

PRATIQUES

Les cahiers de la médecine utopique

20

DOSSIER

*La santé des femmes :
tout reste à faire*

S O M M A I R E

Éditorial 3

Dossier La santé des femmes : tout reste à faire 5

DIFFICULTÉS DANS LA VIE PRIVÉE ET PROFESSIONNELLE

Visages	6	Elisabeth Maurel-Arrighi, Dominique Tavé
Ronde infernale	7	L. Banide
Inventer le métier de tisseur de lien	13	Marie Pezé
Tenir	16	Elisabeth Maurel-Arrighi
Dire non	16	Dominique Tavé
Violence conjugale, entre l'invitation à dire et la non-intrusion	17	Cécile Carlier-Robertet
Citoyennes malades des violences	19	Dominique Foufelle
Contraception, échecs de contraception	21	Sophie Eyraud
Contraception en questions	25	Nathalie Bajos
Le parcours de la combattante	26	Eve Errance
Le vrai travail des femmes médecins	27	Marion Lagneau
Femmes et hommes, des différences paradoxales	28	Pierre Aiach
Chiffres	30	

LA DICTATURE DES NORMES

La femme née de ses images	31	Monique Sicard
Etre ou ne pas être... un corps de rêve	35	Anne-Marie Pabois
Pornographie : qui sont les victimes ?	36	Serge Tisseron
Jacqueline, un oiseau en cage	39	Dominique Tavé
Ayse et Mustafa	39	Catherine Jung
Des lois mal appliquées	41	Maya Surduts
Le masculin est neutre	43	Christiane Vollaire
Dur, dur d'être femme et infirmière	47	Michelle Lenglet
La fragile puissance du féminin	48	Philippe Réfabert

COMMENT RÉSISTER ?

La mission des habitants relais	52	Fatima Boutih
Collectif égalité-mixité	53	Marie Kayser
Sur deux longueurs d'onde	54	Martine Devries
La bonne santé des femmes... La nuit, les infirmières	55	Anne Perraut Soliveres
Faire face	57	Anne-Marie Pabois, Elisabeth Maurel-Arrighi
L'abandon des grossesses normales	59	Anne-Marie Pabois
Aborder la sexualité à l'école	60	Abdon Goudjo
Adresses utiles	63	

Rubriques

Images du corps : L'image pousse-au-crime	66	Monique Sicard
Actualité politico-médicale : Actualités politico-syndicales	69	Jean-Luc Boussard
Directive et Règlement européen sur le médicament	72	Marie Kayser
A Calais, les réfugiés	72	Martines Devries
GEL : A quoi pense la biologie ?	73	Laurent Dianoux
Coup de gueule : Des médecins venus de l'étranger	76	Denis Labayle
Ailleurs, autres regards : L'Émergence des Navajos dans l'Histoire	77	Virginie Taprest
Notre santé n'est pas une marchandise : A quoi sert une vache ?	83	Jacques Richaud
Littérature et médecine : Il était une fois	85	Noëlle Lasne
Ethique médicale au quotidien : Secret médical	86	jean-Pierre Lellouche
Résister : Les femmes en blanc	88	Martines Devries
Géographie du soin : L'espace hospitalier, entre rationalité et familiarité	90	Marie-Rose Faure

E D I T O

Pour un front de résistance contre la privatisation de l'Assurance maladie

Les menaces de libéralisation qui pèsent sur notre système actuel d'Assurance maladie se précisent : le gouvernement ne cherche plus à contenir les dépenses de soins, mais à diminuer les remboursements : l'Assurance maladie ne remboursera plus qu'un risque de base, le reste relevant d'assurances complémentaires ; le projet du Medef va être mis en œuvre.

C'est dans les jours qui viennent que va se jouer une partie de l'avenir de notre système d'Assurance maladie à travers les conventions entre l'Assurance maladie et les professionnels du soin, en particulier les médecins ; s'il y a ouverture de l'espace tarifaire libre réclamé par les syndicats médicaux « représentatifs », les médecins, du fait de la baisse de la démographie médicale, seront en position de force pour imposer leurs tarifs ; les actuelles inégalités d'accès aux soins liées aux inégalités de revenus se majoreront.

Ces menaces qui pèsent sur l'Assurance maladie sont à relier à l'ensemble des mesures prises actuellement dans le domaine du soin : instauration d'un droit au dépassement d'honoraires pour les visites, remise en question de la validité médicale des arrêts de travail pour les travailleurs les plus âgés, limitation des budgets hospitaliers publics, soutien à l'hospitalisation privée, champ laissé libre à l'industrie pharmaceutique pour la fixation du prix des médicaments dits innovants...

Elles sont à relier aussi aux menaces qui pèsent sur les retraites et sur l'ensemble des services publics par le biais des accords européens et internationaux en particulier par le biais de l'Accord Général sur le Commerce des Services (AGCS).

Sans une riposte importante des organisations syndicales de travailleurs, des citoyens et associations citoyennes, sans la mobilisation des associations de défense des consommateurs, l'Assurance maladie sera privatisée. Le mouvement mutualiste a pour sa part un rôle fondamental à jouer, il doit défendre l'accès aux soins pour tous et refuser de prendre la place de la Sécurité sociale.

Le Syndicat de la Médecine Générale :

- demande la suppression de tout dépassement d'honoraire ;**
- demande que les soignants puissent choisir d'autres modes de rémunération que le paiement à l'acte pour permettre un travail non seulement curatif mais aussi préventif et que d'autres modes d'exercice soient soutenus tels que les réseaux de santé de proximité ;**
- réaffirme que le soin n'est qu'une partie de ce qui conditionne la santé et que ce sont les conditions de vie, de travail, de logements des citoyens qu'il faut modifier si on veut améliorer l'état de santé de la population ;**
- exige une transparence sur la gestion de l'Assurance maladie et la tenue d'élections démocratiques pour les administrateurs de la Sécurité sociale.**

Le Syndicat de la Médecine Générale appelle à la constitution d'un front de résistance pour la défense de l'Assurance maladie et pour la mise en place d'un système de soins réellement basé sur la solidarité.

**Marie Kayser
Médecin généraliste**



D O S S I E R

La santé des femmes : tout reste à faire

Malgré l'évolution des mœurs et les progrès de la médecine, nous rencontrons tous les jours dans nos cabinets des femmes en souffrance physique et psychique : ce sont elles qui en grande majorité consomment des anxiolytiques, des antidépresseurs et l'alcoolisme se décline bien souvent au féminin. Emancipation ne rimerait donc pas forcément avec épanouissement ?

Quant aux femmes du tiers monde, il n'est malheureusement pas encore question de libération, mais simplement de survie face aux violences physiques et sociales qu'elles subissent.

Depuis 35 ans nous avons assisté, dans les pays occidentaux, à la révolution sexuelle avec des lois de plus en plus progressistes sur l'IVG et la contraception, la parité, les 35 heures, le harcèlement, mais paradoxalement aussi, à une dégradation sans précédent des conditions de travail, à une augmentation spectaculaire de la précarité, à une hyper médicalisation du corps féminin de la puberté à la ménopause et, enfin, à l'émergence de la dictature de l'apparence.

La femme a bien du mal à se situer entre l'image de l'exécutive woman, de celle de la femme objet qui fleurit sur les murs et les magazines, sans parler de la femme maternante !

Elle prend de plein fouet la violence de la société : violence au travail, violences conjugales, difficultés d'accès à l'IVG. Les statistiques sont consternantes.

Cette violence s'exerce également par la simple difficulté de concilier vie professionnelle et vie privée. Comment gérer sans problème la garde des enfants, les réunions de travail et les contingences domestiques en une seule journée sans compter le temps passé dans les moyens de transports ? Ceci est d'autant plus problématique que la femme est seule avec un emploi précaire ou avec des horaires flexibles.

Les femmes et les hommes sont de plus en plus considérés comme des marchandises à consommer ou à jeter. Ils ont tout intérêt à combattre ensemble les hiérarchies entre sexe et entre activité professionnelle et domestique, à réinvestir le champ de la solidarité et du social.

Les soignants, les professionnels ont bien sûr un rôle à jouer dans ce mouvement de résistance contre l'irrespect de la personne en permettant aux femmes de se réapproprier leur corps pleinement et de revendiquer leur indispensable complémentarité.

Dominique Tavé et Sophie Eyraud

Visages

Des gens normaux

Elisabeth Maurel-Arrighi - Médecin généraliste

Elle était terrifiée, Jeanne, de se voir incapable d'arrêter de fumer, incapable de lâcher sa cigarette, tellement sa vie au boulot était dure. Alors qu'elle avait déjà eu les artères des jambes bouchées, et que l'idée d'une amputation éventuelle ne la quittait pas. Mais la vie était trop dure, un travail bousculé de secrétariat sans intérêt, où il lui faut oublier toutes ses qualités de vivacité et d'attention aux gens. Des chefs méprisants, des collègues femmes chipies. Plus d'une heure de transport matin et soir à attendre le train et bus dans la bourrasque. Partie tôt, rentrée tard, exténuée. Des fins de mois dans le rouge en permanence, car il y a toujours quelqu'un à « dépanner ».

L'autre jour, à propos des médicaments et de la question du sevrage du tabac, ses mots me serrent le cœur : « Je voudrais juste rencontrer des gens normaux ».

Mais le cœur serré, il n'y a pas que moi, on vient de s'apercevoir que ses coronaires sont elles aussi bouchées. Peut-être qu'elle n'avait que ça comme solution, l'opération à cœur ouvert et un passage en longue maladie face à ce boulot inhumain.

La solution

Dominique Tavé - Médecin généraliste

Comment faire pour tenir ? C'est la question que se pose tous les jours Delphine en allant travailler dans une grande surface pour vendre de la téléphonie. Depuis qu'il y a une nouvelle responsable de rayon, l'ambiance de l'équipe de vente est détestable. « Diviser pour mieux régner » est un principe bien appliqué dans cet hypermarché. On a instauré un climat de compétition entre eux, on leur a interdit de se parler même s'il n'y a pas de client, ils doivent se tenir droits sans s'appuyer contre le comptoir

toute la journée. Mais encore ça c'est supportable, ce qui l'est de moins en moins pour Delphine, ce sont les horaires donnés d'une semaine sur l'autre et attribués d'une manière arbitraire. Très souvent elle est de fermeture jusqu'à 21h30 et aussi souvent son jour de repos est différent de celui de son compagnon malgré ses demandes, la vie familiale est limitée au seul dimanche. Delphine a peut-être trouvé une solution temporaire pour elle, celle d'avoir un second enfant, de prendre un congé parental le temps de chercher une vraie solution.

Mal de dos

Dominique Tavé - Médecin généraliste

Maryse en a vraiment plein le dos de son travail de « technicienne de surface » dans une collectivité. Pas moyen d'avoir un temps plein, par contre ses horaires, eux, sont flexibles à souhait et à rallonge, car on n'hésite pas à la faire revenir après la fermeture des bureaux. Elle est bien obligée d'accepter, car les fins de mois se révèlent souvent problématiques et puis à ces heures là, elle a la chance de ne pas avoir son chef sur le dos. Mais cela l'oblige à des contorsions incroyables pour organiser la garde de son petit. Elle doit faire appel à la bonne volonté de la nounou ou l'aide de sa voisine qui comprennent ses difficultés, mais elles ne sont pas toujours disponibles et cela lui revient cher. Sans parler des nuits ponctuées par les pleurs et réveils de son bébé quand il est malade et qu'elle doit vailler que vailler le lendemain recommencer une journée morcelée, pénible physiquement. Grâce à sa volonté de maintenir la tête droite, elle tente de préparer un concours pour devenir ATSEM dans une école maternelle, c'est difficile de trouver le temps et l'énergie mais elle s'accroche. Aussi vous comprendrez qu'il y a des jours où Maryse a vraiment mal au dos...

Résumé : Face à la solitude du harcèlement, dans un contexte politique de l'entreprise où le collectif n'existe plus, un médecin du travail décrit les recours dont les femmes peuvent disposer.

Ronde infernale

L'enfer du harcèlement

C'était chez un notaire, un « pool de secrétaires » (une dizaine) à l'ancienne dans des locaux vétustes. Aucune plainte lors des visites médicales, malgré mes constatations de l'usure des chaises non ergonomiques, des écrans informatiques installés en dépit du bon sens, de l'amoncellement des dossiers sur de petits bureaux, la poussière : « On est habituées, et puis où aller à notre âge ? »

Un jour, demande de visite spontanée en urgence : « Il faut que je vous voie très vite, mais n'en parlez à personne ! »

Elle s'assied, me remercie et pleure, sanglote « Je suis finie, nulle, foutue. Il a commencé à trouver que je ne tapais pas son courrier assez vite » « Vous êtes beaucoup plus lente que les autres depuis un moment, vous vous laissez aller ; vous vous êtes vue dans une glace ? Moi aussi, je vieillis, est-ce que je me laisse aller comme ça ? J'ai besoin de gens agréables qui travaillent vite et bien. » « Je ne m'étais rendu compte de rien, mais c'est vrai, j'étais un peu fatiguée depuis peu, peut-être ma ménopause, l'âge... je suis seule, divorcée, mon fils n'a plus besoin de moi. C'est mon travail qui me tient, qui me tenait.

J'ai fait des efforts, essayé d'aller plus vite mais c'était dur, et moi qu'il complimentait toujours, je me suis dit que oui, il avait raison, j'avais un problème ; je me suis mise à douter, faire des fautes. Je l'entendais dire à la ronde « Ça y est, Martine

m'a encore fait un torchon ! » Il finissait par confier mon travail à une autre. Je m'appliquais à faire le maximum mais à ses yeux, il n'y avait aucune amélioration ; j'emportais du travail chez moi, j'arrivais plus tôt le matin, je ne déjeunais plus, mais rien n'y faisait ; mes collègues me disaient que ça lui passerait ; je me sentais mal, j'avais des crises d'angoisse, la nuit surtout : je me réveillais en nage, répertoriant ce que j'avais pu oublier ; mon trajet devenait de plus en plus pénible, plus j'approchais, plus mon cœur s'accélérait, plus mon estomac se nouait, l'angoisse quoi.

Un matin, je n'ai pas pu monter dans mon bus, j'ai été prise de terribles vertiges ; je suis allée voir mon médecin, lui ai tout expliqué : il n'a rien trouvé d'anormal à l'examen, a dédramatisé : juste besoin de repos, somnifère - et puis dites m... à votre patron, c'est ça dont il a besoin. La veille de ma reprise de travail, j'ai été très angoissée à l'idée de me confronter à mon patron, mais je me suis raisonnée ; peut-être que j'avais dramatisé ; cela m'a donné le courage de passer la porte et m'installer. Pas un mot et sur mon bureau : une énorme pile surmontée d'une note-travail à faire en urgence. Autour de moi, toutes avaient le nez dans les papiers. Je me suis mise à travailler.

En fin de journée, l'horreur, la honte : le patron a hurlé à la ronde « Vous êtes priées de laisser les wc propres quand vous y allez ! » J'en sortais !!!

L. Banide

*Un médecin du travail
anonyme*

**Association Santé et
Médecine du Travail (SMT)**
25 rue Edmond Nocard
94410 Saint-Maurice
e-mail : a.smt@wanadoo.fr
site : <http://www.a-smt.org>

Vous qui êtes une femme, vous comprenez ce que ça représente ! J'ai pris mes affaires et je suis partie en courant ; je suis en arrêt-maladie depuis 2 mois et demi, sous anti-dépresseur et surtout, je ne peux plus retourner là-bas, c'est fini. J'ai envoyé ma lettre de démission. »

Emue par cette souffrance, je reste silencieuse et passe en revue les techniques de son employeur pour la pousser à la démission : critiques de son travail, de sa personne, tâches démesurées, isolement des collègues, humiliation grave.

Je tais ma révolte, mon envie d'aller trouver cet individu et... mais il faut d'abord penser à Martine, trouver la ou les solutions pour l'aider à sortir de cette situation, de son isolement ; en effet, elle n'a pu se confier à personne. Son amie ? Elle lui a conseillé d'aller voir l'inspection du travail, à quoi bon ? Ses collègues ? Elles ne pouvaient pas prendre parti : trop peur de perdre leur travail. Son médecin ? Il insiste pour une psychothérapie « Mais je ne suis pas folle » (en moi-même je le pense, c'est vrai, c'est le Travail qui est fou) « et puis il ne me croit pas, je le sens. » Je lui dis que je la trouve très courageuse d'avoir tenu si longtemps. Elle me confie son soulagement de s'être libérée de souffrances contenues depuis si longtemps et de ne plus se sentir seule.

Et maintenant ? La lettre de démission est envoyée et il est hors de question pour elle de faire une démarche pour retourner la situation, et même douloureux de l'évoquer, ça se comprend. Je décide avec elle de l'aider à remonter la pente : tout d'abord, se reconstruire ; avec son accord, j'appelle son médecin traitant, je pourrai lui expliquer les conditions de travail. Nous sommes lui et moi sur la même longueur d'onde ; nous arrivons à convaincre Martine de se faire aider par une psychothérapie.

Un mois après, elle « émerge », se sent déjà beaucoup mieux, elle voit régulièrement son médecin et poursuit sa psychothérapie qui l'aide énormément. Elle est sortie de sa solitude, elle reprend confiance en « les autres ».

Plus tard, elle m'annonce avoir trouvé une mis-

sion en Intérim (encore de la précarité malheureusement), mais peut-être en vue d'une embauche.

Pendant ce temps, chez « le notaire » une jeune secrétaire a été embauchée. La ronde a continué : mêmes agressions successives envers deux autres femmes (plus de 45 ans bien sûr !), elles sont venues me voir. Elles aussi avaient déjà donné leur démission ; elles avaient été très blessées, honteuses aussi de ne pas avoir soutenu leurs collègues. Je leur ai conseillé d'aller toutes les trois voir l'inspection du travail, les syndicats, leur mairie pour une aide judiciaire. Comme beaucoup de femmes, seules, l'une après l'autre, elles avaient intériorisé leur souffrance, utilisé la stratégie du « contournement » (travail en dehors des heures, chez elles) sur un fond de culpabilité et de remise en question d'elles-mêmes. Devant l'échec de tous ces efforts, elles étaient « tombées » malades. Elles sont venues me voir trop tard, après leur démission.

Je suis allée faire une « visite des locaux » et demandé des nouvelles des trois « disparues » : « Elles sont parties ! » « Comme ça, sans raison ? » « Ne vous mêlez pas de ça, faites votre travail ; vous nous coûtez assez cher comme ça. »

J'ai fait mon travail : une liste de toutes les conditions de travail à améliorer au plus vite dont... remise à neuf des sanitaires bien difficiles à entretenir.

J'ai oublié de dire qu'il y avait 2 nouvelles secrétaires.

Peu de temps après, ma direction a reçu une demande de démission : raison invoquée, mon service de médecine du travail était trop loin et trop cher.

Inaptitude et autres recours

Depuis cette histoire, je dis et répète encore plus à tous, salariés, médecins traitants, délégués : jamais de démission lors de telles situations, car elle entraîne la perte de tous les droits, drame supplémentaire. Dans ce cas d'« atteinte grave de la santé suite aux conditions de travail », l'inapti-

tude définitive décidée par le médecin du travail entraîne le licenciement, éviction du danger et permet donc de garder ses droits, toucher les Assedics.

Dans ce genre de situations, il faut parler, parler à son médecin du travail, à son médecin, à un délégué (voir ci-dessous), sortir de l'isolement et du silence, mettre des mots sur la souffrance, se faire aider par différentes instances pour se reconstruire et faire valoir ses droits. Une approche pluridisciplinaire permet de faire face au harcèlement moral (technique de management favorisant la désolidarisation des collectifs de travail) entraînant une pathologie de la solitude :

- le médecin du travail fait cesser le harcèlement par une inaptitude temporaire avec envoi chez le médecin généraliste pour une aide et un arrêt-maladie ;
- le médecin généraliste contacte le médecin du travail s'il suspecte un harcèlement ;
- le médecin inspecteur du travail est en position de tiers, d'appui de conseil pour le patient et le médecin du travail ;
- les centres de consultations de pathologie professionnelle et de souffrance au travail complètent, structurent les prises en charge ;
- les psychiatres et psychothérapeutes traitent et évitent l'aggravation de la détérioration morale ;
- le médecin-conseil de la Sécu reconnaît en accident du travail ou maladie professionnelle ces pathologies.

On peut aussi se faire aider par des juristes, avocats, associations (citoyens-syndicats-médecins), anciens salariés, proches, consulter l'inspection du travail, l'aide juridique par la mairie, les permanences syndicales de sa ville.

La loi sur le harcèlement est une avancée qu'il faut utiliser dans ces réseaux. Les institutions représentatives du personnel peuvent utiliser le droit d'alerte, la dénonciation d'atteinte à la liberté. Ils peuvent par le biais du CHSCT, avec le médecin du travail, organiser des actions de prévention.

Il faudrait une défense collective particulièrement musclée face à ce fléau organisé pour « se débarasser sans licencier », mais les syndicats sont trop souvent acculés à plus se battre pour leur audience que pour l'amélioration des conditions de travail dans un contexte où l'absence de culture politique met les relations professionnelles sur le plan affectif et psychologique. La prévention passe en dernier, voire même n'a pas droit d'existence, dans cet impératif de court terme, de taux de rentabilité imposé par les actionnaires, de mondialisation.

Statistiquement, les femmes sont les plus touchées, ayant déjà les emplois les plus précaires, des conditions de travail de plus en plus pathogènes (horaires décalés, travaux pénibles...).

Aujourd'hui, la hiérarchie considère les femmes et notamment de plus de 50 ans comme une force de travail moins rentable, que l'on peut utiliser sans état d'âme, pour des raisons de rentabilité, que ce soit au niveau du salaire que de l'image. Il faut en urgence créer des liens, des réseaux : réhumaniser.

Bibliographie

- Femmes au travail, violences vécues* (éditions Syros/La Découverte, 2000)
Revue Santé et Travail n° 39, avril 2002 DMT INRS
 n° 90, 2^e trimestre 2002

Résumé : Il est possible de détruire quelqu'un juste avec des mots, des regards, des sous-entendus. Les femmes sont les plus touchées par ces comportements pervers. Si les techniques de management des multinationales ont favorisé l'émergence du harcèlement, le vote de la loi est un des premiers pas vers une prise de conscience du phénomène.

L'émergence du harcèlement

Marie-France Hirigoyen

Psychiatre-psychanalyste

Elle a publié deux ouvrages sur le harcèlement qui ont rencontré un très large écho auprès du grand public : Le harcèlement moral : la violence perverse au quotidien, Syros 1998 ; Malaise dans le travail : harcèlement moral, démêler le vrai du faux, Syros 2001

Pratiques : Peut-on donner une définition du harcèlement ?

Marie-France Hirigoyen : Il s'agit d'abord de harcèlement moral. J'ai choisi ce qualificatif, en référence à Freud et au masochisme moral et sexuel. En français, le mot « moral » a une double dimension, à la fois psychologique, et de bien et de mal.

