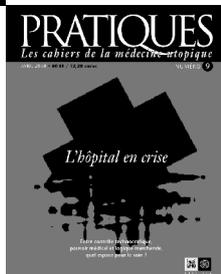
n° 6 : Sexe et médecine



n° 7 : La responsabilité du médecin



n° 8 : La santé n'est pas à vendre



n° 9 : L'hôpital en crise



n° 10 : Folle psychiatrie



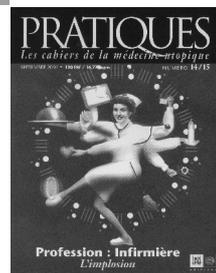
n° 11 : Choisir sa vie, choisir sa mort



n° 12 : L'information et le patient



n° 13 : La médecine et l'argent



n° 14-15 : Profession : infirmière

- Une revue indépendante avec un dossier et des rubriques
- Un ancrage dans la pratique
- Une ouverture pluridisciplinaire

- Un souci de la protection sociale
- Une analyse du cadre de l'exercice professionnel
- Une reconnaissance de l'articulation du relationnel et du social

*prochain numéro* : n° 17 : La démocratie, un remède pour l'Assurance maladie en souffrance

## A B O N N E Z - V O U S A P R A T I Q U E S

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

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

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

*Pratiques* a besoin de vous !

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

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

Merci et à bientôt,

La rédaction

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

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

- |                          |   |                                   |
|--------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Abonnement un an  | <b>42,70 euros</b><br>(280 FRF)   |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement deux ans   | <b>76,20 euros</b><br>(500 FRF)   |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement jeune médecin<br>(étudiant, remplaçant, installé de moins<br>de trois ans et demandeur d'emploi)       | <b>30,50 euros</b><br>(200 FRF)   |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement couplé médecin/salle<br>d'attente un an (envoi d'affichettes de<br>promotion compris)                  | <b>76,20 euros</b><br>(500 FRF)   |
| <input type="checkbox"/> | Commande à l'unité<br>(12,20 € + 1,50 € de frais d'envoi) :<br>- nombre d'exemplaires :<br>- intitulé du numéro : | <b>13,70 euros/n°</b><br>(90 FRF) |
| <input type="checkbox"/> | Commande à l'unité numéro<br>double 14/15 (16,80 € + 1,50 €)  | <b>18,30 euros</b><br>(120 FRF)   |

nom \_\_\_\_\_

prénom \_\_\_\_\_

adresse \_\_\_\_\_

téléphone \_\_\_\_\_

fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

profession \_\_\_\_\_

Chèque à l'ordre de *Pratiques* à envoyer :  
52, rue Gallieni - 92240 Malakoff - France  
Tél. : 01 46 57 85 85 • fax : 01 46 57 08 60  
e-mail : [pratiques@aol.com](mailto:pratiques@aol.com)

Un reçu vous sera adressé à réception de votre règlement

## PRATIQUES n° 16

Les cahiers de la médecine utopique  
Revue trimestrielle

### Rédaction et abonnements :

tél. : 01 46 57 85 85 • fax. : 01 46 57 08 60  
e-mail : pratiques@aol.com ;  
site internet : <http://www.smg-pratiques.info>  
52, rue Gallieni, 92240 Malakoff • France

**Directeur de la publication :** Christian Bonnaud  
**Rédacteur en chef :** Patrice Muller  
**Secrétaire de rédaction :** Marie-Odile Herter  
**Secrétariat, relations presse :** Jocelyne Deville, Marie-Odile Herter

**Responsable de diffusion :** Dominique Tavé

**Comité de rédaction :** Geneviève Barbier ;  
Christian Bonnaud ; Jean-Luc Boussard ; Daniel  
Coutant ; Martine Devries ; Monique Fontaine ;  
Hélène Girard-Stern ; Catherine Jung ; Marie  
Kayser ; Philippe Lorrain ; Evelyne Malaterre ;

Elisabeth Maurel-Arrighi ; Didier Ménard ;  
Bernard Meslé ; Anne-Marie Pabois ; Elisabeth  
Pénide ; Anne Perraut Soliveres ; Bernard Senet.  
Martine Toulet

**Correspondants :** Geneviève Busson ; Laurent  
Dianoux ; Noëlle Lasne ; Jean-Pierre Lellouche ;  
Hugues Moussy ; Monique Sicard ; Marc Zaffran /  
Martin Winckler.

**Dessins :** Serdu / Serge Duhayon

**Couverture et illustration page 4 :** Eloi Valat.

**Imprimerie :** J'Imprim, 26, rue Drouet-Peupion,  
92240 Malakoff, tél. : 01 47 36 21 41

Dépôt légal 4<sup>e</sup> trimestre 2001  
commission paritaire n° 67150A5  
ISSN 1161-3726

*Publié avec le concours du*  
Centre National du Livre

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

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

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

# PRATIQUES

*Les cahiers de la médecine utopique*