Le harcèlement moral dans la famille est fait de petites agressions, que ce soient des gestes, des paroles, des comportements, des regards, qui portent atteinte à la dignité d'une personne. C'est la répétition de ces petites choses qui fait l'agression. La violence psychologique est beaucoup plus cachée que la violence physique. Il faut savoir la repérer, connaître ses limites. Une patiente racontait que quand son mari lui donnait l'argent pour payer les cours particuliers de ses enfants, il le jetait par terre et lui disait : « Ramasse, ramasse, va chercher ! » S'il n'y a pas un regard extérieur, la femme va se dire que son mari s'est énervé, qu'il a jeté l'argent parce qu'il trouvait qu'elle ne venait pas le chercher assez vite. On ne peut pas aller porter plainte contre ça. Quelle humiliation !

Dans le harcèlement moral au travail, il y a la notion d'intentionnalité, qui porte atteinte à la dignité et à la santé physique ou psychique d'une personne. Il est fait d'injures, d'humiliations, de mises à l'écart, de paroles blessantes. Le harcèlement moral nuit aux conditions de travail et met en péril l'emploi.

Au début, je me suis demandée comment des

mots, des gestes, pouvaient autant blesser, atteindre quelque chose de très intime et rendre les gens aussi gravement malades ; comment le harcèlement moral pouvait tuer. Quand on vous cogne, cela fait mal, mais on s'en remet. Pourquoi des mots, on ne s'en remet pas ? Les femmes victimes de violence conjugale l'expliquent très bien : « Si on me frappe, j'ai des traces, je peux aller porter plainte, je sais qu'on m'a frappée. Si on me balance des paroles vexantes, humiliantes, une fois puis plusieurs fois, d'abord je ne suis pas sûre, je me demande si c'est vrai ce qu'on m'a dit. Est-ce que c'est possible ou est ce que c'est moi qui suis trop susceptible ? » Il y a un doute. Et en plus on ne l'oublie pas.

Les victimes de harcèlement sont majoritairement des femmes : 70 % au travail selon votre enquête, 90 % dans le couple. Pensez-vous que le harcèlement soit un problème lié à la condition féminine ?

Une des premières explications basiques est que les femmes ont plus souvent des emplois subalternes que les hommes, et, que si tous les niveaux de hiérarchie peuvent être harcelés, il est plus facile de harceler un collaborateur.

Une deuxième explication, beaucoup plus fréquente, c'est qu'il y a passage du harcèlement sexuel au harcèlement moral. « Ma petite tu es bien jolie, tu ne veux pas venir prendre un verre avec moi ? » Si la femme dit non, on va le lui faire payer. Souvent c'est beaucoup plus subtil que ça.

Ce n'est même pas formulé. On essaie de séduire, ça ne marche pas et on s'impose après de façon malveillante.

Troisième explication, le machisme ordinaire. Beaucoup d'hommes s'autorisent, vis-à-vis des femmes, des comportements qu'ils n'oseraient pas avoir avec des hommes parce qu'ils auraient peur de leur réaction. Cette notion renvoie à une autre explication : on apprend aux petits garçons à se défendre. « Ne te laisse pas faire, réagis, dis-lui ce que tu penses ». On dira beaucoup plus aux petites filles : « Sois patiente, essaie de comprendre. » On leur apprend à être tolérantes,

éventuels dérapages : ce qu'on peut faire aux autres et ce qui leur est insupportable. Ils doivent connaître aussi leurs propres limites. « Qu'est ce que je tolère de l'autre ? » Et nos limites ne sont pas identiques : certaines personnes supportent très bien qu'on se moque gentiment d'elles, elles ont suffisamment d'estime d'elles-mêmes pour accepter qu'on plaisante sur leur physique, leur façon de parler ou de travailler. D'autres seront plus vulnérables. Meilleure est l'estime que l'on a de soi, moins on est fragile par rapport à ces petites attaques qui sont inévitables dans le monde du travail. Il faut être suffisamment respectueux de l'autre pour tenir compte

de ses limites, de sa vulnérabilité. La vraie prévention de la violence en général devrait se faire au niveau des écoles et des familles : apprendre le respect, apprendre à se poser la question des conséquences de notre comportement sur l'autre.

A quoi est due, selon vous, l'augmentation du harcèlement moral ?

Ce phénomène est tout à fait lié à un changement dans notre société. Nous vivons dans une société narcissique où sont valorisées la réussite immédiate, l'apparence, la capacité à se mettre en avant, sans se préoccuper des conséquences à long terme de son comportement sur soi ou sur l'autre. Cette transformation de notre société est la conséquence du

changement dans les entreprises. Sous l'influence de la mondialisation, du fait que tout est lié maintenant au cours de la bourse, aux modifications à court terme de la valeur des actions, les entreprises fonctionnent dans ce court terme. Elles peuvent mentir, tricher sur les résultats. C'est une règle du jeu de faire illusion, pour faire monter le cours de l'action. Même si le système se casse la figure, on aura, auparavant, empoché des stock-options, des bénéfices ! Au passage, on fait chuter des salariés que l'on met dehors, des actionnaires qui perdent tout ce qu'ils ont investi, mais on ne s'en préoccupe pas. Et les dirigeants sont les modèles de nos jeunes... Quand on lit les jour-



gentilles, réconfortantes. On ne leur apprend pas suffisamment à dire non ! Les femmes ne sont pas suffisamment affirmées. Dans un certain nombre de cas que j'ai rencontrés, le harcèlement aurait pu s'arrêter si la personne avait dit clairement « non » au début.

Comment éviter ces pièges ?

Il faut changer les mentalités, des hommes comme des femmes. Celles-ci doivent apprendre à se défendre, à être plus claires et moins tolérantes, à se donner des limites. On n'apprend pas non plus suffisamment aux enfants les limites qu'ils ne doivent pas franchir, pour éviter les

naux de la presse people, on a autant de dirigeants de multinationales ou de grandes entreprises que de rois et de reines ou de personnalités du show biz. Ce qui importe, c'est l'immédiateté et les paillettes. On ne se pose pas la question du devenir à long terme. Ce fonctionnement-là, qui est une espèce d'accélération du temps dans l'entreprise, est devenu une règle générale. Quand vous travaillez dans une multinationale, ou même maintenant dans le secteur public, on vous donne des ordres contradictoires, on vous dit des choses, mais on fait le contraire. On tient un discours langue de bois, semblable à celui des politiques qui font des promesses, pour des raisons électoralistes, tout en sachant très bien qu'ils ne pourront pas les tenir.

De manière générale, il y a une sorte d'impunité au mensonge, à la triche. Dans le monde du travail, on est tellement en péril, quels que soient les postes, qu'il faut être impeccable en apparence, ne pas montrer ses fautes ou ne pas les reconnaître ! Quand on se sent incompetent, on est tenté de rejeter la faute sur l'autre et même, pour dissimuler ses défaillances, on peut manipuler, monter des coups contre quelqu'un et faire chuter la personne qui pose problème ou qui risque de prendre notre place. Toute personne est devenue un ennemi potentiel. Ce phénomène dépasse la compétitivité.

Certains psychiatres disent à leurs patients qu'ils sont en position de harcèlement parce qu'ils y trouvent leur compte et qu'ils sont masochistes. Que pensez-vous de cette attitude ?

C'est sans doute un peu moins fréquent maintenant, mais il y a quelques années, en effet, les victimes de violences, que ce soit dans la sphère domestique ou au travail, avaient du mal à se faire entendre des psy qui les renvoyaient à leur problématique intra psychique. Cette attitude renforçait la culpabilité qu'elles éprouvaient déjà. Il a quelques années, un journal de psychanalyse avait consacré un article entier à cette fameuse jouissance des victimes. Aujourd'hui, plus personne ne défend ce concept.

Les masochistes existent, mais leur démarche est différente. Les psy ont eu du mal à comprendre

que les victimes de violence conjugale ou au travail sont piégées dans des situations inextricables dont elles ne peuvent sortir sans l'intervention d'une aide extérieure. Une fois sorties de ce piège, elles vont très bien et n'ont aucune tendance à se remettre dans le même genre de situations.

Certaines personnes ont vécu des situations de violence ou de harcèlement quand elles étaient jeunes. Quand les personnes sont harcelées sur leur lieu de travail, elles font tout à fait le lien : «C'est comme quand j'étais petite et qu'on me traitait de cette façon. » Mais, attention, ce n'est pas une fatalité ; si certaines peuvent rejouer des histoires anciennes, elles ne se remettent pas systématiquement dans des situations similaires. Elles ont simplement plus de difficultés à se défendre. Une violence fait écho à une autre violence et une humiliation fait écho à une autre humiliation.

Que pensez-vous de la loi de janvier 2002 sur le harcèlement moral et quel premier bilan feriez-vous de son application ?

Sur un plan symbolique, cela me paraît très important qu'on ait voté une loi, même si son interprétation provoque quelques dérapages dans un premier temps. Beaucoup de personnes qui sont dans une souffrance au travail ont assimilé cette situation au harcèlement moral et effectuent des dépôts de plainte pour harcèlement moral alors qu'il est en fait question de stress, de conflits professionnels, de mauvaises conditions de travail. Ces situations se traitent différemment, car il n'y a pas cette notion d'humiliation, cette intentionnalité malveillante. Toutefois, ces personnes ne se sentent pas entendues sur leur lieu de travail. En agitant la clochette du harcèlement moral, on fera plus attention à elles... Actuellement, il y a certainement trop de plaintes injustifiées, les avocats poussent également un peu à la consommation. Mais le système va se réguler.

Il est encore trop tôt pour faire un bilan de la loi. Même si elle n'est pas parfaite, elle éclaire une réalité, elle peut permettre une prise de conscience de la gravité du phénomène. C'est déjà un premier pas.

Propos recueillis par Sophie Eyraud

Résumé : L'auteur, psychanalyste psychosomaticienne, est responsable de la consultation *souffrance et travail* de l'hôpital de Nanterre, entité unique en France. A partir d'une cohorte de 100 femmes victimes de harcèlement, elle dégage des points spécifiques. Elle a publié *Le deuxième corps*, éd La dispute, février 2001.

Inventer le métier de tisseur de lien

Le harcèlement produit de la somatisation

Il ressort très nettement que le harcèlement ne concerne pas uniquement des femmes prises dans des leviers de soumission du fait de leur déqualification, mais aussi des femmes hautement qualifiées, maintenues dans des soumissions pour d'autres raisons, notamment leur responsabilité d'un foyer monoparental. Chez un homme, l'envie guerrière de réussir est admise. La femme qualifiée est tenue de s'en abstenir, mais enjointe à déployer ses savoir-faire féminins : on lui confie par exemple les médiations compliquées ou les clients difficiles pour ses qualités de diplomatie. Ces savoir-faire supplémentaires ne sont ni visibilisés, ni rétribués. Ces femmes sont prises en étau entre conscience professionnelle, surcroît de travail sans reconnaissance et petits procédés insidieux visant la déqualification de la femme du fait qu'elle est femme. Pour ne pas être cataloguée, pour être crédible intellectuellement, elles gomment ce qui est de l'ordre de la séduction. Amputer jour après jour les mises en scènes corporelles de la féminité finit par laisser des séquelles.

Il est étonnant dans la cohorte étudiée de voir que la sphère gynécologique est en première ligne touchée avec 30 % de cancers gynécologiques et 50 à 60 % de pathologies gynécologiques type aménorrhées, dysménorrhées,

métrorragies. Si quelqu'un fait une vraie maladie sur un organe, c'est que cet organe n'est plus inscrit sur le deuxième corps, le corps érotique. Dans la théorie psychosomatique, la personnalité dite « opératoire », plutôt centrée sur l'exécution des tâches et peu encline à l'activité imaginaire et fantasmatique, est retenue comme terrain propice à la somatisation. Or mes observations cliniques avec ces femmes n'ont pas relevé une telle proportion de ce type de personnalité. En revanche, la somatisation est convoquée quasiment de manière artificielle dans la situation de harcèlement puisque démissionner revient à perdre tous ses droits et que l'élaboration mentale pour le changement est également rendue impossible par la répétition et la permanence des agressions. Il y a trois postures possibles pour la femme au travail. La figure maternelle et la position de mascotte sont bien vues. Le choix de rester soi-même est invivable et peut conduire à des harcèlements de genre. Je pense utile que le généraliste face à une pathologie gynécologique, se pose la question des conditions de travail de sa patiente.

L'organisation du travail est au masculin neutre

Plus les conditions de travail se durcissent, plus les attitudes viriles deviennent caricaturales et l'organisation du travail plus machiste. On peut même

Marie Pezé

*Docteur en psychologie
et psychanalyste*

Coordonnées réseau :

Nanterre :
M. Pezé 01 47 69 65 65

Garches :
D^r Soula 01 47 10 77 52

Paris :
D^r Léger 01 42 34 82 43

Créteil :
D^r Sandret 01 45 17 50 30
ou

<http://www.harcelement.org/article57.html>

dire à l'extrême que certaines stratégies managériales illustrent l'intériorisation des valeurs viriles d'une idéologie d'entreprise guerrière. La précarisation a conduit à des idéologies défensives de métier « perverses », la tolérance à l'injustice et à la souffrance infligée à autrui sont érigées en valeur virile. Du seul fait de leur présence, les femmes restant femmes sont vécues comme menaçantes puisque la virilité s'édifie par contraste sur l'infériorité de la femme.

Par ailleurs, pour elles, le clivage foyer/travail est impossible, car elles portent la charge mentale du foyer. Elles supportent une mobilisation très forte des processus cognitifs et émotionnels en gymnastique intellectuelle constante entre les impéra-

entreprises pourraient développer des systèmes de crèches ou d'assistance maternelle pour enfants malades mais rien ne bouge. On constate même une placardisation de la femme enceinte, déclassée surnoisement et sous couvert de rationalité, parfois même sous la houlette d'une supérieure hiérarchique.

La souffrance des hommes en difficulté peut se répercuter sur les femmes

Dans certains cas, les femmes subissent en privé, le contrecoup de la souffrance masculine. L'organisation du travail pèse parfois lourd sur la vie de couple. Les hommes en butte à des petits chefs ou luttant contre trop de contraintes peu-

vent retrouver dans la traditionnelle division sexuelle une posture de domination réparatrice pour eux, mais aggravante pour les femmes. Certes l'alcoolisme, le discours dévalorisant ou graveleux sur les femmes, la posture virile exacerbée avec les collègues pour se défendre, soudent un collectif de travail viril, mais les hommes dans ces situations ne sont guère en mesure, de retour au foyer, de renégocier tout d'un coup la bisexualité. Ils deviennent incapables de mettre du féminin dans leurs liens. Ces constatations nous amènent

systématiquement, dans les consultations de violences faites aux femmes, à examiner la situation professionnelle du mari. Ceci permet de régler bien des problèmes.

La centralité du travail dans la construction identitaire, une certitude déniée.

C'est une question que l'on interroge assez peu



tifs de l'un et de l'autre. Le temps de création véritable, elles doivent l'arracher dans un processus qui passe malheureusement pour de l'égoïsme. Dans l'entreprise, la vision de la prise en charge du foyer reste caricaturale, ce qui arrange tout le monde et permet d'éviter de l'intégrer comme une donnée réelle, pour les femmes. Les

qui est cernée par une vaste communauté du déni. Il faut éveiller chez les partenaires du soin, la dimension de beauté et d'utilité du travail accompli et le remettre au centre de la vie sociale et économique. Le travail est profondément subjectif, travailler c'est se travailler bien sûr. Il est très important de formuler auprès de tous que l'identité propre se structure avec l'identité professionnelle. Les gens le vivent dans leur chair et dans leur corps, mais il y a un discours ambiant qui dévalorise constamment le travail, d'autant plus depuis le passage aux 35 heures. En fait, les gens travaillent énormément et même lorsque le travail n'est pas très intéressant, ils ont envie de bien faire.

Les psy retombent toujours sur la structure psychique individuelle pour éclairer les tableaux cliniques. Ils ne comprennent pas le problème lié à l'organisation du travail, alors qu'ils ont maintenant intégré celui afférent à la précarité et l'exclusion. Il leur manque le corpus théorique. Les travaux¹ de psychodynamique du travail donnent les concepts pour expliquer l'importance du travail dans l'équilibre psychosomatique, mais n'ont pas pénétré l'ensemble du monde médical. L'usure des corps est analysée uniquement sur le versant du stress. La hiérarchie entre médecins est souvent une épreuve de force, mais reste potentiellement positive puisqu'elle conduit à un statut social fort. Or le monde de l'entreprise est très différent et je pense même que la richesse du métier de médecin peut empêcher de comprendre les contraintes et l'étroitesse des procédures dans d'autres secteurs d'activité. Les professions libérales mésestiment les conséquences d'une position de subordination.

Le travail en réseau crée un nouveau métier, tisseur de lien

Etre tisseur de lien requiert des capacités de pacification et d'acceptation de l'autre comme allié et

non comme adversaire. En allant chercher l'autre en tant qu'individu dans un système, on fait basculer le système. Ce travail nous le faisons dans notre consultation pluridisciplinaire, avec les médecins généralistes, les spécialistes, les médecins conseil et du travail, les membres du réseau sur le harcèlement que nous avons mis en place sur l'Île de France. Si on sollicite un médecin conseil avec une déontologie correcte et des arguments de la rationalité médicale en soulignant qu'on ne peut pas travailler sans lui, on fait appel à sa posture de clinicien, issue des études, des règles de métier intériorisées et elle réapparaît immédiatement. L'alliance thérapeutique ne se noue pas qu'avec le patient et chaque intervenant doit percevoir le sens de son action. Le travail de tissage de lien doit venir à bout de ce que génère le système de soin ou d'organisation du travail dans une entreprise : morcellement, parcellisation, désobjectivation. Tout est rationalisé à l'extrême, on a vidé de son sens la subjectivité du travail. Pour les patients victimes de harcèlement, on ne peut pas proposer un congé longue maladie, donc on construit un pseudo tableau clinique qui va être agréer par la nomenclature de la sécurité sociale et mettre notre patient à l'abri. En psychodynamique on appelle cela des ruses de métier, mais on est dans la transgression permanente. Je suis frappée de voir dans ce travail de lien, que les médecins généralistes adhèrent parfaitement et que les médecins conseils, alertés par une circulaire de décembre 99, adhèrent également.

Propos recueillis par Isabelle Charent.

¹ Lire par exemple *Travail, usure mentale*, C. Dejours, 3^e éd, Bayard, 2000
Souffrance en France : la banalisation de l'injustice sociale, C. Dejours, Seuil, 1998

Tenir

Elisabeth Maurel-Arrighi

Médecin généraliste

Tôt le matin, tard le soir, à courir après leur montre, entre les troubles du sommeil du petit qui réveille la nuit, les enfants à sortir le matin de leur sommeil, aller à la crèche, puis à l'école, ne pas rater son train, supporter les petits chefs qui méprisent et humilient, l'ambiance du bureau où la zizanie a remplacé la solidarité, les changements de rythme de travail à cause de la flexibilité, les horaires variables, les factures qui s'accumulent, le banquier intraitable qui fait peser des agios démesurés à tout découvert, les enfants bousculés et ronchons, la télévision qui sert de

baby-sitter, les lessives à sortir ou pire la queue à faire au lavomatic. Celles qui sont seules avec leurs enfants s'épuisent, et se battent pour les plus pauvres pour ne pas se faire couper le téléphone ou l'électricité. Celles qui vivent en couple souvent ne savent pas comment partager le poids du quotidien face à un compagnon lui-même réfugié dans un repli frileux et égoïste. Celles qui sont célibataires avec des petites paies n'arrivent pas joindre les deux bouts, le moindre extra, les moindres vacances les font basculer dans l'interdit bancaire.

Dire non

Dominique Tavé

Médecin généraliste

Le corps médical maltraite parfois les patient(e)s et il est une spécialité, la gynéco-obstétrique qui se distingue particulièrement même si cela ne concerne fort heureusement qu'une minorité des soignants mais...

Que dire des réflexions blessantes de ce soignant, qu'entend sans rien répliquer celle qui prend trop de poids pendant sa grossesse, ou celle qui se voit refuser un arrêt de travail malgré la pénibilité de son métier sous prétexte que ce médecin « ne mange pas de ce pain là » !

Que dire de ces équipes de gynéco-obstétrique se contentant de suivre un utérus gravide ignorant royalement l'importance de l'échange pour une femme enceinte, faisant fi de la pudeur de la femme en la laissant par exemple nue, spéculum vaginal en place, pour répondre au téléphone !

Que dire de la violence de ces accouchements programmés et déclenchés soit-disant pour l'in-

térêt du bébé et de la mère. On oublie d'ajouter dans celui surtout du médecin qui essaie de planifier et de faire entrer les accouchements dans des créneaux horaires acceptables ou avant ses vacances !

Que dire de ces praticiens qui prescrivent systématiquement aux jeunes filles des pilules de dernière génération non remboursées au moins cinq fois plus cher que celles remboursées sous le prétexte fallacieux qu'elles apportent plus de confort !

Dur constat, même si beaucoup de soignants et de structures de gynéco-obstétrique sont soucieux du respect de l'intimité de la femme. Mais ces exemples, pris parmi d'autres sont encore trop nombreux et ne deviendront de rares exceptions que si les femmes surmontent ce sentiment d'infériorité et deviennent plus exigeantes, voire plus intransigeantes dans la qualité de la relation et le lien qui doit se tisser entre elles et les soignants.

Résumé : Il est difficile pour les femmes de parler de la violence conjugale dont elles sont victimes ... et pour le personnel médical et paramédical, de l'entendre. Quels sont les obstacles et les freins rencontrés ? Comment y remédier ?

Violence conjugale, entre l'invitation à dire et la non-intrusion

Exerçant comme conseillère conjugale et familiale au centre de planification de l'hôpital Antoine Bécclère à Clamart, il est arrivé un moment où je ne pouvais plus faire l'économie d'une réflexion au sujet des violences conjugales.

En effet, comment se faisait-il que nous rencontrions si peu de femmes victimes de cette violence quand on sait que la grossesse est souvent un facteur déclenchant ou aggravant de violence dans le couple (« un quart des morts maternelles sont secondaires à des violences physiques perpétrées par le père biologique » - 1992 - Fildes et Coll) ?

A cela, la réponse s'est imposée : on ne trouve que ce que l'on cherche !

Tenter de comprendre pourquoi il nous est difficile d'effectuer cette démarche, cela représente un pas considérable pour évoluer dans notre pratique.

Quels seraient alors les freins et les obstacles à cette recherche ? Et comment pourrait-on y remédier ?

Les difficultés réelles (ou supposées) rencontrées par les femmes et le personnel médical/paramédical

D'une part, il n'y a pas de profil type de femme maltraitée, ni de réaction type. Les femmes victimes de violence conjugale sont aussi, bien sou-

vent, dans la négation de cette violence. A cela s'ajoute la culpabilité et la honte de cet état de fait ainsi que la peur. En effet, l'emprise de l'agresseur sur sa victime perdure à l'extérieur du foyer.

D'autre part, pour beaucoup de professionnels de santé et des services sociaux, il y a interaction entre des résistances ou peurs personnelles et des conditions pratiques d'exercice de leurs fonctions peu favorables à l'investigation. Je pourrais citer là le manque de temps, de connaissance, compétence ou assurance (savoir ce qu'il faut faire et ne pas faire) ainsi qu'un éventuel sentiment d'isolement (manque de travail en réseau que cela soit en cabinet libéral ou en structure hospitalière). Des problèmes personnels liés à la violence, la crainte d'ouvrir la porte aux émotions (celles de la femme, mais aussi les siennes) ainsi que le risque d'une implication personnelle et professionnelle trop grande entrent également en ligne de compte.

Enfin, de façon générale, il est encore difficile pour tout le monde d'admettre que la violence conjugale n'est pas uniquement du registre physique et sexuel. Elle peut aussi être verbale, économique et psychologique.

Pour ma part, j'ai longtemps eu des scrupules à interroger les femmes directement alors que j'avais été sensibilisée... et formée au problème

Cécile Carlier-Robertet

Conseillère conjugale
et familiale

de la violence conjugale. Je craignais d'être intrusive. En fait, au fur et à mesure de ma réflexion, j'ai découvert qu'il s'agissait là d'une vague auto-justification pour ne pas prendre le temps... car nous en manquons cruellement !

A cela s'ajoutait la peur d'être démunie, impuissante face à une femme qui serait victime de ce type de violence. En effet, poser une question, c'est accepter le « risque » de la réponse. Que ferais-je alors de cette violence ? Si chacun d'entre nous arrive à entendre qu'impuissance ne signifie pas inutilité, un grand pas sera déjà effectué.

Face à la violence, on peut être utile même si on n'amène pas de solutions. Notre réponse, c'est l'écoute et être écouté, c'est rompre l'isolement. Cette oreille que vous tendez peut tout simplement être accompagnée de la remise de coordonnées d'associations et permanences téléphoniques dont la fonction est d'accueillir des femmes victimes de violence conjugale.

Quoiqu'il en soit pour chacun d'entre nous, l'important est de connaître ses propres limites afin de s'organiser en conséquence. Comprendre et admettre sa difficulté ou son impossibilité à entendre la violence, c'est aussi en avoir moins peur et se donner les moyens de travailler en réseau. Il s'agira là de signaler, si vous n'êtes pas apte à prendre en charge cette situation ou si vous n'avez pas le temps, de prévoir un autre rendez-vous ou d'orienter la patiente vers un confrère ou une structure adéquate.

Le droit et le devoir d'évoquer le sujet de la violence conjugale lors de nos consultations

La violence conjugale, ou violence domestique, est un véritable problème de santé publique. Toute forme de violence à l'égard des femmes affecte gravement leur santé. La violence conjugale, si elle touche la sphère privée, n'est pas une affaire privée. C'est un fléau de société, une atteinte aux droits fondamentaux de la personne. Elle doit être dénoncée et punie. Pour cela, de nombreux articles du Nouveau Code Pénal y font référence.

N'ayons pas peur d'être intrusif en posant la question de la violence. Tout individu garde son libre-arbitre et les femmes victimes de violence ont tout particulièrement développé de grandes capacités à ne pas dire la violence si elles ne le souhaitent pas.

Cependant, face à ce libre-arbitre, il y a nécessité de participer à la « liberté de dire » et d'ouvrir nos portes.

La meilleure façon de dépister la violence conjugale est d'interroger systématiquement les patientes

Pour ma part, j'ai pu vérifier qu'à partir du moment où j'ai utilisé de simples phrases comme : « Lors de ma pratique, je vois beaucoup de femmes qui sont maltraitées par leur conjoint, aussi maintenant, je questionne systématiquement toutes les patientes à ce sujet. Vous disputez-vous parfois violemment avec votre mari ? Que se passe-t-il dans ce cas ? » ; « Vous vivez en couple ? Comment se passe votre relation ? Je vous pose ces questions car de nombreuses femmes sont victimes de violence de la part de leur conjoint et elles présentent souvent des troubles du sommeil (par exemple). Le médecin (ou l'assistante sociale ou la conseillère conjugale et familiale) peut les aider et les soutenir. » Le nombre de femmes rencontrées exprimant la violence conjugale dont elles sont victimes a été multiplié par 2 voire 3 !

Une femme médecin relatait lors des Assises Nationales contre les violences faites aux femmes (25 janvier 2001 à La Sorbonne) que depuis 20 ans qu'elle posait ce type de question, aucune patiente ne s'en était jamais offusquée qu'elle soit victime ou non de ce type de violence.

Cependant, beaucoup de femmes, malgré vos efforts et vos questions, n'oseront pas divulguer leur situation par honte et par peur. Toutefois, elles doivent entendre que vous êtes prêt à parler de la violence avec elles et les aider. De cette façon, elles pourront revenir en parler quand elles seront prêtes ou qu'elles en ressentiront le besoin.

Résumé : les violences sexuées (« justifiées » par la domination exercée par les hommes sur les femmes) se pratiquent sur toute la surface du globe et leurs conséquences sur la santé des victimes sont catastrophiques.

Citoyennes malades des violences

Les médias n'auront pas mené grand tapage autour de la Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes, lundi 25 novembre 2002 !

Les violences sexuées sont souvent sexuelles : viols (dans lesquels nous incluons les mariages forcés), inceste, mutilations génitales, prostitution... Les viols provoquent des traumatismes, plus sévères encore lorsqu'ils sont pratiqués « en réunion » et/ou se répètent, des maux gynécologiques, des infertilités d'origine psychique. Les viols collectifs lors des conflits armés, une tradition séculaire, dénoncée pour la première fois à propos de la Bosnie, sont désormais officiellement reconnus comme des crimes de guerre. Mais on attend encore la mise en place de structures d'accueil pour les victimes, dont les souffrances perdurent bien après l'arrêt des combats. Ce qui ne sera pas fait tant qu'il n'y aura pas aux tables de négociations de la paix des femmes pour rappeler aux ex-belligérants des exactions qu'ils s'accordent à « oublier ».

Les viols peuvent aussi entraîner des grossesses, non désirées évidemment, illégitimes sauf si le viol est conjugal, fréquemment précoces. Une grossesse représente déjà de gros risques dans les (nombreux) pays¹ où l'offre de soins est maigre et où des conditions de vie difficiles ont altéré l'état de santé de la future mère. Quand celle-ci sort à peine de l'enfance², quand le viol ne la fait pas considérer comme une victime, mais comme une coupable indigne de soutien, les risques se multiplient. Mener malgré tout la grossesse à terme ne donne

pas l'assurance d'avoir sauvé sa peau : les récentes condamnations à la lapidation de femmes enceintes des suites d'un viol dans des Etats du Nigeria ayant adopté la charia en témoignent³.

Quand on n'accepte pas une grossesse, rétorquera-t-on peut-être, reste le recours à l'avortement. Hélas ! C'est précisément dans les pays où les moyens contraceptifs demeurent les moins accessibles, que l'avortement est soit interdit (ou soumis à des restrictions) soit inaccessible aussi, que ce soit pour des raisons économiques, idéologiques ou les deux conjuguées. Des milliers de femmes prennent malgré tout le risque d'un avortement clandestin... et en meurent.

Elles auraient pu aussi mourir du Sida : le virus fait de plus en plus de victimes chez les femmes. Cette réalité nous est le plus souvent assénée par les médias sans exposition de sa cause, pourtant clairement établie. La propagation du virus est favorisée par les viols⁴, les mariages forcés de jeunes filles avec des hommes mûrs, l'obligation des relations sexuelles conjugales y compris avec un conjoint « à risques »... En Afrique, une croyance propagée par des guérisseurs fait des ravages : celle que les séropositifs sont décontaminés par un rapport sexuel avec une vierge. Tout cela résulte de la négation du droit des femmes à l'autonomie sexuelle. Quand bien même dans les régions plus particulièrement touchées, bravant le diktat des extrémistes religieux de tout poil (Vatican en tête), et dans un effort de solidarité somme toute peu coûteux des pays riches, on mettrait un terme à la pénurie de présér-

Dominique Foufelle

*Animatrice de l'association
Les Pénélopes*

Les Pénélopes ont pour but de promouvoir, d'éditer et de diffuser des informations, utilisant tous types de médias, du point de vue des femmes et de favoriser les activités assurant l'échange, le traitement, la mise à jour, la centralisation et la diffusion de ces informations en faveur de toutes les femmes du monde. Pourquoi ce nom ? Elles tissent leur toile, les Pénélopes d'aujourd'hui. Cheminant à travers le réseau Internet, elles établissent des liaisons, nouent des liens. Leurs projets ? S'affirmer comme des conceptrices et des utilisatrices des nouvelles technologies de communication, assurer la visibilité de toutes les initiatives portées par les femmes, établir des passerelles entre toutes les femmes du monde, multiplier les réseaux et tricoter à plusieurs un jacquard multiculturel.

Les Pénélopes
www.penelopes.org

vatifs masculins, les femmes ne disposent pas de la liberté d'en imposer l'usage, encore moins de celle de refuser un rapport non protégé.

La prostitution, dont les conflits armés et les crises économiques entraînent l'expansion, pour le plus grand bonheur des réseaux de proxénétisme, achève le travail. La transmission des MST n'est pourtant pas sa seule conséquence en termes de santé. Pour résister à la violence première de l'acte sexuel subi, le corps sommé de ne rien ressentir est négligé - d'où un refoulement des symptômes qui laisse aux maladies le temps de s'installer confortablement⁵. Y compris dans les pays où le système de santé fonctionne encore convenablement, ce mortifère réflexe de survie leur condamne l'accès aux soins. La métamorphose des proxénètes en chefs d'entreprise dans un système « réglementariste » qui menace de s'imposer en Europe, et dont les partisans affirment qu'il apporterait davantage de sécurité aux personnes prostituées, légitimerait la prostitution, la dissimulerait aux regards des « braves gens »... sans soustraire les victimes elles-mêmes à leur mal-être.

Les personnes prostituées vieilliront plus douloureusement encore que les milliers de femmes dans le monde qui après avoir des années durant servi la maisonnée et/ou l'entreprise réputée familiale d'un mari, se retrouvent sans statut, sans pension de retraite et sans soutien.

On le voit, une discrimination, une violence, en entraînent une autre.

Ces faits sont bien connus des Etats regroupés en institutions internationales. L'Onu prescrit régulièrement de mettre un terme aux discriminations les plus flagrantes - tout en laissant libre les Etats d'appliquer ou non ses recommandations.

Il y a pire : depuis la Conférence de Pékin en 1995, les conventions internationales sur les droits des femmes ont enregistré des régressions. Les Etats-Unis accentuent leurs pressions dans ce sens. Dès son investiture, le président Bush a manifesté sa volonté de s'attaquer aux droits génésiques en coupant les fonds fédéraux aux Ong de planning familial soupçonnées de favoriser de quelque façon la pratique de l'avortement. A la dernière Conférence spéciale des Nations Unies sur les enfants, et à la

réunion préparatoire à la Conférence sur la population pour l'Asie et le Pacifique (Bangkok, décembre 2002), les Etats-Unis sont intervenus pour changer des termes jugés trop permissifs comme ceux de « soins reproductifs ». La prévention du Sida se résume pour Bush à un slogan, « Abstinence only » (Seulement l'abstinence). Et il s'est fixé pour objectif d'exporter ce « programme » qu'il finance grassement dans son pays, et dont il est superflu d'exposer les dramatiques conséquences.

Pour faire triompher cette cause sacrée, les Etats-Unis se sont alliés au Vatican... et aux fondamentalistes musulmans ! L'Irak aussi a été invité à mener cette croisade. Au nom du respect des « cultures » et des « consciences », les droits des femmes risquent de ne plus être universels.

Ceux qui défendent la liberté des mâles à gouverner « leurs » femmes comme ils l'entendent ont-ils conscience qu'ils en subissent les effets ? En dépit des discriminations et des obstacles qu'elles engendrent, les femmes sont les principales actrices du développement, même les bailleurs de fonds le reconnaissent ; elles assurent partout le lien social, et dans de très nombreux pays la survie des familles. Une société où les femmes vont mal ne peut être qu'une société malade. La guérison du monde passe par l'abolition du système patriarcal. Mais un monde en bonne santé est-il le souhait de tous ?

1 A titre d'exemple, sur 100 000 accouchements en Afghanistan, 1 700 provoquent le décès de la mère. Selon une étude du Global Health Council, le décès d'environ 700 000 femmes enceintes, et 300 000 grossesses non désirées, dans les pays pauvres, auraient pu être évités si les pays riches n'avaient pas omis de verser 54 % des fonds promis à l'issue de la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire en 1994.

2 L'Unicef dénonce la grossesse comme la première cause de mortalité chez les moins de 20 ans.

3 Grâce à une mobilisation féministe internationale, les sentences n'ont pas été exécutées. Mais le bras de fer entre le gouvernement fédéral et ces Etats continuent, les femmes en étant les otages.

4 Par exemple : sur les quelque 500 000 femmes violées durant le génocide au Rwanda en 1994, 80 % sont contaminées.

5 Lire l'article de Judith Trinquart-Jacobs sur le site Les Pénélopes :

http://www.penelopes.org/xarticle.php3?id_article=2297

Résumé : La consultation de contraception met en jeu deux protagonistes : le médecin qui n'est plus là pour soigner une malade, mais aider une patiente à harmoniser sa vie sexuelle et la femme qui, avec ses ambivalences et soumise aux normes de la société, vient réclamer une contraception médicalisée. Cet échange est parfois un dialogue de sourds...

Contraception, échecs de contraception

Dans le monde, 300 millions de couples n'ont accès à aucun service de planning familial. Si les grossesses non désirées étaient évitées, le taux de croissance mondiale chuterait de 19 %. En France, une femme sur deux est confrontée à une IVG au cours de sa vie.

On enregistre aujourd'hui dans notre pays environ 220 000 IVG par an (une IVG pour quatre naissances). Deux fois plus que chez nos voisins hollandais ou canadiens alors que la législation y est beaucoup plus souple. Dans ces pays, l'éducation à la sexualité est une priorité, elle est effective dans les écoles et ce dès le plus jeune âge. Des visites sont organisées pour les adolescents dans les centres de planification familiale. Il existe donc une réelle politique de prévention qui tarde à se mettre en place en France, même si de gros efforts ont été accomplis ces dernières années et si la loi du 4 juillet 2001 prévoit de nouvelles dispositions qui vont dans le bon sens. Cela contribuera sans doute à réduire le non recours à la contraception et les situations d'échec.

Le rôle du médecin : soigner une malade ou harmoniser la vie sexuelle d'une patiente ?

En attendant, comment le médecin vit-il son rôle dans la prescription contraceptive ? Quelles sont les parts de responsabilité qui lui incombent

dans l'échec de contraception, aux côtés de la patiente ? La vocation du médecin lui dicte de se faire l'allié des forces de vie contre celles de mort. Or la prescription de contraception se fait l'alliée, sinon des forces de mort, des forces de non-vie, de non-reproduction. Ensuite sa vocation de soigner le met habituellement à bonne distance du regard de la jouissance sexuelle de ses patients. La neutralité du soignant est mise à mal, car aborder la sexualité sans avoir pris un certain recul fait intervenir ses convictions personnelles sur ce qui est censé « être bien » ainsi que des notions d'ordre moral ou religieux. La tentation est grande de se réfugier derrière un savoir scientifique qui donnerait tout le poids de l'autorité. En outre, lors d'une consultation de contraception, le médecin n'est pas dans une position médicale traditionnelle. Il n'y a ni maladie, ni soins, ni guérison, mais prévention. Le médecin n'est là que pour conseiller la patiente et il y a une sorte de renversement des rôles. La patiente choisit son mode de contraception, le médecin n'est là que pour le prescrire. Il se trouve délogé d'une position de pouvoir, corollaire habituel de sa fonction. Enfin, le médecin doit tenir compte de toutes les contradictions internes non dites de la patiente. Vouloir convaincre à tout prix, donner une réponse efficace ne permet pas à la parole de se libérer et risque

Sophie Eyraud

Médecin généraliste

de conduire à l'échec. Il est nécessaire d'écouter, de décoder les demandes, les symptômes, de laisser le temps à ce qui est implicite de se dire. Il faut accepter qu'il soit impossible de contrôler un phénomène qui échappe aux manœuvres de l'intention consciente et contourne la raison, et accepter le compromis avec sa part d'échec, accepter de ne pas être toujours efficace sans pourtant être moins bon médecin.

Le point de vue des femmes

Le désir inconscient des femmes variera selon leur âge, la qualité de leur relation de couple, leur histoire personnelle. Ainsi, chez la femme en période de reproduction, ce désir inconscient peut ne pas coïncider avec une réalisation raisonnable qu'est la naissance d'un enfant. Il est alors à l'origine de bien des plaintes existentielles et somatiques, de grossesses inattendues, dites non désirées et souvent interrompues, d'oubli de pilule. Pour la plupart des femmes, même les plus comblées dans leur maternité, il manque toujours un enfant à l'appel de la réalité.

Une frigidity peut ainsi s'installer chez celles qui ont besoin de courir un risque, de transgresser un interdit pour accéder à la jouissance sexuelle. La contraception efficace les prive de ce risque. En outre, les rapports sexuels étant toujours possibles, puisque la femme est en permanence disponible et inféconde, le désir s'est souvent estompé. Le partenaire est aussi confronté à ses propres limites du désir, de ses capacités érectiles. Au bout du compte, la contraception a changé peu de chose à la frigidity, contrairement aux espoirs qu'elle a pu susciter en ce domaine. Les signes d'intolérance à la contraception ou les douleurs ou encore les vaginites à répétition sont venues remplacer les classiques migraines.

Chez la femme de quarante ans passés dont la fertilité spontanée baisse, la demande de contraception peut traduire l'illusion que son désir d'enfant reste un souhait réalisable. La fertilité à 45 ans est de 1 pour 1 000. Cette contraception naturelle tout à fait efficace peut paraître

incroyable, voire humiliante : « On m'a dit que sans aucune contraception, j'étais moins fertile qu'une femme de vingt ans avec un stérilet ! » Certaines femmes souhaitent avoir un bébé à nouveau (« mais ce n'est pas raisonnable » disent-elles) au moment même où leur fille pourrait être enceinte. L'arrêt de la fécondité, l'inutilité de la contraception confrontent aussi la femme à une sexualité uniquement tournée vers le désir, pour le plaisir. Cela peut leur sembler indécent et peu moral.

Quant à l'adolescente, c'est vers elle essentiellement que se porte la prévention. 50 % des premiers rapports se font sans protection contraceptive. On enregistre chaque année en France 10 000 grossesses chez les adolescentes. Parmi elles, 7 000 auront recours à une IVG. Ceci dit, l'hyper sexualité des adolescents est un mythe : l'âge du premier rapport sexuel est de 17 ans et n'a pas changé depuis 30 ans.

L'adolescente sans contraception accomplit un désir autre que celui d'un enfant. Elle se détache, se dégage de sa mère. Et cela au prix parfois d'un enfant qui ne se fera pas. Enfant auquel elle s'identifie qui vient signer qu'elle n'est plus une enfant devant témoin. L'IVG de l'adolescente s'adresse à la mère. C'est d'ailleurs souvent la mère inquiète qui amène sa fille en consultation, sans toujours tenir compte du désir de l'adolescent ou de sa peur de la sexualité. La mère revit sa propre adolescence en un autre climat culturel. Elle va vouloir réparer au travers de sa fille sa propre jeunesse escamotée, soit va la jalouser. En demandant un contraceptif pour sa fille, sans le savoir consciemment, la mère se montre libérale et en même temps s'assure un droit de regard sur la sexualité de son enfant. Si le médecin n'y prend pas garde, il risque de faire collusion avec la mère et le contraceptif sera l'objet des parents, les résistances vont se faire jour chez l'adolescente. Au contraire s'il est vigilant, il peut restituer à la jeune fille son autonomie, son droit de parole, en refusant que la prescription soit téléguidée par la mère. Il est ainsi en position de dénouer ce qui

pourrait constituer un « cordon infernal » entre la mère et la fille. Cependant, il lui sera parfois difficile de délivrer une information efficace. Prescrire une contraception orale sans parler de préservatifs n'est pas mieux que de refuser de prescrire une pilule pour rendre le préservatif obligatoire. Mort et sexualité se trouvent liés dans la réalité. Les adolescents en ont assez qu'on leur présente toujours la sexualité sous cet aspect mortifère. Si la sexualité est maintenant autorisée, un modèle rigide est imposé : une sexualité contraceptée et aseptisée : pas de grossesse, pas de risque infectieux. Mais ce modèle peut être lui aussi rejeté et l'on observe de nombreuses demandes d'IVG et une recrudescence des MST. En outre, les conseils de protection peuvent être vécus comme des phobies d'adultes ou une injonction à une morale de fidélité. Toutes ces mesures préventives vont à l'encontre de l'élan amoureux, de la notion d'invulnérabilité et du « ici et maintenant » dans lequel vivent les adolescents. A cet âge, on vit dans l'instant et cette instantanéité s'accommode mal de la programmation et de la planification des comportements. Pour anticiper, il faudrait qu'ils aient pris conscience de leur fertilité et de leur vulnérabilité.

Les différentes méthodes

L'échec de la contraception peut être en partie imputé aux méthodes elles-mêmes. Ainsi, la pilule n'est plus du tout vécue comme libératrice. Si les aînées ont supporté sans broncher des œstroprogestatifs fortement dosés, la jeune génération se plaint de plus en plus du caractère astreignant et surtout non naturel de la pilule, considérée comme un médicament chimique et qui plus est, incompatible avec la cigarette. Nous savons tous que si nous proposons à une jeune fille qui fume l'alternative pilule ou tabac, elle choisira le tabac. On ne peut que regretter l'impact de la publicité pharmaceutique mensongère sur des médecins crédules qui prescrivent depuis de nombreuses années des pilules dites de troisième génération chères et non remboursées à des patientes qui ne

peuvent pas en assumer la charge, sous prétexte qu'elles seraient moins nocives pour la santé, ce qui s'est révélé totalement inexact.

La tendance actuelle qu'on perçoit chez les femmes est de reprendre possession de leur corps en dehors de la médecine et d'assurer leur contraception en accord avec l'écologie ambiante.

Les méthodes locales qui ne nécessitent pas de visite gynécologique ni ordonnance vont dans le sens de cette quête. Leur efficacité relative laisse une échappatoire au désir d'enfant

Le stérilet, par sa dénomination même, alimente tous les fantasmes de stérilité. Le DIU a d'ailleurs longtemps été réservé aux femmes ayant eu des enfants. De plus en plus de médecins en posent à des nullipares. Les femmes entendent des discours contradictoires et elles ont du mal à s'y retrouver. En outre, certaines n'arrivent pas à oublier ce corps étranger responsable de tous leurs maux, qui « donne des infections » comme elles nous disent ! Pour d'autres, les saignements occasionnés (ménorragies, métrorragies) vont motiver une demande de retrait anticipé : en effet dans les religions juive et musulmane, ils sont synonymes d'impureté, entraînant des interdits dans la vie quotidienne.

Le préservatif féminin est très peu utilisé. Il n'a pas la cote auprès du corps médical. C'est la seule méthode qui permet aux femmes de se protéger des MST sans avoir besoin de la participation du partenaire. Il confirme la tendance d'une appropriation du corps de la femme. Même si, de prime abord, son aspect peut paraître rébarbatif, il a des avantages certains : il ne craque pas, on peut le mettre à l'avance, l'homme peut rester plus longtemps.

L'implant contraceptif n'est pas encore la solution miracle vantée par les médias. Les effets secondaires non négligeables (prise de poids, métrorragies) et la difficulté de son retrait, n'en font pas une méthode de première intention.

La ligature des trompes et la vasectomie ont été légalisées par la loi du 4 juillet 2001. Mais décidées trop rapidement sans maturation de décision, les

techniques définitives entraînent parfois une symptomatologie psychosomatique secondaire ou des troubles du désir. Même s'ils n'en veulent plus, les femmes et les hommes ont besoin de faire des enfants imaginaires dans leur tête.

La contraception d'urgence présentée en 2000 au moment de la première campagne de contraception a souvent été assimilée à une contraception normale. Il n'est pas rare de voir des jeunes filles l'ayant prise quatre ou cinq fois dans le cycle. Il peut être cependant intéressant de la prescrire préventivement à des femmes qui utilisent une méthode locale féminine ou masculine.

Quant au préservatif, contraception dite masculine, il a une image encore assez négative et il est parfois difficile à négocier. Il matérialise une barrière vécue comme imperméable et qui empêche la fusion. Il rappelle qu'il faut se protéger contre les MST, mais aussi contre l'autre que l'on aime. L'IVG ne peut, cependant, se résumer à un échec de contraception. C'est un acte de conflit entre une femme et son désir, une femme et sa mère, sa famille, son partenaire. Il s'agit d'une lutte où il n'est pas question de maladie, mais de vie, où la mort évoquée n'est pas celle de la personne en face de nous, mais celle d'un rêve, d'un fantasme, de quelque chose en devenir qu'il est parfois difficile de nommer.

Les choses ne sont donc pas aussi simples que le laisse entendre le slogan, « Un enfant si je veux quand je veux ! » Un des paradoxes de la prescription de contraception est l'écart entre son extrême banalisation et l'enjeu de ce qui se joue. Le discours sur la contraception a été assimilé intellectuellement mais pas du tout émotionnellement. Dans l'acte de prévention, l'information technique ne suffit pas, il faut concentrer l'effort sur la qualité relationnelle entre l'acteur de prévention et l'utilisateur. Si le médecin accepte de ne pas se cantonner à la prescription médicale, de ne pas rechercher l'efficacité à tout prix et accepte que les symptômes présentés puissent servir de prétexte à

cette consultation, il entend affleurer ce qui est de l'ordre du désir, de l'angoisse de la jouissance et du corps. Il peut alors aider la patiente à verbaliser les conflits conscients et inconscients qui l'habitent.

Bien sûr, le médecin doit être à l'écoute de la problématique de la femme, mais il ne peut pas tout faire seul. Les interventions de prévention en particulier en milieu scolaire prévues par la nouvelle loi dès le primaire, pourront aborder la relation avec l'autre, la responsabilité affective et permettre ainsi aux garçons et aux filles d'être partenaires à part entière et responsables ensemble du contrôle des naissances et de leur sexualité.

1 *Les jeunes face à la contraception. A l'écoute des jeunes*, Fondation de France et Fil Santé Jeunes, novembre 2001.

2 *Freins psychologiques à la mise en place d'une contraception chez l'adolescent*, Florence Baruch, octobre 2001 (4^e journée d'étude sur l'avortement et la contraception).

3 *Obstacles médico-sociaux à la contraception chez l'adolescente*, André Fouks, octobre 2000 (4^e journée d'étude sur l'avortement et la contraception).

4 *Contraceptions, mode d'emploi*, Martin Winckler, Editions Au diable vauvert, 2001.

5 *Une politique de réduction des risques sexuels pour les femmes en difficulté de prévention*, Janine Mossuz-Lavaud, 2001

6 *Informer ou écouter. Prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle : bilan et propositions pour les actions de proximité*, H. Lisandre - C. Wernoth, 1998.

7 *Revue Gynécologie et psychosomatique* :

« Les paradoxes en contraception », F. Cribier

« Pourquoi la contraception ne sera jamais complètement efficace ? », A. Bouillon - S. Lebreton

« La contraception à la préménopause », F. Goupil-Rousseau

« L'adolescente et sa première contraception », S. Mimoun, septembre 99, n°23

« Le gynécologue face à la demande de contraception chez l'adolescente », Sylvain Mimoun, septembre 99, n°25

« Contraception à l'adolescence ; limites de la prévention » n°23

« La place de la sexualité dans les religions », H. Jacquemin-Le Vern, septembre 96

« Contraception et sexualité », H. Jacquemin-Le Vern

« La contraception dite masculine », n°23, septembre 1998

« Psychosomatique et contraception moderne », M. Dayan-Lintzer - M. Bydlowski, septembre 99, n°25

« IVG et contraception », avril 99, n° 24

Résumé : Alors que le recours à la contraception médicalisée s'est largement diffusé au cours de ces dernières décennies pour atteindre aujourd'hui un des niveaux les plus élevés au monde, la relative stabilité du recours à l'interruption volontaire de grossesse sur la même période conduit à s'interroger sur les conditions d'accès et de pratique régulière de la contraception en France.

La contraception en questions

Trois femmes sur quatre de 18-44 ans déclarent utiliser une méthode de contraception, dont 56 % la pilule et 15 % le stérilet, et moins de 3 % déclarent ne pas utiliser de contraception alors qu'elles ont des rapports sexuels et ne recherchent pas une grossesse. On estime par ailleurs qu'il y a environ 200 000 avortements par an et que près de 30 % des 760 000 naissances surviennent alors que les femmes déclarent qu'elles n'avaient pas prévu être enceinte à ce moment là. Ces échecs de contraception ne sauraient résulter exclusivement des 3 % de femmes sans contraception. Des entretiens auprès de femmes s'étant trouvées face à une grossesse non prévue permettent de mieux comprendre ce qui se joue dans la survenue d'un « échec de contraception »¹ et qui va bien au-delà d'un problème d'information.

Le passage d'une maternité subie à une maternité volontaire et totalement contrôlée correspond à la production d'une « norme contraceptive », les femmes qui ne prennent pas de contraception alors même qu'elles ne désirent pas être enceintes sont alors considérées comme « déviantes », ainsi d'ailleurs, dans une moindre mesure, que celles qui ont opté pour une contraception non médicale, présentée comme archaïque et dépassée. Toute relation sexuelle se doit de débiter avec le préservatif, auquel succède la pilule dès que la relation se stabilise, avant de passer au stérilet dès que le nombre d'enfants souhaités est atteint. La norme contraceptive renvoie aujourd'hui à la programmation des naissances dans un temps socialement prescrit. Les femmes qui se situent en dehors de ces schémas (jeune femme dont la sexualité est perçue trop précoce, femme nullipare souhaitant utiliser un stérilet, etc.) se trouvent dans des situations délicates à gérer. Dans le domaine de la sexualité, la priorité qui reste accordée, y compris

par les femmes elles-mêmes, au plaisir masculin, qui atteste de la persistance de la domination masculine a une l'incidence, sur les pratiques contraceptives. Parfois, le choix d'une méthode se fait en fonction des préférences du partenaire. Parfois même, l'absence de contraception résulte d'un refus de l'homme d'utiliser une ou la méthode de contraception proposée par la femme.

Certaines grossesses non prévues apparaissent clairement dues à l'inadéquation de la méthode utilisée à la vie sexuelle ou aux conditions de vie de la femme. La logique médicale de recherche de l'efficacité maximale, qui conduit souvent les médecins à prescrire la pilule dès lors qu'il n'existe pas de contre-indications médicales, se heurte ici à une limite psycho-sociologique que les médecins ne sont pas toujours capables de prendre en compte. Au-delà de la nécessaire amélioration de la formation des médecins concernés, c'est la nature même de la relation dans ce colloque singulier qui se trouve interrogée. Ainsi, la prescription d'une pilule chez une femme dont la vie sexuelle est épisodique peut s'avérer problématique et conduire la femme à une utilisation aléatoire. Le stérilet, qui, sans raison objective, reste prescrit aux femmes ne souhaitant plus d'enfant, aurait pu, par exemple être une méthode plus adaptée à une telle situation. De même, recommander à une femme d'utiliser des préservatifs alors que son partenaire refuse d'en utiliser peut la placer dans une situation d'autant plus difficile à gérer qu'elle dépend socialement et/ou affectivement de lui.

Toute mesure visant à permettre, aux femmes comme aux hommes, de choisir la méthode la plus adaptée à leurs conditions de vie et à leur sexualité, ne pourra que contribuer à une diminution des grossesses non prévues.

Nathalie Bajos

Socio-démographe,
Inerm-Ined U569

1 Elle a récemment publié : *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Nathalie Bajos, Michèle Ferrand et l'équipe GINE, Editions INSERM, 2002.

Résumé : Confidences de femmes rassemblées en un seul récit pour décrire les difficultés que peut rencontrer une femme en demande d'IVG.

Le parcours de la combattante

Eve Errance

J'avais un peu plus de deux semaines de retard de règles. J'ai alors fait le test qui s'est révélé positif. J'étais complètement effondrée. Il s'agissait d'une relation sans lendemain, j'étais vraiment seule et ne pouvais pas garder cette grossesse.

Sur les conseils d'une amie, je consulte un médecin qui me dit : « Vous êtes juste dans les temps pour l'IVG médicamenteuse. Allez dans le centre de planification, ils vous donneront les comprimés. » Je prends ma journée et me rends au centre indiqué. Mais je découvre qu'il y a toute une procédure à respecter ; il est trop tard pour les comprimés et pour l'IVG, le délai d'attente est de trois semaines ! La conseillère que je vois me donne quand même différentes adresses.

Je prospecte toute seule par téléphone sans perdre de temps, il m'est difficile de prendre encore une RTT. Je contacte de nombreux hôpitaux et cliniques et chaque fois, je dois raconter mon histoire, c'est pénible et je ne suis pas toujours bien reçue. Dans une clinique, on me répond : « On ne les fait pas à plus de 9 semaines d'aménorrhées¹ et vu les délais d'attente, ça ne peut pas coller. » D'autres me disent : « On réserve les places aux patientes qui ont accouché chez nous. » Ailleurs : « On inscrit en priorité les femmes qui habitent le département. » Je suis découragée. Dans un hôpital, on se permet même de me dire : « On ne fait pas ça chez nous et puis c'est si beau un bébé ! » Je sais ce que je fais et ce n'est pas de gaïté de cœur !

Enfin je trouve un hôpital qui me donne un rendez-vous la semaine suivante. Au téléphone, le ton est plutôt sympathique. Elle me dit : « Venez avec votre carte de groupe sanguin et une échographie. »

Je prends alors un rendez-vous d'échographie. En arrivant, je n'ose pas dire ma décision d'IVG et le

médecin me montre l'écran, me fait entendre les bruits du cœur et me donne moult détails, de bons conseils classiques sans doute pour une future maman. J'ai envie de lui hurler à la figure que je ne veux ni voir ni entendre, qu'il termine vite surtout qu'il termine vite. En sortant, je suis anéantie.

Enfin le jour de la consultation arrive. Au guichet, la secrétaire me demande : « C'est pour quoi ? » Comme j'hésite, elle regarde le dossier et dit bien fort « Ah c'est pour une IVG ! » J'ai envie de pleurer. En allant m'asseoir dans la salle d'attente, je me rends compte que je suis entourée de femmes enceintes jusqu'aux yeux... Je suis de plus en plus mal à l'aise.

Un médecin me reçoit. C'est une femme, ça me rassure et elle est agréable. J'aurais bien aimé lui parler un peu plus, mais elle est pressée. Je ressors avec la date prévue pour l'intervention et les horaires de consultation de la psychologue, au cas où je voudrais parler de tout ça !

Le jour de l'IVG, comme il n'y a pas assez de lits, je partage la chambre avec une femme qui est là pour un problème de stérilité. Nous entendons les bébés qui pleurent dans la nursery juste à côté, la culpabilité et la tristesse m'envahissent.

Ça y est c'est fait, « Tout s'est bien passé. » Je suis soulagée mais ne sors pas indemne de cette épreuve, il faut maintenant penser à soigner mes bleus à l'âme...

1 Retard de règles

NDLR : Il s'agit là d'une femme parlant le français, bénéficiant de la sécurité sociale, claire dans sa décision d'IVG et dont les démarches ont été entreprises en dehors des périodes de vacances. Dans le cas contraire il ne s'agit plus du parcours du combattant, mais de la traversée d'un champ de mines !!!

Le vrai travail des femmes médecins

Marion Lagneau

Médecin gastro-entérologue

X travaille à l'hôpital :
c'est une femme (une chance sur 2).
Y travaille en libéral :
c'est un homme (4 chances sur 5).

Il discute avec les collègues :
le cas des malades le passionne.
Elle discute avec les collègues :
encore en train de jacasser.

X est chirurgien :
c'est un homme (4 chances sur 5).
Y est anapath, ou pédiatre, ou endocrino :
c'est une femme (3 chances sur 5).

Il est en réunion avec la direction/les tutelles :
toujours soucieux de concertation.
Elle est en réunion avec la direction/les tutelles :
de quoi se mêle-t-elle ?

Il travaille 58 heures par semaine :
quel bon médecin libéral !
Elle travaille 51 heures par semaine :
ça dévalorise la profession...

Il n'est pas là aujourd'hui : sûrement à un
congrès.
Elle n'est pas là aujourd'hui :
tiens ! on est mercredi ?

(Il/Elle travaille 50 heures par semaine :
hospitalier !
Il/Elle travaille 46 heures par semaine :
salarier non hospitalier ?)

Il part en congrès :
c'est excellent pour sa formation.
Elle part en congrès : et qu'en pense son mari ?

Il arrive en retard : il a eu une urgence.
Elle arrive en retard :
elle a amené les enfants à l'école.

Il est malade : c'est sûrement grave.
Elle est malade : c'est sûrement la grippe.

Il a des consultations rapides : il réfléchit vite !
Elle a des consultations longues : elle pense
en même temps à sa liste de courses...

Il part en vacances : se détendre lui fera du bien.
Elle part en vacances :
sa famille passe avant le travail.

Il se fâche contre la secrétaire :
normal, il est débordé !
Elle se fâche contre la secrétaire :
qu'elle est agressive !

Il sera médecin : un avenir de plus en plus
rare...
Elle sera médecin : environ 60 % des femmes
actuellement reçues au concours
de première année...

Il a un bureau encombré :
c'est un bourreau de travail.
Elle a un bureau encombré :
qu'elle est désordonnée !

Vous pouvez reprendre vos consultations,
chères consœurs.

Vous pouvez reprendre vos gardes
et interventions, chers confrères...

Résumé : Face à la mort et à la maladie, la domination masculine engendre un paradoxe : les hommes meurent beaucoup plus tôt que les femmes, mais les femmes se sentent davantage malades et consomment davantage de soins. Pour les femmes, les interdits sociaux de comportement dangereux ont un effet bénéfique. D'autre part, elles sont davantage invitées à percevoir, exprimer et interpréter les signaux du corps. Pour autant, le paradoxe ne profite pas aux femmes dans leur dernière décennie.

Femmes et hommes, des différences paradoxales

Entretien avec
Pierre Aiach

Sociologue, directeur à l'INSERM, membre du Centre de recherches sur les enjeux contemporains en santé publique (CRESP)

Il a publié : Femmes et Hommes dans le champ de la santé, 2001, éditions ENSP.

Pratiques : Comment s'exerce la domination masculine dans notre société, et sur quoi s'appuie-t-elle actuellement ?

Pierre Aiach : Je fais référence à la domination symbolique décrite par Bourdieu dans son dernier livre¹, c'est différent de la domination physique ou économique : c'est l'intériorisation des normes imposées par les hommes.

Peut-on parler vraiment d'inégalités de santé entre hommes et femmes, alors que l'espérance de vie des hommes est très inférieure (8,2 ans) à celle des femmes ?

C'est la vraie question. Quand un groupe est dominé, socialement, politiquement, qu'il s'agisse d'une classe sociale, d'une ethnie, d'une minorité, sa mortalité est habituellement plus forte, on devrait donc trouver la même chose pour les femmes, et c'est le contraire ! Ce n'est pourtant pas non plus une inversion du rapport de domination, les femmes prenant ainsi une sorte de revanche. Cette thèse ne résiste pas à l'analyse des faits relatifs à la condition des femmes et des hommes dans notre société et dans le monde. Tout d'abord, notons que la surmortalité masculine est un phénomène relativement récent. Tant que les causes principales de mortalité étaient infectieuses, elles touchaient de manière assez égalitaire hommes et femmes, riches et pauvres. Depuis que les causes infectieuses ont régressé, ce sont les maladies dégénératives et les cancers qui sont devenues les causes principales de la mort, et

elles, elles sont accentuées par les comportements individuels, marquées par les appartenances de classe, et par les conditions de travail, les risques professionnels. Ça a à voir avec la domination masculine, dans la mesure où les comportements personnels sont régis par les interdits sociaux concernant par exemple l'usage du tabac et des boissons alcoolisées, les comportements agressifs et dangereux. Finalement, ces interdits sociaux ont eu un effet bénéfique sur la santé des femmes.

Est-ce qu'il y a une inégalité sociale devant la mort pour les femmes ?

Oui, mais elle est peu importante, par rapport aux inégalités entre homme et femmes. Même aux deux extrémités de l'échelle sociale, une femme d'ouvrier a une espérance de vie bien supérieure à celle d'un homme, cadre supérieur par exemple. Et cette différence est plus importante que celle qui existe entre un cadre supérieur et un ouvrier.

Dans votre ouvrage, à l'aide d'enquêtes et de statistiques, vous nous montrez clairement que les femmes se déclarent plus malades que les hommes, et cela est corroboré par une consommation plus importante de consultations de médecin (+37 % en 1991) et de médicaments. Or, elles meurent plus tard. Comment est-ce possible ?

Je diverge avec de nombreux auteurs sur la morbidité : ce n'est pas l'expression de la domination des hommes sur les femmes, mais l'expression d'un rapport au corps différent, qui s'est construit

au fil des siècles dans nos sociétés. Et aussi d'un rapport différent aux questions de médecine et de santé. Les femmes prennent en compte les signes corporels, les expriment davantage comme symptômes, et les interprètent mieux en terme de pathologie. Cette conviction repose sur un travail préalable que j'ai fait, sur la douleur et les symptômes sous forme d'enquêtes semi-quantitatives en 1983.

Cela confirme les impressions que l'on peut avoir en clinique, dans un cabinet de médecine générale.

Cela a été étudié ; on considère que le regard, masculin, du médecin généraliste interprète volontiers la plainte d'une femme sur le plan « fonctionnel », et une plainte d'un homme plus volontiers somatique. La femme ne se présente pas de la même manière dans un cabinet médical, le discours est plus abondant, plus varié, il y a davantage d'interprétation. C'est déjà une forme d'élaboration.

Donc, il n'y a pas de rapport entre la surmorbidity des femmes et leur « sous-mortalité » ?

La morbidité telle qu'elle apparaît dans les enquêtes ou dans les pratiques n'a pas grand chose à voir avec la mortalité. La plupart des plaintes concernent des pathologies qui n'entraînent pas de risque vital ; seuls 5 à 10 % comportent le risque vital. Le reste sera suivi d'une prescription médicale, ou d'automédication, ou de rien du tout ; cette masse de pathologie n'a rien à voir avec la mort, ni avec la pathologie grave.

Donc, un groupe dominé, les femmes sortent vainqueur de ce combat ; est-ce un gain ?

Posez-vous la question ! Il y a davantage de vieilles personnes femmes, la plupart du temps elles vivent mal à cet âge avancé, d'autant plus si elles ont peu de réseau social, si elles ont des revenus modestes ou insuffisants, et si elles ont des difficultés de santé. Dans le milieu ouvrier, compte tenu de l'âge moyen précoce de la mort, de la différence d'âge entre mari et femme, c'est environ 15 ans de veuvage pour les femmes, à la fin de leur vie : on doit aussi en parler en terme d'inégalité. On peut dire que l'inégalité sociale est renforcée par le genre.

Vous faites remarquer aussi la moindre surmortalité des hommes mariés, feriez-vous l'apologie du couple ?

Les femmes vivant en couple sont relativement protégées aussi ; mais on peut dire que la femme est régulateur dans la vie du couple, sur le plan de l'alimentation, des conduites à risque et des pré-occupations de santé et de soins.

Connaissant maintenant ces données, si on voulait faire de la prévention, quelles mesures seraient à prendre ?

On pourrait imaginer que les gens les plus exposés aient des retraites modulées... la durée de la retraite n'est pas la même pour tous, le montant de la retraite non plus. Quand le montant est faible, et que, du fait de la surmortalité masculine, la femme ne touche, par reversion, que 50 %, il ne reste pas grand-chose. En France, on ne tient pas compte de ces données dans les choix des politiques. Le rapport du Haut comité pour la santé, et le rapport de l'Académie de médecine exposent bien les données ; l'Académie de médecine préconise de la prévention, de l'éducation, tout dans le comportement individuel. Mattei lui, en répondant, ne parle plus du tout des inégalités, mais seulement des revendications des médecins ! Si on voulait une véritable prévention des inégalités, ce serait en améliorant les conditions de vie, les salaires, les risques liés au travail, il n'y a pas que les comportements individuels. Nous ne sommes pas dans une société, actuellement, et sous le gouvernement précédent non plus, qui diminue les injustices sociales et par là qui diminuerait les inégalités.

Les partis politiques et les syndicats ne parlent que des soins, mais l'essentiel est ailleurs et personne ne s'en occupe.

Ce sont les conclusions d'un sociologue en colère ?

Non, ce sont les conclusions logiques après les études que j'ai faites.

Propos recueillis par Patrice Muller et Martine Devries.

1 Bourdieu P., (1998) *La domination masculine*, Paris, Seuil.

en France

- L'espérance de vie des femmes est de 82,10 ans contre 74,20 ans pour les hommes.
- Une femme sur quatre a subi au moins une fois dans sa vie des violences conjugales.
- Une femme meurt tous les cinq jours suite à des violences conjugales.
- Une femme victime de violences conjugales fait cinq fois plus de tentatives de suicide que la population générale.
- Une femme sur deux a recours à une IVG.
- Au 1^{er} semestre 2001, 62 % des 15-29 ans ayant découvert leur séropositivité étaient des femmes.

dans l'Union européenne

- 20 % des adultes infectés par le virus du SIDA en Europe sont des femmes et 26 % des nouveaux cas se recrutent dans la population féminine.
- Le taux de chômage des femmes est de 30 % supérieur à celui des hommes.
- 33 % des chômeuses perçoivent une indemnité contre 50 % des chômeurs.

dans le monde

- Plus de 30 % des femmes sont confrontées à des violences conjugales.
- Une femme meurt chaque minute en accouchant.
- 99 % des femmes qui meurent chaque année du fait de leur grossesse (soit un demi-million de personnes) vivent dans les pays en voie de développement.
- Le taux de mortalité des fillettes de moins de 5 ans est de 41/000 contre 31/000 pour les garçonnetts par manque de soins ou de nourriture accordés aux petites filles.
- 55 % des infections HIV de l'adulte en Afrique subsaharienne, 30 % en Asie du Sud-Est et 20 % aux Etats-Unis d'Amérique concernent des femmes.
- En Afrique, il y a actuellement 12 à 13 femmes infectées par le virus du SIDA pour 10 hommes infectés.
- 80 % à 90 % des familles pauvres sont des familles monoparentales avec une femme seule et des enfants.
- Plus de 70 % des plus pauvres sont des femmes.
- Les 2/3 des 900 millions d'analphabètes sont des femmes.
- 60 % des enfants non scolarisés sont des filles.
- Chaque année, 6000 fillettes âgées de 4 à 10 ans sont excisées. En l'an 2000, on estime à 140 millions le nombre de filles ayant subi une excision.
- Les femmes fournissent les 2/3 des heures totales travaillées pour lesquelles elles ne perçoivent que 10 % du revenu mondial.
- Les femmes salariées ne gagnaient en 1999 en moyenne que 40 à 80 % du salaire des hommes.
- 4 millions de femmes de tous âges sont vendues chaque année à des proxénètes, des marchands d'esclaves ou des maris.
- 60 % des mariages sont arrangés.
- Seulement 14 % des parlementaires sont des femmes.

Nos sources :

- www.attac.org et www.penelopes.org (d'après les PNUD 2000, 2001 ; BIT 2000 ; WISTAT 2001)
- *La pauvreté est féminine*, document publié par une ONG allemande, la Welthungerhilfe
- rapport Henrion 2001
- *Les inégalités devant la santé, femmes et hommes dans le champ de la santé*, Pierre Aiach, éd. ENSP 2001
- *Atlas de la sexualité dans le monde*, éd. Autrement
- OMS : www.who.int

Résumé : D'objet méprisable et souvent méprisé au XIX^e siècle, « La » femme est devenue de nos jours une icône, une image glamour sur papier glacé. L'auteur nous convie en feuilletant magazines et journaux du siècle dernier et actuels à constater le décalage entre la femme mythique et la femme réelle, première victime aujourd'hui de la précarité et de la mondialisation.

La femme née de ses images

« Envisagée au point de vue de l'anthropologie et de la physiologie, c'est-à-dire, au point de vue purement zoologique, la femme est la femelle de l'homme. (...) Elle est anatomiquement moins bien organisée. (...) Cette infériorité anatomique incontestable se traduit dans toutes les fonctions, tous les appareils, tous les tissus.(...) Son cerveau pèse entre 1100 et 1300 grammes contre 1300 à 1400 grammes chez l'homme. En outre, il est moins plissé, les circonvolutions sont moins belles, moins amples et se détachent avec moins de relief ; c'est là un caractère d'infériorité très positif. » La grande Encyclopédie du XIX^e siècle réactivait ainsi une image dont furent victimes les mères de nos grand-mères, nos grands-mères elles-mêmes et jusqu'à nos mères puisque l'ouvrage servit de référence durant la première moitié du XX^e siècle.

Ce tout zoologique féminin s'est transformé, en ce début de XXI^e siècle, en corps éthérés, visages sur papier glacé, multipliés à profusion aux devantures des kiosques à journaux contemporaines. D'objet méprisable et souvent méprisé, « La » femme est devenue un mythe. Les discours fiévreux, les silhouettes rêvées ont remplacé les femmes elles-mêmes. Elles se sont vues rangées dans des cases idéelles, théoriques, avant même que soient questionnées leur singularité, la réalité de leur histoire, leurs espoirs ou leurs difficultés.

La science positive du XIX^e siècle et les médias de masse du XX^e ont produit une grande inconnue, « la femme » ; la confinant en retour, en une belle téléologie, au rang de « mystère ». Entre les images et la réalité, le fossé s'accroît.

Ni dans le premier, ni dans le second de ces deux paradigmes (le zoologique et l'iconique), la femme n'est un sujet souffrant. Elle ne se plaint pas, ne geint pas, ne grimace ni ne pleure, « Elle supporte mieux la douleur que les hommes » constate l'Encyclopédie du XIX^e siècle.

Nul besoin de pornographie pour générer une violence envers les femmes. Le premier horizon, zoologique (la femme réduite à son anatomie), n'opposant nulle barrière à la violence physique, est susceptible de libérer le passage à l'acte. Le second, iconique (rien qu'une image), est susceptible de générer les harcèlements, les abandons, les exclusions sociales ou professionnelles de celles qui ne sont pas et ne seront jamais à la hauteur du référent. L'impossible perfection, génératrice de mal-être, invite en retour les femmes à multiplier les achats de cosmétiques, les rendez-vous inutiles chez le chirurgien de la face, à chercher le soutien du psychologue ou du médecin.

Certes, la relation soupçonnée entre les images du corps féminin et l'anorexie mentale, n'a pas encore fait l'objet d'études approfondies mais prouvera-t-on jamais une influence directe des images médiatiques ? « C'est fou ce que les rela-

Monique Sicard

*Chercheur au CNRS en
histoire et esthétique de
l'image et du regard*

tions avec les autres deviennent faciles lorsqu'on n'a plus de corps » écrit Amélie Nothomb. Il peut certes sembler rassurant que Laetitia Casta et ses formes pleines remplacent Twiggie, le mannequin plat, vedette des années soixante, mais les visages exagérément juvéniles, les corps étirés en fils de fer, inondent la presse féminine. L'impératif de beauté n'est plus une légèreté, une coquetterie, mais un devoir en dehors duquel rien n'est socialement possible. La multiplication de telles images est une injonction pour celles qui, trop jeunes, trop crédules, trop faibles, isolées, soumises à un environnement violent, ne disposent pas des outils de l'analyse critique. Plus de deux siècles après la brillante défense du droit de cité des femmes par Condorcet, ces reports de surface, cette tyrannie des apparences, n'ont rien d'un progrès : ils constituent une indignité génératrice de souffrances.



Elle, février 2000

Si, sous la Troisième République, l'accès est enfin offert pour les femmes à l'enseignement secondaire et supérieur, ce n'est pas pour les rendre citoyennes à part entière : elles devront encore attendre près de soixante ans le droit de vote. Il s'agit d'en faire des mères de famille susceptibles d'éduquer avec vigilance les enfants et de faire de

leurs fils de bons citoyens. A la femme-corps de la première moitié du XIX^e siècle se superpose la femme-medium qui ne prend existence que par l'intermédiaire d'autres personnes : certes, sans elle, la société ne fonctionnerait pas, mais ses actes sont passés sous silence, comme niés. La retenue, l'absence de prise de parole caractérisent cette femme transparente. Nous sommes aujourd'hui les héritiers de toutes ces figures de femmes.

Les deux américaines Catherine et Harriett Beecher furent parmi les premières à se soucier du désarroi, sinon de la fatigue des femmes mères de famille. Les sœurs Beecher fournirent aux jeunes bourgeoises américaines qui restaient fondamentalement des gestionnaires de la famille et de la maison, les prémisses d'une organisation rationnelle. La cuisine concentra les attentions. Il fallait disposer de placards en hauteur, réduire les distances entre la table, le four, l'évier... limiter la fatigue due aux déplacements. L'hygiénisme florissant de cette fin de siècle rendait les femmes responsables de la gestion des corps : non du leur propre, mais de celui des membres de la famille. Le féminisme passe alors aussi par les savoirs scientifiques, indispensable à la bonne gestion de la maison. Faire la toilette des enfants exige la connaissance de la structure de la peau ; préparer un repas nécessite celle du fonctionnement de l'estomac. Des conseils sont donnés pour les soins à porter aux malades, aux personnes âgées, mais de la santé des femmes, qu'elle soit psychique ou physique, il n'en est guère question.

Dans l'entre-deux guerre française, Christine Frederick ⁽¹⁾ s'exprime sur les fatigues et les désespoirs liés au travail ménager : « Il me semblait n'avoir jamais fini mon travail, ne jamais arriver à rien et je n'avais presque jamais un instant à moi. » Elle évoque la non reconnaissance par les hommes du travail effectué par les femmes, l'indifférence des enfants. La rencontre fortuite avec des spécialistes du taylorisme l'incite à appliquer les principes de la science du rendement à la gestion du foyer ; à établir des liens entre usine et cuisine.

Les journaux féminins insistent : les femmes doivent rester belles et souriantes en toutes circonstances si elles veulent gagner et conserver ces maris devenus denrées rares à la suite de la guerre et n'ayant plus toujours le goût de fonder des familles.

Les femmes, cependant, restent des procréatrices, piliers de la famille républicaine. En 1931, le spécialiste de la physiologie du travail, Jules Amar, déplore la dénatalité⁽²⁾ accusant en vrac Kant, la philosophie des Lumières, Malthus et Darwin. Il dénonce surtout l'ouverture au monde qui détourne les femmes des « joies monotones du foyer », la montée de l'individualisme et de son corollaire, l'égoïsme. « La femme elle-même », dit-il, « a trouvé dans le travail de l'usine et la *vie seule* une indépendance désirable. Gagnant presque autant que l'homme, elle s'estime son égale, oubliant qu'elle est supérieure par son dévouement au foyer et ses devoirs de mère. » Il ajoute : « Quand liberté et égalité se présentent à la porte, fraternité et maternité se sauvent par la fenêtre. » Rien sur la fatigue ou la détresse des femmes destinées à subir une vie qu'elles n'avaient pas souhaitée.

L'aménagement de la cuisine est le paradigme d'un espoir d'amélioration qui se déplace du côté de la mécanisation. Le Salon des arts ménagers qui s'installe en 1949 au Grand Palais revêt une importance particulière. La fascination pour l'Amérique est à son comble et le taylorisme four-



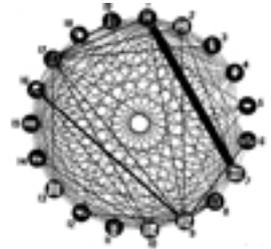
Science et Vie, mars 1949

nit ses diagrammes à l'analyse des déplacements quotidiens. La revue *Science et Vie* calcule : en quatre mois, une femme effectue 28 490 déplacements dans sa cuisine, dont 4705 entre la cuisinière et un autre point stratégique (torchons, casseroles...) et conclut qu'en une année, du fait des seuls allers-et-retours entre la table et la cuisinière, la ménagère parcourt la distance de Paris au lac Baïkal. La Suède fournit des modèles à imiter : il ne s'agit plus seulement d'aménagements de placards, mais de réalisations effectives offrant des réorganisations sociales collectives susceptibles d'alléger le travail féminin. L'éducation des enfants, la gestion matérielle quotidienne du foyer y restent cependant des tâches dévolues aux femmes. La question de la perte de temps s'installe au cœur des débats : gagner une heure par jour, c'est épargner un mois par an et trois années par tranche de quarante ans.

Les femmes aimeraient sûrement souffler un peu, mais le sentiment de culpabilité est profondément inscrit dans leur culture. « Le temps, affirme la *Revue des Arts ménagers* qui parle en leur nom, c'est notre luxe à nous et c'est notre beauté. C'est le loisir de consacrer une heure de paisible causerie au mari, aux enfants ; ce sont les quelques minutes par jour de culture physique qui nous garderont jeunes, et de soin au visage qui nous feront plaires aux yeux exigeants de tendresse (...). » Mais il faut, toujours, et surtout, quelles que soient les circonstances, présenter une indéfectible bonne humeur : les journaux fourmillent de recettes et de conseils. L'important reste la cohésion de la famille. Or, durant la seule année 1945, 2000 divorces ont été prononcés à Paris : pour la première fois, les femmes - qui votent désormais -, ont été plus nombreuses que les hommes à demander le divorce. Les souffrances dues aux surcharges du travail quotidiennes restent taboues.

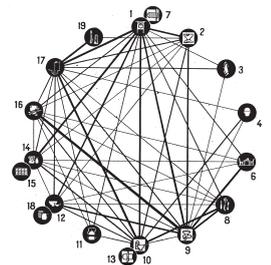
L'année 1973 reste pour les journaux féminins celle d'une grande conquête : celle du vote, après de longues années de bataille juridique, de la loi Newirth et de ses décrets d'application. La loi institue un conseil supérieur pour l'information sexuelle, la régulation des naissances, et le place sous l'autorité du premier ministre. Elle ouvre, pour les femmes, la voie d'une gestion volontaire de leur propre vie. « Les jeunes mariés modernes ne badinent pas avec le plaisir » titre le journal *Elle* du 1^{er} janvier 1973 qui s'adresse toujours, par

Résultats d'une enquête conduite par l'Office des Recherches Ménagères de Stockholm (1949) :



Va-et-vient effectué par une femme dans sa cuisine en quatre semaines.

- en 1 : la cuisinière
- en 7 : la table de préparation des aliments
- en 9 : la table pour garnir les plats
- en 16 : le garde-manger



Va-et-vient effectué par une femme dans sa cuisine, après réaménagements.

ailleurs, à ses « chères petites ménagères » : « Les jeunes femmes d'aujourd'hui savent que leur corps n'est plus seulement porteur d'enfants et fournisseur de travaux ménagers. » Les revendications des femmes, exprimées dans le même magazine semblent aujourd'hui riches de contradictions : « Nous ne voulons plus être des robots isolés dans un laboratoire, mais des mères de famille au cœur du foyer. Une ménagère n'est pas un cosmonaute ! »

Si les femmes ont moins d'enfants, si elles possèdent des machines à laver, elles travaillent aussi de plus en plus loin de chez elles : l'urbanisation galopante de ces années soixante-dix a pour corollaire la diminution du nombre d'agriculteurs, d'artisans, de petits commerçants. De nouvelles sources de fatigue apparaissent. Parallèlement, les femmes accèdent de plus en plus aux études supérieures et délaissent les journaux féminins, au profit d'une télévision qui s'impose, générant de nouvelles figures de femmes. Les magazines doivent reconquérir leurs lectrices.

Aujourd'hui, les fatigues quotidiennes des femmes n'ont pas disparu. Elles génèrent des souffrances psychiques, des fatigues, des douleurs physiques. Le travail ménager, si peu créatif, fournit une large part des prétextes à violences conjugales. Les femmes travaillent majoritairement hors du foyer, mais la gestion matérielle du foyer, l'éducation des enfants, les soins portés aux malades et aux personnes âgées sont toujours à leur charge.

Les familles monoparentales aux ressources financières limitées les transforment en bonnes à tout faire. Travailleuses de force, bien au-delà des trente-cinq heures légales, ces femmes supportent une double charge physique et psychologique : tout, pour elles, est à inventer dans un monde qui n'assure juridiquement, économiquement que la protection d'une famille « normale », avec deux parents au foyer. Les robots ménagers et l'aménagement scientifique de la cuisine n'ont pas mis fin à « la femme qui n'en peut plus ».

Des inquiétudes nouvelles s'ajoutent à ce tableau : l'évolution d'un monde présenté comme directement menaçant par des médias abusant de la peur et de ses spectacles, est générateur de souffrances susceptibles de conduire les mères de famille chez le médecin, à l'hôpital. La

femme victime devient une figure récurrente, omniprésente de la télévision. Car même lorsque la proximité est rassurante (la famille, la maison, l'immeuble, la rue, le quartier), les branchements mondialisés permanents sur un environnement sans extérieur, mais en déséquilibre, sont sources d'angoisses. Les femmes, dont le rôle assigné depuis le XIX^e siècle est la stabilité et la sérénité du foyer, ont de plus en plus de mal à assurer ces fonctions. La catégorie « adolescents », mot qui désignait à l'origine le jeune homme naïf et inexpérimenté, a été réactivée pour les besoins du marché. Les adolescents forment une catégorie de consommateurs active et bien délimitée, pour lesquels désormais les choses peuvent avoir plus d'importance que les gens. Confrontées à ce monde des objets, les jeunes filles, les femmes, mais surtout les mères de famille, sont désorientées.

Les journaux féminins ont reconquis leur lectorat sur le concept de « féminité » et ne lésinent plus désormais sur les descriptions intimes. Dans certains magazines destinés aux jeunes filles, la limite entre information et pornographie peine à être tracée. Il faut vendre, faire vendre : les journaux, les vêtements, les accessoires, les films, les cassettes, les jeux, les cosmétiques... et dans les journaux anglo-saxons, les publicités pour la chirurgie esthétique féminine, dûment illustrées, fonctionnent en véritable déferlante. L'image de la « femme putain » deviennent un nouvel horizon, superposé à celui de la « femme victime », la « beauté parfaite », la « ménagère modèle », la « mère de famille moderne », la « femme-médium », la « femme-corps ». La société, hélas, est historiquement structurée par le genre masculin et les intellectuels contemporains ne « voient » pas toujours que, pour les hommes aussi, les nouveaux paradigmes portent les germes de désastres à venir. Il semble loin le temps où Stendhal, Condorcet, les philosophes des Lumières défendaient l'image d'une femme éclairée, désireuse de connaissances, maîtresse de sa propre vie, actrice de la cité et apte en retour à générer le bonheur.

-
1. Frederick Christine, *L'organisation ménagère moderne*, Dunod, Paris, 1927
 2. Amar Jules, *La dénatalité devant la science*, Musée social, Paris, 1931

Etre ou ne pas être... un corps de rêve.

Femmes fatales, Lolitas de 9 ans, corps livrés à leurs cœurs défendant, poids plume contre poids lourd...

De quel droit nous a-t-on remplacé le corset par une contrainte encore plus grande, celle du corps et de l'esprit ? Qui a osé nous culpabiliser devant chaque aliment, transformant repas et cuisine, plaisir et partage en comptabilité ? Pourquoi un corps contraint et des aliments prétextes ? A qui profite l'obésité qui en résulte ? Coupables, les media, la médecine, la société du paraître, la marchandisation. Qui a inventé les magiques aliments, vous savez bien, ceux qui transforment ceux qui les avalent : la biscotte (légère, plus légère que le pain... et de composition identique l'eau en moins et des matières grasses en plus), les 0 % ou 20 % de matières grasses, mais oui les légers qui, avalés, nous transforment en sylphides, câlines, légères comme ces mannequins qui sont en dessous du seuil de maigreur ? Qui parle toujours de prévention (éviter le diabète, l'obésité, les maladies cardiovasculaires, le cancer, l'Alzheimer...) en mangeant ceci plutôt que cela, en croquant tel complément alimentaire, en rajoutant tel médicament et tel médicament ? Qui nous a confisqué notre plaisir sous prétexte de science diététique (changeant tous les 5 ans) ? Qui transforme notre nourriture en objet de délit, qui traque les calories ? Qui sert de faire-valoir aux marchands de tout poil relayés par des médias complaisantes ? Et qui est en train de détruire cet acte infiniment complexe qu'est le fait de manger ?

Corps contraint dans une société du paraître, machine à plaire obligatoire et soumise aux durs devoirs esthétiques et hygiénistes, sous peine

d'être rejeté de la Sécu ou de l'hôpital pour cause de mauvais comportement citoyen, consommateur consommé... Qui nous dérobe même notre corps intime pour faire acheter ? Qui transforme nos sentiments en marchandise, qui veut nous faire croire que, comme pour la tomate dont la qualité réside dans la régularité du calibrage, la couleur rouge et la cagette dorée, seule compte l'apparence : avoir une allure de mannequin nous procurera succès argent et bonheur ! Apparence,

Anne-Marie Pabois

Médecin généraliste



apparence ! Qui a permis que notre nourriture soit confisquée par des comptables, gardiens rigides de notre corps outragé ?

Non, pas des objets. Cultivons le goût contre la dictature de l'hygiénisme, le plaisir de déguster contre le puritanisme, la défense de la diversité des saveurs par la diversité des variétés et le désir de permettre à tous de pouvoir se nourrir convenablement. Partageons quiches, pizza et couscous, échangeons et transmettons nos savoirs culinaires et le plaisir des liens retrouvés nous prouvera que être vaut mieux que ne pas.

Résumé : Comment l'enfant incorpore-t-il dans son développement psychologique les images pornographiques qu'il est amené à voir ? La mise sous les feux de l'actualité du « problème » des images pornographiques ne vient-elle pas pour masquer à bon compte le rôle autrement important des familles dans les sévices sexuels ?

Pornographie : qui sont les victimes ?

Serge Tisseron

*Psychiatre et psychanalyste,
directeur de recherches
à l'Université Paris X.*

*Parmi les derniers ouvrages
parus citons :
Bains d'images en famille,
Paris, Odile Jacob, 2002 ;
L'intimité surexposée Paris,
Hachette, 2002 ;
Bulles de divan
Paris, Calman-Levy, 2001 ;
Enfants sous influence
Paris, Armand Colin, 2000.*

On parle beaucoup aujourd'hui de l'impact des images pornographiques sur les enfants, mais leur choc, aussi grave soit-il, ne doit pas nous faire perdre toute mesure dans l'appréciation que nous portons sur lui.

Tout d'abord, essayons de comprendre pourquoi une scène pornographique perturbe les jeunes enfants. Une première raison est qu'ils y voient l'acte dont ils sont eux-mêmes issus, autrement dit un acte purement charnel, sans avant et sans après, dans lequel chacun des deux partenaires ne cherche rien d'autre que son plaisir. Mais une seconde raison intervient dans leur trouble. Ils y sont brutalement confrontés à des représentations qui les préoccupent, mais qu'ils cherchent provisoirement à oublier afin de se rendre disponibles aux nombreux apprentissages qu'ils doivent réaliser. Ce serait en effet une erreur de croire que l'enfant n'imagine rien de la sexualité. Bien au contraire, il passe son temps à essayer d'avoir des représentations de ce qui se passe entre ses parents quand il n'est pas là, et encore plus s'il a entendu leurs ébats amoureux ! En outre, il a très tôt remarqué que son sexe est un organe sensible dont l'excitation est particulièrement agréable.

Pour se consacrer dans de bonnes conditions à ses apprentissages et échapper à la culpabilité, il doit donc se débarrasser des représentations sexuelles. Il le fait en les enfermant à l'écart de sa vie psychique consciente - les psychanalystes disent qu'il les refoule. Et ce processus explique en retour le choc qu'une cassette pornographique peut provoquer chez lui. L'enfant s'y trouve brutalement

confronté à des représentations qui prennent en quelque sorte à revers les défenses qu'il avait établies pour se protéger de leur irruption. Ces défenses étaient mobilisées vers son monde interne, et les images pornographiques font irruption du dehors un peu comme pourrait le faire la confrontation à une scène sexuelle réelle, même si les deux choses sont différentes.

Les réactions de l'enfant au spectacle pornographique

Les effets d'un spectacle pornographique sur un enfant ressemblent effectivement, par certains aspects, à ceux que pourrait produire une scène réellement vécue : dans les deux cas, l'enfant est envahi par une excitation sexuelle qui le submerge et qu'il ne comprend pas, et par un dégoût de lui-même. Mais la comparaison s'arrête là, car la situation n'étant pas la même, les moyens d'y faire face sont très différents.

L'enfant agressé sexuellement par un adulte est tenté d'installer celui-ci à l'intérieur de lui et de voir ce qui s'est passé avec les yeux de cet adulte. Au contraire, l'enfant agressé par des images pornographiques est tenté d'installer à l'intérieur de lui les réactions qu'il imagine à un adulte confronté aux mêmes images. C'est pourquoi, plus l'enfant est petit, et plus les réactions de son entourage aux images pornographiques qu'il a pu surprendre sont importantes dans la mesure où elles constituent le premier repère à partir duquel il va tenter d'organiser ce qu'il a éprouvé. C'est d'ailleurs pourquoi il faut que les parents se tiennent prêts à parler de telles images avec leurs enfants au cas où

ils en verraient.

Par ailleurs, le fait que l'agression résulte d'une personne ou d'une exposition à des images entraîne également des conséquences importantes : l'enfant victime de sévices sexuels réels va plutôt avoir tendance à imposer la situation qu'il a vécue à d'autres enfants, en général plus jeunes que lui. Au contraire, l'enfant traumatisé par une image va plutôt avoir tendance à concentrer son attention sur les images. Il le fera dans deux états d'esprit possible : soit pour se protéger contre le risque d'y être une nouvelle fois confronté (l'enfant refusera alors de regarder des images sans être rassuré sur le fait de n'y rien trouver qui puisse le perturber) ; soit pour chercher des images proches de celles qui l'ont surpris, mais en se préparant cette fois à les voir de manière à en maîtriser les effets sur lui... et éventuellement en y cherchant des modèles sexuels pour plus tard.

Lorsqu'un enfant manifestement traumatisé sexuellement met en cause des images qu'il a vues, gardons-nous donc de toute conclusion hâtive. Il a bien vu les images dont il parle, soit, mais est-ce seulement elles qui l'ont traumatisé ? Un enfant qu'un travailleur social questionne sur les raisons pour lesquelles il agresse sexuellement un plus jeune sera bien souvent tenté, aujourd'hui, de dire que c'est la faute des images qu'il a vues plutôt que d'invoquer des sévices sexuels qu'il a subis de la part d'un parent, d'un grand-parent ou d'un camarade plus âgé. Les jeunes ont en effet bien compris que de telles confidences risquent d'envoyer en prison des personnes de leur entourage qu'ils aiment par ailleurs sincèrement. Bref, qu'ils aient aujourd'hui le désir de nous faire oublier des sévices sexuels réels qu'ils vivent est bien compréhensible, puisqu'il s'agit pour eux à la fois de pouvoir se plaindre d'être des victimes et de ne désigner aucun agresseur. Mais ceux qui les ont en charge feraient bien d'y regarder à deux fois avant de s'engager sur le même chemin.

La place donnée aux images ne risque-t-elle pas de nous faire oublier le rôle de la famille ?

On voudrait nous faire oublier la gravité des sévices sexuels réels qu'on ne s'y prendrait pas

autrement ! Bien entendu, ce n'est pas l'intention de ceux qui soutiennent que les traumatismes vécus en réalité et le trouble des images seraient une seule et même chose. Mais le résultat est le même. En moins de quelques mois, une cause a chassé l'autre et notre société a massivement détourné la tête de la pédophilie, de l'inceste - 90 % des abus sexuels sont commis en famille - et des violences domestiques pour ne plus incriminer que les images. De toute manière, dans

certaines régions, les juges recevaient depuis quelques années tellement de plaintes pour maltraitance qu'ils n'avaient plus le temps ni les moyens matériels de les traiter. Non seulement rien n'a été fait pour les leur

donner, mais en plus, on nous parle aujourd'hui de « maltraitance audiovisuelle » comme si l'enfant pouvait être de la même manière maltraité par des images ou par ses parents, alors que les premières ne prennent sens que dans la relation avec les seconds ! Ce sont éventuellement les parents qui ne soutiennent pas la mise en sens des images chez leur enfant qui peuvent être accusés de maltraitance, mais certainement pas les images !

Bref, tout se passe comme si la famille tentait aujourd'hui de se refaire une virginité sur le dos des médias audiovisuels, qui plus est à un moment où le fossé entre ses prétentions moralisatrices et ses pratiques réelles n'avait jamais été aussi prêt d'être clairement dénoncé. C'est pourquoi on peut se demander si la manière excessive dont les images pornographiques sont actuellement accusées de perturber les jeunes ne serait pas une manière, pour beaucoup d'adultes, de tenter de se cacher à eux-mêmes le constat terrible, fait il y a quelques années, du rôle joué par les familles dans les sévices sexuels. En tout cas, il est frappant de voir à quel point l'une de ces raisons a chassé l'autre. Au moment où l'on com-



mençait enfin à aborder publiquement le fonctionnement ambigu des familles - à la fois lieu de sécurité et d'apprentissage, mais aussi d'abus de toutes sortes - , chacun se trouve invité à tourner la tête d'un autre côté, vers les images...

Une attitude de prévention

En fait, lorsqu'on évoque le choc que certains enfants ressentent à certains spectacles, il convient de toujours s'interroger à la fois sur leur histoire personnelle - à savoir les traumatismes qu'ils ont vécus -, et sur leur milieu familial - à savoir l'éducation qu'ils ont reçue. Il y a des enfants qui, parce que leurs parents sont des habitués des spectacles violents ou pornographiques, voient des choses qui ne leur sont guère destinées. Mais à l'inverse, il y en a aussi d'autres que leur éducation prétend maintenir à l'écart de toute préoccupation sexuelle ou agressive, et qui ne sont guère mieux lotis ! De tels enfants, lorsqu'ils sont confrontés à un spectacle pornographique ou violent, le vivent avec une intensité absolument dramatique du fait du cocon protégé dans lequel ils ont été élevés. Ils sont un peu semblables à ces enfants qui n'ont jamais eu aucun rhume et qui révèlent une sensibilité extrême à toutes les infections saisonnières aussitôt qu'ils vont à l'école. Enfin, le milieu familial de l'enfant intervient dans la résonance émotionnelle qu'il peut donner à certains spectacles. Cela peut être le cas lorsqu'il regarde un tel spectacle en présence d'un adulte. Mais, même en l'absence de tout adulte, un jeune enfant réagit parfois en éprouvant ce qu'il imagine que ses parents souhaiteraient qu'il éprouve ! C'est pourquoi préparer les enfants à la vie, c'est aussi les informer de l'existence de ces images, leur expliquer qu'ils peuvent en voir par hasard - ou par malice de leurs camarades -, et les déculpabiliser préventivement en les invitant à en parler si le cas se présentait.

Ce nouveau paysage visuel oblige enfin à penser une nouvelle forme d'éducation sexuelle. Vouloir faire de « l'information sexuelle », comme dans les années 1980, n'est évidemment plus de mise. En revanche, les images de la sexualité auxquelles sont aujourd'hui très tôt confrontés les jeunes risquent, si on n'y prend pas garde, de compliquer considérablement leur épanouissement sexuel.

Quand on croit avoir compris le mode d'emploi, on l'applique, et on ne cherche plus ni à découvrir ses propres attentes, ni à être attentif à celles de son partenaire. La nouvelle éducation sexuelle doit partir de ce que les jeunes ont vu et en faire la matière première de confrontations et d'échanges. Mais la gravité du problème appelle aussi un véritable changement de mentalités qui passe par l'apprentissage précoce du respect de l'autre. Cela nécessite d'abord de se sentir soi-même respecté et pris en considération. A défaut de se sentir reconnu pour ce qu'il est l'enfant, puis l'adulte, projette tout ce qui ressent comme faible et indigne à l'intérieur de lui sur un « autre ». Ce n'est plus lui qui est faible, hypocrite ou, selon les cas, insensible ou trop sensible, c'est « l'étranger ». En France et en Allemagne, la guerre de 14-18 a ainsi été préparée par une assimilation de l'ennemi à la « dégénérescence » et à la « lâcheté ». Les juifs ont été stigmatisés de la même façon avec le résultat qu'on sait... Mais on ne peut pas comprendre l'idéologie antisémite de la première moitié du XX^e siècle si on ne garde pas présent à l'esprit que le Juif devait être, pour les antisémites, exterminé à la fois *chez l'autre* et *en soi* : l'ascèse, le courage et le sens du sacrifice étaient cultivés par les nazis comme autant de moyens de détruire la « part juive » censée exister à l'intérieur d'eux-mêmes. Aujourd'hui, chez certains hommes, jeunes ou pas, c'est la « part féminine » qui semble malheureusement jouer le même rôle. Non seulement ils malmènent les femmes, notamment dans leurs conduites sexuelles, mais en plus ils se reprochent d'en « être une » quand ils se méprennent.

C'est pourquoi le législateur devrait mieux veiller à éviter la diffusion à des heures de grande écoute, d'images de la sexualité dans lesquelles une femme se trouve contrainte d'accomplir des actes contre son gré, sous l'effet de la menace ou de la violence. Mais de telles mesures - nécessaires, encore une fois - auront peu de conséquences sur les comportements - pour ne pas dire aucune - tant qu'un travail de changement des mentalités ne sera pas engagé, auxquels l'éducation nationale est appelée à coopérer au même titre que l'ensemble des médias. Car nous sommes tous victimes de la pornographie !

Jacqueline, un oiseau en cage

Jacqueline poussa un ouf de soulagement quand on lui annonça que « sa boule » au niveau de la thyroïde était bénigne. Elle en comprit vite l'origine quand on lui expliqua que cette sorte de kyste survenait lors de chocs émotionnels ou de conflits relationnels.

En effet, cette pimpante et dynamique retraitée s'était transformée en une femme frustrée, dévalorisée qui s'ennuyait à laver et repasser les chemises de son prince charmant rencontré quelques mois auparavant. Dès le début de cette relation inespérée pour elle, elle s'était sentie obli-

gée d'être disponible et maternante, à attendre le retour de son homme harassé par le travail, peu disponible pour la conversation et la câlinerie. Elle avait l'impression de s'être ou d'avoir été piégée et ne savait pas comment s'en sortir.

L'issue de cette crise fut heureusement trouvée après la ponction du kyste quand Jacqueline put exprimer à son ami ses insatisfactions, ses attentes d'une vie à deux. Et son compagnon comprit facilement qu'elle n'était pas un oiseau à rester en cage s'il voulait qu'elle continue à être gaie comme un pinson.

Dominique Tavé

Médecin généraliste

Ayse et Mustafa

Dans les sociétés musulmanes, les rôles masculins et féminins sont bien définis. Les sexes sont bien séparés dans l'espace et le temps. Le voile soustrait la femme au regard de l'homme, pour éviter tout risque de séduction, toute incitation à transgresser la règle. Le rôle de l'homme est dominant, la femme doit lui être soumise, s'il assume correctement son rôle de père et d'époux.

Ayse et Mustafa ont eu du mal à trouver leur place dans une société qui ne leur permet pas de reproduire les schémas traditionnels. Elle a été

élevée en France. Elle parle le français, le lit et l'écrit. Elle travaille comme femme de chambre dans un hôtel. Les familles arrangent le mariage avec son cousin Mustafa. Il arrive de Turquie, par le biais du regroupement familial. Et le choc des cultures est violent. Pour elle, l'extérieur est familier, c'est elle qui travaille, fait les démarches, emmène Mustafa chez le médecin. Lui, il doit retourner à l'école pour apprendre le français, il est financièrement dépendant. Quand Ayse, épuisée par toutes ces difficultés lui demande de

Catherine Jung

Médecin généraliste

faire les courses et le ménage, il refuse. C'en est trop. Ayse vient me raconter en larmes qu'elle n'en peut plus. Nous parlons des rôles masculin et féminin dans un couple, du poids des cultures et des familles. Quelques années plus tard, ils ont

trouvé un équilibre. Lui a trouvé un travail dans une entreprise de bâtiment. Ils ont deux enfants. Ayse est en congé parental. Les tensions se sont apaisées, et ils sont tous les deux contents d'avoir surmonté ensemble ces difficultés.

Fatima

Catherine Jung

Médecin généraliste

Fatima est marocaine. Elle a été mariée à l'âge de 16 ans, avec un compatriote qui vit en France. Elle arrive en France, la tête pleine de rêves. Le pays d'accueil doit ressembler au paradis. Elle laisse au Maroc son père et deux frères. Le couple vit chez la belle famille. Dès l'arrivée de Fatima, la belle mère se montre tyrannique, lui imposant du matin au soir les travaux les plus durs, la renvoyant à la cuisine dès qu'il y a des invités, l'humiliant devant son mari et son beau père. Personne ne la défend, personne n'ose affronter la belle mère au nom du respect pour les personnes âgées. Elle est seule, sans famille, personne pour la protéger, car sa condition de femme est de vivre chez la belle mère et de la servir. Deux ans après son mariage, elle est enfin enceinte et accouche de jumelles. Elle espère que sa situation de mère lui apportera respect et attention. Il n'en est rien. Sa belle mère redouble d'exigence. Fatima a peur de sombrer

dans la folie. C'est à ce moment que je la rencontre. Je l'assure qu'elle a le droit de se révolter, de ne pas accepter ce qui lui arrive, de partir. Je l'aide à trouver les personnes qui prendront le relais pour trouver un hébergement, l'accompagner au tribunal pour entamer une procédure de divorce. Elle mettra un an à oser partir. Aujourd'hui, dix ans après, elle est contente d'avoir eu le courage de partir. Elle craint toujours le père de ses filles. Elle se sent coupable vis à vis de son père. En divorçant, elle l'a mis dans l'embarras. Il ne sera tranquille que lorsqu'elle aura trouvé un mari qui la protège. Il aura alors rempli pleinement sa fonction de père. Partir, s'installer ailleurs, échapper à la tyrannie de la belle-mère ne suffit pas à l'apaiser. Il faut encore qu'elle s'en sente le droit. Et aujourd'hui, elle va beaucoup mieux, mais il reste une culpabilité d'avoir transgresser la loi et le code d'honneur.

Résumé : Des lois visant à l'égalité des sexes et au droit à la contraception existent, mais ce sont les volontés politiques qui manquent pour les mettre réellement en place.

Des lois mal appliquées

Le remboursement problématique de la contraception

Ce qui caractérise à notre avis beaucoup de lois concernant les femmes, c'est qu'elles ne sont pas respectées ou ont des difficultés à être appliquées. Par exemple, malgré la loi de 1972 sur l'égalité des salaires, encore maintenant à travail égal une femme gagne 27 % en moins qu'un homme. La loi Roudy de 1983 sur l'égalité professionnelle n'a pas été appliquée et la loi Génisson de 2001 doit être renégociée tous les 3 ans ! Il n'y a pas d'obligation de résultat.

Mais l'exemple le plus frappant est la loi de 1974 sur la gratuité ou le remboursement de toute contraception sur ordonnance. Dans les années 90, nous nous sommes aperçues que sur 4 millions de femmes prenant la pilule, 2 millions seulement étaient remboursées, ce qui est contraire à la loi ! Le fait que le gouvernement de cette époque ait accepté le remboursement de deux autres pilules (Microval® et Trinordiol®) a permis à un million de femmes supplémentaire d'avoir une contraception remboursée. Aujourd'hui, il y a 1 600 000 femmes qui prennent une pilule de 3^e génération entièrement à leur charge. Les laboratoires pharmaceutiques inondent les médecins de publications qu'ils financent dans laquelle ils font de la publicité pour leurs propres produits : la boucle est bouclée. Ils ont créé la demande et comme le corps médical est partagé sur le bienfait ou non de ces pilules, leur prescription est allée grandissant. D'après le P^r Spira de l'INSERM, ces pilules de 3^e génération ne représentent pas un plus par rapport à celles de 2^e génération, qui elles sont remboursées. Cela dit, devant cet état de fait, Martine Aubry s'était engagée à rembourser fin 2000, une pilule générique de

3^e génération mais, pour des raisons « inconscientes », cet accord de principe n'a pas abouti.

Des campagnes d'information insuffisantes et le Norlevo®

Pour que les femmes aient une contraception, il faut des campagnes d'information efficaces, intelligibles et largement diffusées auprès des jeunes. Certes, en 2000, la campagne d'information a eu un impact réel, le comité de pilotage contraception-avortement dont la CADAC faisait partie, avait été sollicité, et a apporté sa compétence. En 2001, il n'y a pas eu de campagne alors que le gouvernement s'était engagé à en faire une chaque année et, en 2002, il n'y a eu aucune concertation, la campagne a été pour le moins discrète et peu compréhensible. Qu'en sera-t-il en 2003 ?

Si les femmes sont informées sur les moyens de contraception, mais si elles n'ont pas les moyens de débours 23 à 30 € pour 3 plaquettes de pilules, le problème reste entier.

Une avancée importante, le Norlevo®, pilule du lendemain, même si ce n'est pas un moyen de contraception à proprement parler. L'étude du P^r Uzan a révélé qu'il y a 10 000 mineures (13-16 ans) qui sont enceintes chaque année. Parmi ces 10 000 jeunes filles, 6 500 avortent et 3 500 poursuivent leur grossesse. Le Norlevo®, délivré gratuitement et sans ordonnance aux mineures par les pharmaciens ou les infirmières scolaires, peut éviter ces situations. Cela ne résoudra pas bien sûr la possible carence affective, la crise identitaire de ces jeunes filles de 13-15 ans qui se retrouvent enceintes. Reste la difficulté de la mise en place de cette mesure. Il faut un nombre suffisant d'infirmières scolaires formées, ce qui est loin d'être le cas. Pour les phar-

Entretien avec Maya Surduts

Animatrice de la CADAC

La Coordination des associations pour le droit à l'avortement et à la contraception (CADAC) s'est créée en 1990 pour lutter contre les actions commandos anti-IVG et contre leur impunité. Cela a abouti à la loi d'octobre 1993 sur la pénalisation de ces délits. En partenariat avec l'avec l'ANCIC et le MFPE, elle a joué un rôle déterminant pour l'adoption de la loi du 4 juillet 2001 et reste vigilante quant à son application.

CADAC
21 ter rue Voltaire
75011 Paris
Tél : 01 43 56 36 44
Tél/fax : 01 43 56 36 48
e-mail :
colcada@club-internet.fr

maciens, certains refusent de délivrer gratuitement le Norlévo® ; le conseil et la confidentialité doivent être respectés, ce qui ne va pas de soi.

Les avancées et les difficultés de la loi du 4 juillet 2001

Sur le plan symbolique, une loi unique pour la contraception et l'avortement représente une avancée considérable pour les femmes. La stérilisation est enfin légalisée, autant pour la femme que pour l'homme. L'entretien préalable à tout avortement qui ne faisait qu'accentuer la culpabilité de la femme est supprimé, l'autorisation parentale pour les mineures est également supprimée, la sexualité des adolescentes est ainsi reconnue comme leur affaire privée. Enfin, l'allongement des délais pour l'IVG passant de 12 à 14 semaines SA (depuis les dernières règles), permet à la France de rattraper son retard par rapport à ses voisins européens (du nord principalement).

Mais son application se heurte à plusieurs problèmes. Tout d'abord les réticences des médecins qui se réfugient derrière des problèmes techniques pour cacher des réticences idéologiques. Mais il s'agit surtout de problèmes financiers, car il faut savoir que la tarification des IVG n'a pas été revalorisée depuis 1991 et on assiste à un désinvestissement massif pour des raisons de non-rentabilité des cliniques privées en Ile de France, par exemple, qui effectuaient les 2/3 des avortements.

D'autre part, la loi prévoit que tous les services de gynéco-obstétrique pratiquent des interruptions de grossesse. Mais qui va l'imposer aux chefs de service ? Nous avons le sentiment que cette mesure vise plutôt à mettre fin à l'existence des CIVG⁽¹⁾ et à ce qu'ils représentent d'original et de particulier au sein même de l'hôpital. Ils laisseraient la place à des unités fonctionnelles sous la coupe des chefs de service.

Les difficultés d'application de cette loi s'inscrivent dans le cadre plus global de la remise en question de la santé publique.

La marchandisation du corps des femmes

Chaque fois que le droit des femmes obtient des avancées, la société rechigne à les intégrer d'où des difficultés d'application.

La contraception, la légalisation de l'avortement, l'entrée massive des femmes sur le marché du travail ont été des étapes majeures pour leur statut, en France comme ailleurs. Mais il y a aussi des retours de bâton. Par exemple, on peut se demander si les médecins n'ont pas repris leur emprise sur le corps des femmes avec la procréation médicalement assistée. On peut s'étonner du peu d'études sur la contraception et la stérilité masculine.

Le corps des femmes devient une marchandise avec l'utilisation des ovocytes, les mères porteuses dans certains pays. La prostitution, la pornographie, les violences... sont autant de négations du droit des femmes à disposer d'elles-mêmes.

C'est aux moyens matériels mis en œuvre pour l'application des lois que se mesure la volonté politique. Aujourd'hui, l'arrivée de la droite aggrave les phénomènes liés à la logique de rentabilité et à la marchandisation. La CADAC a été exclue du Conseil Supérieur d'Information Sexuelle ainsi que l'APGL, Association des Parents et futurs Parents Gays et Lesbiens, en tant qu'associations, pour être remplacées par deux organisations conservatrices et réactionnaires, l'ordre moral pointe son nez.

Mais une chose est certaine : plus le système est ouvert, tolérant, moins il y a de problèmes. Au Pays-Bas, où l'éducation sexuelle et contraceptive se fait très tôt dans les petites classes, le pourcentage de femmes ayant une contraception est très élevé et le nombre d'IVG faible. LA politique en matière de liberté sexuelle est révélatrice de la place qui est faite aux femmes dans la société.

Propos recueillis par Dominique Tavé
et Elisabeth Maurel-Arrighi

1. Centres d'Interruption Volontaire de Grossesses.

Résumé : Que le terme « homme » désigne à la fois l'espèce humaine dans son universalité et la catégorie mâle dans sa particularité, nous dit exactement non pas la domination du masculin, mais sa neutralité. Etre homme, c'est donc d'emblée se définir autrement que par son sexe. Etre femme, c'est ne se définir qu'à partir de lui, se désigner par la catégorie biologique de son système de reproduction.

Le masculin est neutre

Le masculin est neutre. C'est cette simple évidence de la langue française qui peut aider à comprendre quelque chose qu'on appelle le féminin.

Que le terme « homme » désigne à la fois l'espèce humaine dans son universalité et la catégorie mâle dans sa particularité, nous dit exactement non pas la domination du masculin, mais sa neutralité. Etre homme, c'est donc d'emblée se définir autrement que par son sexe. Etre femme, c'est ne se définir qu'à partir de lui, se désigner par la catégorie biologique de son système de reproduction.

Cette neutralité du masculin resurgit avec évidence dans l'organisation même du système de soin : il existe des spécialités de gynécologie, d'obstétrique, des services de Protection Maternelle et Infantile. Mais ni service d'androgologie, ni protection paternelle et infantile. La neutralité masculine est donc parfaitement corrélatrice d'une réduction du féminin à l'organique. C'est cette réduction qu'on voudrait interroger ici.

Figures féminines de la médecine humanitaire

Interrogeons-la d'abord dans la médecine humanitaire et dans ses représentations, puisque aussi bien, l'humanitaire a pour résultat d'universaliser les propositions médicales issues de la médecine occidentale en les confrontant aux réalités de terrains différents. Or s'il y a un terrain sur lequel les différences culturelles s'abolissent, c'est bien celui de la différenciation sexuelle. Si la médecine humanitaire impose souvent des normes en inadéquation avec celles des pays où elle intervient, elle semble en revanche s'adapter parfaitement à la norme universelle du couple mère-enfant. La femme soignée par les organisations humanitaires est très majoritairement représentée comme enceinte, allaitant ou accompagnant son enfant dans un centre de renutrition ; la femme de l'imagerie humanitaire véhiculée par les photographes de presse porte un enfant mort ou vif, sur son dos ou accroché à son sein, dans une représentation très similaire à celle des femelles du monde animal.

Christiane Vollaire

Philosophe

Un autre concept humanitaire, devenu plus récurrent dans les dernières années, est celui de la femme violée. Il est corrélatif du premier : la santé des femmes ne peut se définir qu'à partir de leur sexe. Et l'on retrouve, des Balkans au Congo, la cohorte des viols ethniques, dont la représentation n'est pas exempte du voyeurisme des interrogatoires d'enquête journalistique sur le thème du « ils étaient combien », « elles avaient quel âge », etc.

Il n'est évidemment pas question de dénoncer la dénonciation des viols, mais seulement de s'interroger sur un nouveau risque de réduire l'image de la femme à la fonctionnalité de ses organes sexuels, ou comment en user et abuser. Personne n'ira défendre le viol comme une activité légitime : tout le monde est contre, et pas seulement les femmes. Mais on peut au moins s'interroger sur l'équivoque de sa dénonciation (qui, pour les viols ethniques, pour les « tournantes » des banlieues devenues un standard médiatique, bascule facilement dans les pires formes de complaisance voyeuriste). Et si l'on peut affirmer que cette pratique ne s'applique pas exclusivement aux femmes, on peut s'étonner du peu de retentissement médiatique qu'elle a dans son application aux hommes. Là encore, le masculin est neutre et quand il se déneutralise, la position du bourreau lui convient mieux dans l'imaginaire collectif que celle de la victime.

Que la communication humanitaire soit majoritairement victimisante (même si quelques organisations font un travail de fond pour tenter d'y remédier), dit exactement pourquoi la femme en est l'objet privilégié, comme icône archétypale de la faiblesse ou comme objet de la domination ; et l'on peut dire à cet égard que la dénonciation de la domination n'est qu'une des formes de sa reconnaissance. Or c'est aussi le standard de la domination masculine qu'il nous faut ici questionner.

Être et avoir

On le fera à partir d'une étrange formule de Lacan, tirée de *L'Étourdi*, que cite Monique David-Ménard dans son ouvrage *Les Constructions de l'Universel* :

« L'homme n'est pas sans l'avoir, la femme est sans l'avoir ».

Je voudrais seulement en interroger la polysémie immédiate. Il est clair que la première connotation qui vient à l'esprit est d'ordre phallique : « En avoir ou pas ». Mais la seconde est d'ordre ontologique : « Être ou ne pas être », et renvoie le Hamlet de Shakespeare à une interrogation sur l'indifférenciation sexuelle. Car les désignations de l'être et de l'avoir sont respectivement attachées la première à la femme, la seconde à l'homme. Si l'on peut dire que la femme n'en a pas, on peut tout aussi bien dire que l'homme n'est pas ; et que donc les représentations de l'être sont affectées spécifiquement au féminin, comme celles de l'avoir le sont au masculin. Autrement dit, que l'homme ne peut se représenter à lui-même que privé d'essence, c'est-à-dire neutre. L'homme n'aurait pas d'essence propre en dehors de ce qu'il possède ; la femme aurait une essence propre indépendamment de ses possessions.

Il est clair qu'une telle formule ne renvoie à aucune catégorie biologique effective, mais seulement à la reconnaissance culturelle de ces catégories, c'est-à-dire à leur représentation parlée. Si les formules de Lacan sont toujours des jeux sur le langage, ce n'est pas seulement de façon ludique ou par volonté d'érotisme ; c'est aussi que le langage, comme le montrait déjà Freud dans *Le Mot d'esprit dans ses rapports avec l'inconscient*, conditionne toute notre représentation du monde.

Le besoin de possession réputé masculin, le désir de domination, ne viendrait que d'un manque à être, d'un déficit existentiel que tend

à combler ce substitut de la puissance que représente la possession. Le corps de la femme serait donc à posséder dans la mesure où il est le siège même de l'être. Une telle affirmation renvoie évidemment aux figures de la gestation. C'est dire que l'ambivalence est déjà au cœur de cette représentation : la femme est bien le siège de l'être, mais dans la mesure justement où cet être est autre qu'elle-même. Elle n'est que le siège d'une différenciation cellulaire : une définition paradoxalement ontologique de l'aliénation. Être, c'est déjà être autre que soi, c'est-à-dire précisément dépossédé de soi-même. En quoi la représentation de la femme la désignerait comme le lieu même de la dépossession ? Que cela inclut les qualités qui lui sont traditionnellement affectées (générosité, altruisme, sensibilité, compassion) dit assez que ces valeurs positives ne sont perçues que comme l'avers d'une aliénation.

En même temps lui sont conférés les termes qui affectent un être réduit au biologique : émotivité, impulsivité, irrationalité ; dont la présence excessive est perçue chez une femme comme un signe certain de féminité, et la présence modérée comme un déficit du féminin, une anomalie biologique ou une volonté abusive de singer les hommes.

Naturel et culturel

Que cette représentation du féminin soit inductrice de beaucoup de comportements féminins, cela va de soi, puisque les représentations culturelles sont véhiculées par l'éducation, et donc identificatoires. Qu'elle soit également déterminée par des réalités biologiques est tout aussi évident. Ce n'est pas seulement pour des raisons conventionnelles que s'institue la place des femmes, c'est aussi par des raisons de fait ; et il est tout aussi abusif de prétendre que la féminité n'est qu'une construction, que de la présen-

ter comme exclusivement biologique : une construction culturelle ne s'effectue qu'à partir de l'interprétation donnée à une détermination naturelle. Et surtout des effets concrets, c'est-à-dire économiques, qu'on peut en attendre.

Que la femme puisse être sans l'avoir signifie effectivement que l'avoir peut sans perte, c'est-à-dire sans danger, être attribué à l'homme. Mais cela signifie aussi que l'entreprise de savoir, qui dénote la possession symbolique, relève également du masculin.

Si la femme est bien le lieu du biologique, l'homme est le lieu du biopolitique, savoir du corps ou prise de pouvoir sur le corps individuel, qui affecte le corps social tout entier. C'est en ce sens que le concept même de santé publique, création du XVIII^e et concept nécessaire par excellence, est en même temps le facteur essentiel d'une instrumentalisation du féminin. La santé publique repose en effet sur une conception de la transmission dans tous les sens du terme : négativité de la contamination infectieuse, mais aussi positivité de la transmission sociale, continuité du lien transgénérationnel, puisque le corps social n'est pas seulement synchronique (la communauté telle qu'elle existe actuellement), mais diachronique (la communauté telle qu'elle doit se perpétuer pour constituer un fait de civilisation). Ainsi les mesures de santé publique jouent-elles toujours sur la temporalité, comme le montre la notion même de prévention.

Or le corps féminin, dans sa dimension organique, est au cœur même de cet enjeu biopolitique : il assure la pérennité du corps social puisqu'il est l'instrument de sa reproduction. On se trouve donc face à ce paradoxe d'une double représentation du féminin : comme dimension fragilisante du déficit rationnel ou de l'excès émotionnel, et comme dimension structurante de la pérennité du politique. Ce que montrait

déjà le principe d'une monarchie héréditaire : le maillon faible de la représentation culturelle en est aussi le pivot.

Médicalisation du féminin

L'accès au corps de la femme devient ainsi l'enjeu même de l'accès au pouvoir, et en outre d'un pouvoir sur les corps. Il nous semble que la constitution de la gynécologie comme discipline spécifique est représentative de cela, corrélativement à l'établissement de l'obstétrique comme dépassant le domaine de compétence des sage-femmes : la médicalisation du corps féminin est originellement un droit de regard du masculin (que le corps médical est dans son origine) sur la transmission.

Et ce droit de regard sur la transmission s'étend à un droit de regard sur la jouissance : il n'est pas indifférent que la prise de contraceptifs soit soumise à une prescription médicale, pour ne rien dire de l'avortement.

Mais ce droit de regard n'est pas seulement l'œuvre d'une volonté de revanche du masculin, il est tout simplement le résultat d'une authentique inégalité biologique entre homme et femme. Car être femme est bien originellement une réalité biologique qui renvoie sans cesse un être à la considération de son organicité. La périodicité des règles en est doublement l'expression. D'un côté elles manifestent la réalité d'un temps naturel, cyclique, animal, originel, à l'encontre de la linéarité du temps culturel. Une périodisation de l'existence qui contredit les volontés culturelles de l'organisation du temps. D'un autre côté elles sont le rappel d'un potentiel fécondant périodiquement avorté : si la visibilité du sang connote toujours la violence, il est clair que cette violence organique est le lot mensuel de toute femme, et induit un vécu spécifique autant qu'oculte.

En outre, la jouissance de la femme, sous sa

forme hétérosexuelle en tout cas, est la seule qui comporte un risque pour son propre corps. Risque dont, on l'a vu, la conséquence est une médicalisation du corps : la femme est le seul être humain à devoir, sans être malade, prendre un médicament hormonal une large partie de sa vie. Ainsi la santé spécifique des femmes semble-t-elle n'être en réalité que celle de leur potentiel d'engendrement : un corps dont la sexualité culturelle potentialise incessamment le dispositif biologique de sa sexualité.

C'est, on le voit, d'une intrication du biologique et du culturel que le féminin se constitue comme différenciation à partir du neutre. Mais nos sociétés ne sont devenues conscientes des équivoques de cette différenciation, qu'en accédant au concept d'universalité. Que la femme doive se définir d'abord « en tant qu'homme » me semble donc la condition élémentaire non pas d'une égalité, mais beaucoup plus radicalement d'une équivalence (valeur identique des deux termes d'une différence) du masculin et du féminin. Principe d'équivalence qui destitue autant l'idée d'un « droit des femmes » que celui d'une « santé des femmes ». S'il existe des droits de l'homme, c'est précisément que la notion même d'humanité exclut en soi toute discrimination, fût-elle positive. Et s'il existe bien aussi des problèmes rencontrés majoritairement ou spécifiquement par des femmes, ce n'est certainement pas dans le cadre du ghetto d'un droit des femmes ou d'une santé des femmes qu'ils doivent être traités, mais dans celui d'une protection juridique et sociale commune à tous, dans une solidarité incluant de façon indiscriminée le masculin et le féminin. C'est-à-dire admettant aussi la coexistence en tout être de ces deux postulats.

Dur, dur d'être femme et infirmière

La pénurie du personnel infirmier se fait de plus en plus sentir en milieu hospitalier et extra hospitalier. Comment expliquer cela alors que le marché du travail est saturé ? Pourquoi ce métier manque-t-il cruellement d'adeptes ?

Pour être infirmière, il suffit de posséder quelques atouts, être :

Disponible

Technicienne

Compétente

Souriante

Compréhensive

Respectueuse

Agréable

Toujours à l'écoute

Solide

Et si possible : jeune, belle, distinguée et qui sent bon...

Quelles sont les raisons ou motivations qui mènent à ce choix de carrière ?

L'énorme salaire ?

La reconnaissance ?

Approcher et apprivoiser la maladie ?

Exorciser la mort ?

Sniffer les bonnes odeurs ?

Se rassurer sur sa propre santé ?

Donner de soi ?

Se surpasser, se dépasser, s'oublier ?

Se faire du mal ?

Se guérir ou s'aguerrir ?

Ces femmes qui sont « entrées » dans cette profession comme on entre dans les ordres ont éga-

lement plusieurs vies à vivre... sociale, familiale, affective. Elles peuvent être compagnes, épouses, mères de famille, responsables d'associations, entretenir l'appartement ou la maison, faire le ménage, la cuisine, les courses, le repassage. Du côté des enfants on trouve les problèmes de nourrice, de devoirs et leçons, d'activités scolaires et extra scolaires, les vaccinations dont il faut se rappeler, le dentiste et l'orthodontiste, etc. Sans oublier le compagnon pour lequel il faut savoir rester fraîche et disponible, attrayante, intéressante, pleine de ressources... Il reste juste à caser les activités culturelles et sportives, les participations citoyennes ou associatives (création de halte garderie, de centre aéré) la vie communale, (conseillère municipale, maire ou adjointe au maire, voire plus si appétit...). Il ne reste pas grand place pour rire et bavarder...

Mais que veulent donc ces femmes et jusqu'où iront-elles ? Quels défis se lancent-elles ? Quels devoirs s'imposent-elles ? Que cherchent-elles à prouver et à qui ? et surtout quelle conception ont-elles de leur rôle dans la société ? A trop vouloir en faire l'on pourrait bien tout perdre...

Cendrillon, Blanche Neige, Mère Thérèse, Marie Curie, Claudia Schiffer, Adriana, Jacqueline Auriol, toutes en une... Dieu que la barre est haute... Et si chacune se contentait de vivre sa vie, avec ses propres valeurs et convictions... Car même si tout ce qui nous fait vivre vient à disparaître il faut déjà s'aimer assez pour continuer et s'inventer d'autres chemins...

Michelle Lenglet

Infirmière de nuit

Résumé : Si l'existence humaine est soutenue par un « fonds paradoxal originaire » où les contraires sont indissolublement liés, vie/mort, homme/femme, uni/séparé, ce sont les femmes, ou plutôt le féminin, qui est le gardien de ce fonds, et qui est prédisposé par leur sexe et la maternité à la préserver. C'est là où se tient la fragile puissance du féminin et sa capacité à résister, c'est aussi pour cela que le féminin est attaqué dans notre culture occidentale qui dénigre tout ce qui n'est pas positif et rationnel.

La fragile puissance du féminin

Entretien avec
Philippe Réfabert

Psychiatre psychanalyste

Il a publié notamment De Freud à Kafka, Calmann-Levy 2001, où il développe des concepts psychanalytiques nouveaux comme le paradoxe fondateur, qu'il a élaborés au travers de son travail clinique et des séminaires qu'il anime.

Pratiques : Nous constatons une aggravation de la vie et de la santé des femmes qui sont en première ligne face aux difficultés de vie, de famille et de travail. Sont-elles plus fragiles, plus vulnérables ?

Philippe Réfabert : La notion de « fragilité » est importante. Mais je voudrais dire en commençant que je ne parlerai pas des femmes, mais du féminin, du féminin dans l'humain. Ce sont évidemment plus souvent les femmes qui portent le féminin, mais ce sont parfois des hommes et parmi ceux-ci des poètes, des artistes.

Le féminin doit sa « fragilité » à sa proximité avec le « système paradoxal originaire ». Je m'explique. Le monde – non pas le monde mais l'existence humaine – est fondé sur un paradoxe qui peut s'énoncer ainsi : l'existence humaine se spécifie par la mort. Seul parmi les êtres vivants, l'humain est le seul à se savoir mortel.

Les autres polarités, jour et nuit, homme et

femme, enfant et parent sont connaturelles de ce paradoxe fondamental lié à l'aptitude à la réflexion, à la parole. Et je pense que la femme qui soutient le féminin est la gardienne de ce fonds paradoxal où les contraires sont indissolublement liés. Dans ce fonds, les objets sont intérieurs et extérieurs, bons et mauvais, purs et impurs. Ce fonds soutient l'existence humaine, il la conditionne. C'est lui qu'un régime de terreur individuelle ou collective peut détruire. La femme est prédisposée par son sexe et par la maternité à le préserver. Son sexe d'abord qui est tout intérieur et moins spectaculaire que ne l'est le sexe masculin, favorise chez elle la connaissance de ce qui reste dans l'ombre et la valeur de ce qui est caché. La femme est plus ancrée que l'homme dans cet originaire paradoxal. Mais je note ici que ce fait pèse lourd dans le destin de celles à qui il n'a pas été donné de soutenir personnellement le féminin car, pour l'homme, elles sont réputées le porter du seul fait qu'elles sont femmes. Cette

situation expose ces femmes à des malentendus douloureux.

Mais il n'y a pas que son sexe qui la prédispose à cette unité duelle, il y a aussi la maternité. Pendant la grossesse la femme est, tout à la fois, une et deux, mais cette disposition paradoxale ne prend pas fin brusquement à la naissance. Elle se prolonge assez pour que se constitue cet espace potentiel où il n'est pas question de décider si telle ou telle chose appartient à l'enfant ou à la mère.

C'est pour cela que la femme est attaquée, dans la mesure où notre culture, depuis les Lumières, depuis le dix huitième siècle, en Occident, tend à dénigrer tout ce qui n'est pas positif et rationnel, et oublie volontiers ce qui fait contraste, ce sur quoi la lumière s'appuie, sur l'ombre, sur le négatif. Cette exclusion est lourde de conséquences.

Comment rapprochez-vous la notion de « système originaire paradoxal » et « espace potentiel » ? Et comment les raccrochez-vous à la notion de « fragilité » ?

Le génie de Winnicott est d'avoir pensé les conditions de l'origine du sujet humain en proposant un nouvel outil de penser, « l'espace potentiel ». Dans cet espace, l'enfant se crée son objet transitionnel dont Winnicott dit « que c'est une chose entendue entre le bébé et nous que nous ne poserons jamais la question : est-ce que tu as créé cet objet par la force de ton imagination ou t'a-t-il été apporté [en cadeau] de l'extérieur? L'important est que ce point doit rester indéfinissable. La question n'a pas à être posée. » L'objet transitionnel est le premier objet d'une série qui comprend tous les objets que le sujet créera dans sa vie, y compris l'objet de son amour ou si vous voulez les objets de ses amours. Le féminin est garant de cette logique qui répond à autre chose que « 2 et 2 font 4 ». L'enfant lui-même est un « objet transitionnel » pour sa mère, à la fois inté-

rieur et extérieur, uni et séparé. Le féminin de cette façon se tient dans la fragilité, comme est fragile et périlleux tout chemin de crête. Voilà où réside la puissance potentielle du féminin : dans sa capacité à être présente, tout en sachant s'effacer ou pour mieux dire dans sa capacité à n'être « rien », mais à contenir. Du point de vue de l'eau, la vasque qui la contient n'est rien. Cette potentialité est requise pour soutenir un nouveau-né, le contenir et se mettre à sa place. Voilà qui vaut à la femme d'être incomprise et souvent attaquée tant cette qualité est étrangère à tout ce que notre civilisation valorise.

Grâce à sa capacité à n'être rien, la mère donne à l'enfant l'illusion vitale qu'elle n'y est, elle, pour rien. Et que c'est lui, l'enfant, qui crée le sein. Ce temps est un mouvement nécessaire. Il laisse à l'enfant la liberté de choisir le moment où il mettra cet objet à l'extérieur. C'est vrai pour le sein, mais aussi pour le doudou. L'enfant crée le monde à condition qu'on le lui donne. Et à condition que ce don soit vraiment un don, un don à fond perdu, c'est-à-dire un mouvement qui ne soit pas le premier temps d'un échange. Cette façon de voir va de pair avec cette parole que *Pratiques* avait rapporté dans un ancien numéro de Tomkiewicz qui la tenait lui-même d'un adolescent en grande difficulté qui lui avait jeté « Si quelqu'un voulait m'aider, on verrait bien que je n'ai besoin de personne ».

Je répète à l'envi que - pour moi - le mythe de la « chute » dans la Genèse raconte le caractère paradoxal de la fondation de l'humain et que dans ce mythe, c'est Ève qui soutient le paradoxe. Je rappelle le verset : « Dieu ordonna à l'homme en disant : de tous les arbres du jardin tu mangeras, je dis bien tu mangeras et de l'arbre du connaître le bon et mauvais tu n'en mangeras pas car du jour où tu en mangeras de mort tu mourras. »

Cette double injonction laissait entendre que l'humain devait à la fois manger de l'arbre de la connaissance, compris dans l'ensemble de « tous les arbres », et n'en pas manger. L'humain était placé dès cet instant dans la situation de manger et de ne pas manger de cet arbre-là et non pas devant un interdit que la première femme allait transgresser. Ève, prend sur elle le paradoxe, elle le prend comme il vient, sans barguigner.

Elle mange et prend sur elle la « faute » qui est la transformation de l'autre élément du paradoxe : « ne pas manger ». Évidemment ici les guillemets que j'ajoute ont une importance capitale, puisqu'il n'y a pas de faute. Mais ce mot, quand il est décoré de ces petits guillemets, nous rappelle que la culpabilité est inhérente à la condition humaine. Et que la femme, pardon le féminin, est en première ligne pour la soutenir.

Prise entre différents discours, le discours féministe, le discours libéral du tout économique et la dureté des conditions de vie, comment les femmes peuvent-elles résister ?

Il s'agit bien de résister. Le féminin est la chance de l'humain. Il a l'expérience du paradoxe de l'unité duelle qu'il forme avec l'enfant ; il a l'expérience de savoir compter avec l'invisible ; de savoir la sainteté de l'indécidable ; il a l'expérience d'être violable-inviolable, de savoir que sa virginité est toujours renouvelée comme dit Lévinas. Quand la femme s'appuie sur ces connaissances psycho-corporelles, quand elles sont bien ancrées en elle, alors elle est une aide pour l'homme, une aide pour lui et contre lui. Je dis « contre lui » parce qu'en hébreu le mot que traduit une « aide pour lui » peut dire aussi une aide contre lui. Quand la femme a toutes ces qualités féminines, elle est mieux prémunie que l'homme contre l'idéologie et peut contribuer dans le débat politique à en éloigner les hommes.

Pour définir l'idéologie je m'appuie sur ce qu'écrit

Hannah Arendt dans le chapitre « Idéologie et Terreur » de son livre *Les Origines du Totalitarisme*. Pour cette philosophe, l'idéologie se définit par une pensée qui a la prétention de tout expliquer, une pensée à laquelle rien n'échappe. « Les idéologies ont tendance à ne pas rendre compte de ce qui naît, et meurt. » Elles font l'économie de la mort, de la discontinuité, de la coupure. Or le féminin est rétif à entrer dans une façon de penser positive, le féminin s'y refuse contrairement au masculin qui en fait souvent l'économie avec désinvolture. L'homme, lui, avec son sexe plus voyant, plus « intéressant », peut croire à la chose. Il peut se raconter un temps que la chose tient toute seule, sans son contraire, sans son ombre.

En deuxième lieu, la pensée idéologique s'affranchit de toute expérience, « elle s'émancipe de la réalité qui nous fait percevoir avec nos cinq sens ».

En troisième lieu, la pensée idéologique ordonne les faits dans une procédure absolument logique qui part d'un premier terme tenu pour axiome. Une femme est taxée facilement d'incohérence, de manque d'esprit de synthèse, de flou, d'hystérie. Quand la femme est forte de sa faiblesse elle est le lieu de résistance privilégiée à l'idéologie. Quand une femme a conscience de la formidable puissance que donne sa capacité d'être faible, elle résiste et exhorte l'homme à résister. Ceci dit, beaucoup de femmes ont pu se laisser fourvoyer ou séduire par la logique implacable de gourous ou de tyrans totalitaires. Quand les femmes n'ont pas confiance dans la féminité, le monde va mal.

Cette implacabilité a-t-elle à voir avec un monde où tout est permis, où on peut licencier, expulser, couper l'électricité ?

On peut reprendre le terme d'« unité duelle » dont je parlais tout à l'heure telle qu'elle a été

décrite par Nicolas Abraham dans un concept emprunté à Imre Hermann. Il n'y a pas de sujet qui tienne sans autre. Cela vient contredire toute la philosophie occidentale jusqu'à Hegel qui essaie de définir l'« être » en soi. Le philosophe Lévinas, lui, a montré qu'il n'y a pas d'humanité sans responsabilité à l'égard d'autrui ; et que l'être isolé est une fiction qui fourvoie la pensée. Le féminin est le garant de cette responsabilité à l'égard de l'autre humain, responsabilité aujourd'hui si souvent bafouée par le masculin qui s'y dérobe plus facilement, avec plus de légèreté.

Comment comprenez-vous le fait que des psychologues et des psychiatres se compromettent dans des émissions comme le Loft, ou que des animateurs organisent des situations de couple conflictuelles et qu'ensuite ils demandent à ceux qui ont été filmés d'en parler ?

C'est un équivalent de la pornographie. Le système vend de l'effraction de l'intime. L'intime est le bastion qui était protégé jusqu'à maintenant. Aujourd'hui, on fracture cette porte pour vendre de l'audience et des produits d'entretien.

C'est de l'ordre du meurtre d'âme. Je rappelle qu'un meurtre d'âme est un attentat camouflé en sauvetage. Quelqu'un, qui a été frappé et atteint dans sa capacité de sentir et de penser se réveille en appelant celui qui a porté le coup à devenir son sauveur. C'est un phénomène qu'on retrouve très souvent dans les familles, où un parent qui a subi lui-même un attentat, ne le sait pas, le transmet à son enfant et le lui reproche.

Ces émissions fondées principalement sur le sexe banalisent l'exclusion, car il faut éliminer au fur et à mesure des candidats, et de plus on demande de la « sincérité, de l'authenticité ».

On attire des gens dans des pièges, en utilisant leur intimité et leurs qualités humaines. À la base de tout cela, la psychologisation de la psychana-

lyse n'est pas étrangère. L'intime et le sexuel ont été isolés de l'être au monde, et ont été pris comme « choses en soi ». Quand une chose est isolée ainsi elle peut être rationalisée, expliquée, exposée. L'attentat consiste dans cet isolement. Il est soutenu par une certaine façon d'être servilement fidèle à Freud qui au début de sa recherche, fasciné par la fréquence des troubles sexuels dans les « psycho-névroses », a isolé les pulsions sexuelles du reste de l'humain. Mais celui qui exploite ces élaborations de Freud comme si elles étaient universelles et définitivement acquises se comporte comme le physicien qui s'appuierait sur la physique d'Aristote ou comme un peintre qui peindrait comme Puvis de Chavanne.

Celui qui fait du sexuel une chose en soi, séparable, distincte, celui-là peut s'en servir pour organiser une effraction de l'intime. De leur côté, ceux qui sont les victimes et qui s'en croient les héros sont mis en position, s'ils n'exposent pas cette part d'eux-mêmes, d'être taxés de pusillanimité et de ringardise.

Le sexuel est le lieu même de l'indécision, du faire un et deux, d'être uni/séparé. A chaque fois qu'on fait l'amour, on se retrempe dans l'originnaire. Dans l'union sexuelle, qui est dans qui ? L'amour est le paradigme du lien paradoxal. Avec ces émissions de télévision, tout cela est écrasé. On profane cet espace potentiel, saint. En le violent, on fait la nique à l'irrationnel, à l'ombre, à l'union paradoxale de l'un avec le tout autre. Le sexe est versé dans le rationnel, assigné à la positivité susceptible d'être exposée, disséquée. On peut tout dire, tout voir. C'est Orwell réalisé, c'est Big Brother. C'est une entreprise de perversion de l'humain. En faisant effraction des limites, on tue l'humain dans ceux qui s'exhibent et dans ceux qui voient.

**Propos recueillis
par Elisabeth Maurel-Arrighi**

La mission des habitants relais

Fatima Boutih

Vice-présidente de l'Association Communautaire Santé Bien-être

La paupérisation envahit de plus en plus nos banlieues et cette situation est exacerbée par la complexité de l'accès aux soins et aux droits sociaux les plus élémentaires. Les réponses des institutions et des professionnels socio-sanitaires ne sont pas toujours adaptées à cette population fragile et souvent en situation d'urgence ou en rupture avec le système, une « incompréhension » s'installe et c'est dans cet entre-deux, cette interface de la rencontre Personne/Institution/Professionnel que se constitue l'action des habitants relais, prenant la forme d'un soutien, d'une médiation, d'un lien, en quelque sorte celle d'un maillon relationnel manquant.

De la solidarité à la médiation

Leur mission est l'accueil, l'écoute, l'évaluation des demandes, l'information ou l'orientation, la médiation auprès des institutions ou des professionnels, l'accompagnement individualisé et personnalisé de toute personne, sans discrimination aucune, tout cela en s'appuyant sur le réseau interprofessionnel déjà constitué et à compléter en permanence. C'est là l'axe majeur de leurs actions.

A l'origine, la volonté des porteurs de ce projet était de former des hommes et femmes, repérés dans le quartier pour déjà pratiquer de façon informelle cette forme de solidarité et d'en faire une profession reconnue.

N'étant pas rémunérées et étant elles-mêmes en situation de précarité, seules six personnes sur vingt au départ ont pu finir une formation de neuf mois à mi-temps et être embauchées comme habitant-relais en contrat-emploi-solidarité : un seul homme et cinq femmes. Est-ce un hasard ?

Puis, le seul homme, qui justifiait l'appellation « habitant-relais » plutôt que « femme-relais » nous a quittées au bout de quelques mois de pratique. Sur les cinq femmes deux sont parties au

bout de deux ans, d'autres les ont remplacées, toujours des femmes. Hasard ? Je ne le pense pas, cette profession, basée sur une certaine solidarité, n'attire essentiellement que des femmes.

Aujourd'hui, elles ne sont plus que quatre, dont trois de l'équipe d'origine et sont rémunérées un peu au-dessus du SMIC. L'association a signé des conventions d'adultes-relais avec l'Etat sur cinq ans. Leurs postes restent donc précaires, même si, maintenant, on les appelle Médiatrices Socio-sanitaires.

Il n'existe, à ce jour, aucun diplôme reconnu validant les formations suivies par ces femmes. Leur longue expérience non plus n'est pas reconnue et ne leur permet pas d'obtenir d'équivalence afin de passer des concours ou des diplômes...

Leurs limites, leurs difficultés

Ce sont d'abord les batailles perpétuelles qu'elles ont à mener pour être acceptées et reconnues comme des professionnelles et donc, des partenaires à part entière par les autres professionnels. Ce sont ensuite et surtout les situations d'échec tels que les problèmes de logement, d'hébergement d'urgence et de papiers, les dossiers qui n'aboutissent pas ou de façon insatisfaisante, même si le rôle de l'habitant-relais n'est pas de solutionner tous les problèmes, mais d'en faire part au conseil d'administration de l'association et ainsi de les mettre sur la place publique.

Ces problèmes, non ou mal solutionnés, sont souvent vécus par elles comme des échecs personnels car ils les renvoient à leurs propres échecs, et après plus de six ans d'expérience, les femmes-relais doivent souvent puiser dans leur réserve d'énergie pour continuer à se battre. Comment une société ose-t-elle laisser se décourager les forces vives qui créent du lien social et ne sait pas prendre appui sur le dynamisme de ceux et de celles qui osent inventer ?

Association Communautaire Santé Bien-être (ASBE)
31 allée Saint-Exupéry
93200 Saint-Denis
Tél : 01 48 09 09 01
Fax : 01 48 09 98 62

Collectif égalité-mixité

Le Collectif Égalité-Mixité de l'Union Départementale CGT de Nantes a été créé en 2000 dans la dynamique de la « Marche mondiale des femmes ». Il s'inscrit dans le collectif confédéral Femmes Mixité. Ses objectifs sont de lutter pour l'égalité hommes-femmes, contre les discriminations. C'est un collectif mixte, même s'il est composé très majoritairement de femmes : partant des situations de précarité, de violence et de harcèlement faites aux femmes dans l'entreprise, il s'intéresse aux conditions de travail et à la santé de tous.

En mars 2001, ce collectif a organisé une réunion publique sur le thème « souffrances au travail, harcèlements ». Impressionné par le nombre des présentes, leurs questionnements, leur souffrance exprimée et leurs attentes, le collectif a élaboré une réflexion et des actions spécifiques sur les souffrances au travail.

Une de ses activités prioritaires a été la mise en place d'une permanence d'accueil qui se tient trois fois par mois depuis 1 an environ. Une cinquantaine de personnes s'y est présentées, majoritairement des femmes.

Le soutien se fait tout d'abord par l'écoute, pour aider à mettre des mots sur les situations vécues, pour prendre de la distance et sortir d'un sentiment d'impuissance et parfois de culpabilité. Un travail

est fait sur les connotations sexuées et sexuelles qui en général ne sont pas évoquées d'emblée. C'était le cas par exemple pour des soudeuses travaillant dans la sous-traitance sur les chantiers à Saint-Nazaire, elles n'avaient pas de vestiaires ni de sanitaires spécifiques : obligées de se doucher avec les hommes, elles étaient en butte à leurs réflexions. A la précarité de leurs conditions de travail s'ajoutait l'oppression sexuée infligée par leurs collègues masculins.

A partir de ces récits, un travail d'analyse est fait pour qualifier la situation : exploitation d'une catégorie de travailleurs, organisation du travail, techniques de management, stratégies d'élimination de certaines tranches d'âge, harcèlement moral ou sexuel plus ou moins ciblé... Cette clarification permet, si la personne le souhaite, d'envisager des interventions.

Le collectif essaie de mettre les gens en réseau : grâce à sa connaissance des rouages administratifs et juridiques, de l'organisation syndicale, il aide la personne à interpeller différents niveaux : ce peut-être le médecin traitant (pour un arrêt, un traitement...), le médecin du travail (pour une intervention sur les conditions de travail, une inaptitude...), un spécialiste en psychopathologie du travail (pour expertise et/ou soutien), l'inspection du travail, et

Marie Kayser

Médecin généraliste

Collectif égalité-mixité CGT
1 place de la gare de l'Etat
44276 Nantes cedex 2

bien sûr les structures syndicales pour une action dans l'entreprise, dans la branche professionnelle, dans la localité, en justice aux Prud'hommes, au pénal...

A côté de cet accueil individuel, le problème peut aussi être posé d'emblée collectivement. Ainsi, récemment, le collectif a été interpellé par une structure syndicale : une rencontre a eu lieu avec les femmes (majoritaires dans cette entreprise de nettoyage et de restauration) sur leurs conditions de travail et une action syndicale locale a été montée (réalisation d'un tract sur les conditions de travail, débrayage rejoignant une action nationale).

Une autre activité importante du collectif est la participation à des actions de formation d'abord pour les membres eux-mêmes, puis animation de formations de syndicalistes, de membres de Comités

d'Hygiène et de Sécurité, permettant ainsi que des relais s'instaurent dans les entreprises et les structures syndicales.

Le collectif a constaté que la réflexion sur égalité-mixité ne s'arrête pas aux portes de l'entreprise, elle est transversale : des femmes qui remettent en question la façon dont elles sont traitées au travail s'interrogent aussi sur leurs rapports de couple.

La question des modalités différentes de réaction des hommes et des femmes à la souffrance au travail est posée.

Le questionnement sur égalité-mixité bouscule le monde syndical : il interroge ses représentations et son fonctionnement.

Le travail de la permanence d'accueil apporte un autre mode d'action militante : il part de ce que vit l'individu pour aller vers le collectif.

Sur deux longueurs d'onde

Martine Devries

Médecin généraliste

Cet après-midi là, à la consultation, c'est Claudine qui est la première : alcoolique, dépendante, toute maigre et un peu claudicante : la polynévrite, mais très soignée, maquillée et souriante. Elle vient pour un arrêt de travail, heureusement ; parfois, elle va travailler dans cet état là, risquant le renvoi pour faute professionnelle. C'est important son travail pour Claudine, « 25 ans de boîte, mais ce n'est plus la même ambiance, autrefois on s'aidait, sur la chaîne. Maintenant... » Ca va mal à la maison, je le sais, les garçons sont partis, le mari s'occupe d'elle comme d'une demeurée et la fournit en alcool, à doses mesurées en tenant un discours réproba-

teur et dévalorisant. Claudine n'aborde jamais son alcoolisme, sa dépendance, on appelle ça « être dans le déni ». Aujourd'hui, ça ne va pas. A ma question : « Qu'est-ce qui pourrait faire que ça aille mieux ? », alors que, dans ma tête, il y a une cure, séparation, consultation au centre d'alcoologie, travail... que des choses sérieuses et sensées, elle répond : « Il faudrait que j'aille à la gym, et pour cela que mon mari me rende les clés de la voiture ».

Que je suis loin dans mon imaginaire, et loin du sien... Les deux autant déconnectés de la réalité, si on y réfléchit. Mais j'ai pu embrayer sur ses projets et peut-être s'est-elle sentie comprise ?

La bonne santé des femmes...

la nuit, les infirmières

Si l'on considère que la santé des femmes ne se définit pas par l'absence de maladie étiquetée, ni seulement par une sexualité bien « gérée » conception et contraception comprises, mais plutôt par un sentiment de liberté et de capacité à gérer ses propres choix et équilibres personnels, professionnels et affectifs...

Quand bien même ces dits équilibres ne seraient pas forcément ceux que la société qui se croit savante nous prescrit depuis la nuit des temps, à savoir définir les priorités en lien plutôt avec le devoir qu'avec le plaisir...

Si la santé se définissait justement pour certaines par l'échappement aux modèles tellement éculés qu'ils en sont devenus invisibles ou pour le moins indicibles et par conséquent inintelligibles ?

Dans un documentaire commentant la fin de la discrimination de la législation sur le travail de nuit des femmes, un syndicaliste CGT déclarait que le travail des femmes la nuit était un « tue l'amour » (pas celui des hommes ?). Outre que le manque criant d'imagination de cet homme me semblait autrement plus dangereux pour le dit « amour » que l'absence de sa femme, la nuit, dans son lit (chacun sait bien que l'amour s'accommode justement fort bien de l'aventure, de l'inattendu, de l'insolite et ne se pratique pas exclusivement dans un créneau horaire syndicalement défini), je me pris à mal penser que cela pourrait précisément expliquer et justifier

nombre de vocations au travail nocturne chez les femmes.

En effet, échapper à la routine, au repas puis à la vaisselle du soir, au coucher des chers petits, au repassage et autres plaisirs domestiques devant la télé qu'on regarde sans vraiment regarder (combien de films dont les femmes n'ont jamais vu le début ni la fin...), puis, finalement au coucher conjugal, après avoir rappelé dix fois son conjoint préféré qui ronfle devant la dite télé... vaut bien qu'on rompe avec le sens commun qui veut qu'on se lève le matin et qu'on se couche le soir, quelle que soit la météo, le rapport au temps qui passe, la durée de l'ensoleillement, le bruit des oiseaux dans la vigne vierge...

Sans compter l'incalculable tranquillité des courses alimentaires à contre-courant quand les magasins sont vides (ah ! le super supermarché au pas de charge, accrochée au caddie supersonique dans des allées tellement vides qu'on se retourne régulièrement pour vérifier que les grilles sont bien encore levées). Et comment mesurer l'économie de stress dans l'envers des embouteillages sous le regard morne des autres, arrêtés, eux, dans le bouchon, jaloux de vous voir rouler insouciant... A l'évidence, la nuit, l'absence des petits et grands chefs (bien au chaud dans le lit de leurs moitiés ceux-là) allège considérablement la pénibilité de la vie au travail, la production d'adrénaline et les montées brusques de

Anne Perraut Soliveres

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

Elle a publié Infirmières, le savoir de la nuit, éd. Le Monde, PUF, Coll. Partage du savoir, 2001.

température ou de tension artérielle et donc améliore sensiblement la santé. L'autonomie qui en résulte permet un épanouissement au travail dont bien peu de diurnes ont encore l'idée et vient s'ajouter au compte en positif. Ajoutez à cela le plaisir de rentrer le matin à la maison puis, après avoir levé, fait déjeuner et envoyé les petits à l'école, la jouissance incommensurable de se glisser, seule, étalée dans le grand lit encore chaud de l'empreinte du corps de celui qui vient de partir, justement, au boulot et vous aurez une petite idée du bonheur... Ce ne sont pas les femmes qui partent à l'aube de chez elles après avoir sorti à contre cœur leurs petits du lit pour les déposer en pyjama encore ahuris de sommeil chez la nourrice qui me contrediront, celles-là même qui rentreront le soir, toujours dans les embouteillages, récupéreront les enfants à l'étude après avoir fait les courses et qui, tout en expédiant les devoirs des chérubins, prépareront le repas et feront tout ce qui tourne autour de l'entretien de la maison. La femme qui travaille la nuit aura eu tout le loisir de faire cela tranquillement après avoir un peu dormi et sera là tous les jours à la sortie de l'école.

D'aucuns pourraient rétorquer qu'il s'agit là d'éléments qui ne sont pas spécifiques aux femmes et que les avantages et inconvénients de l'organisation de la vie familiale sont les mêmes quel que soit le sexe du travailleur nocturne. Ce serait oublier l'indécrottable discrimination qui accable toujours les femmes en matière d'élevage d'enfants et de tâches ménagères ainsi que le poids de traditions qui assignent des rôles qui n'ont pas grand chose à voir avec le genre, les gènes ou les hormones.

Les infirmières le savent mieux que quiconque qui n'ont pas attendu qu'on autorise les femmes à travailler la nuit pour le faire, dans la plus grande indifférence des législateurs durant des décennies et surtout dans un mépris absolu de l'aménagement de leurs conditions de travail. Elles se sont d'ailleurs plutôt bien portées de cette indifférence, s'organisant selon les contraintes liées à la

continuité des soins et leur bon sens, jusqu'à aujourd'hui. Pionnières en matière de travail nocturne, elles ont souvent expérimenté différents rythmes et alternances horaires de travail et de repos et pourraient en remonter à plus d'un syndicaliste ou médecin du travail qui prétendent pourtant savoir mieux qu'elles ce qui leur convient, tant sur le plan de la récupération physiologique que sur le plan de la récupération psychologique. Sans doute faudrait-il qu'on accepte de les entendre... et leur faire confiance dans leur capacité à juger de la moins mauvaise manière de travailler la nuit. Au contraire, s'appuyant sur des études obsolètes du travail posté industriel ou sur le fantasme d'une définition de la santé qui se déclinerait principalement du côté de la norme statistique, on voit apparaître dans la loi des restrictions et des contraintes à l'aménagement du travail nocturne auxquelles les infirmières ne reconnaissent pas la moindre légitimité mais qui par contre les contraignent fortement et les désorganisent, maltraitant des équipes déjà fragilisées par une pénurie qui n'en finit pas de s'étendre. Désormais, le législateur veut mettre son nez, ses règles et ses principes dans une organisation du travail de nuit auquel il ne comprend rien, avec un a priori négatif fort dommageable quand la nécessité oblige. En effet, la présence nocturne des infirmières n'est pas discutable, sauf à renvoyer dormir les patients chez eux tous les soirs, et on aurait tout intérêt à ce qu'elles puissent travailler selon leur désir, leurs propres valeurs, leur expérience de l'organisation des soins et leur besoin impérieux de périodes de sommeil assez longues pour une récupération optimale. C'est ainsi que la conception de la santé des femmes au travail gagnerait à sortir de son obscurantisme pour explorer d'autres pistes que celle éculée de la norme sociale, fut-elle communément admise, au profit d'autres valeurs comme la bonne humeur, la convivialité, l'épanouissement au travail, la tranquillité, ainsi que le sentiment du devoir accompli.

Mais nous touchons là d'autres rives...

Faire face

Arrêt de travail légitime

« Madame, vous êtes exténuée, vous travaillez trop. Je vous donne un arrêt de travail ». Elle affichera ou non le formulaire dûment tamponné et signé dans sa cuisine, cette « femme au foyer ». Mais j'ai ainsi légitimé son travail et en conséquence son droit à dire sa fatigue et à prendre des heures de repos. La plupart finissent ainsi à inscrire une période hebdomadaire de congé.

Mozart-enfant assassiné

A l'école maternelle, instit et parents mettent trop souvent leurs mots d'adultes sur les jeux sexuels enfantins : « Tu as une petite copine : c'est ton amoureuse » et tout le monde embraye avec un air entendu et l'enfant joue le Don Juan (ou la Lolita). Et voilà déjà l'enfant-sexué, l'enfant obligé de paraître précocement adulte : il y a des mots assassins.

Dire non

« Apprenez à votre enfant à dire non » ? La mère a un doute sur la santé mentale du médecin. Et

Il est parfois des rencontres dans ma salle d'attente qui m'émerveillent, quand le hasard rassemble et fait se parler certaines de mes patientes. Ces femmes, différentes par l'âge ou l'origine, ont en commun le courage et la solidarité. Au contraire, parfois, dans les visages de ma salle d'attente, je ressens surtout le poids écrasant de l'injustice et la paralysie.

Mais pour les unes comme pour les autres, il s'agit de toute façon de prendre acte des symptômes, d'entendre la violence que représentent l'épuisement et l'oppression au quotidien de bien des femmes.

Alors, que faire ? Mille et une choses concrètes,

pourtant, c'est ainsi que son fils pourra se positionner. Et je respecte, à l'adolescente, la volonté de ne pas connaître son poids : elle a le choix.

L'humain, tout simplement

Les femmes vont mal, et les hommes ? Les hommes sont fragiles et certains le savent et beaucoup cherchent leur voie (voix). Et c'est tellement dur, parfois, que je finis par oublier que nous en avons fait l'expérience pendant des générations, nous les femmes. C'est d'ailleurs ce qui nous rend fortes. Mais attention à ne pas prendre toute la place : les hommes doivent pouvoir s'inventer un modèle « fait sur mesure », sinon, à notre insu et sexes confondus, nous serons transformés en simples rouages d'une formidable machine, celle de cette société marchande si bien servie par les médias : hommes et femmes soumis, réifiés, prototypés, normalisés, standardisés, uniformisés et finalement esclavagés ! Résister, c'est pouvoir vivre ensemble nos différences. Respecter l'humain, tout simplement.

modestes ou moins modestes, par exemple :

- D'abord, bien-sûr, écouter, ne pas banaliser, affirmer que « même si elles sont nombreuses à mener une vie de marathonnienne, cela n'est pas normal. »
- Se préoccuper des anémies, vraiment, s'informer de l'abondance des hémorragies des règles, ou des carences liées à des petits sandwiches pris sur le pouce à midi, pour donner du fer suffisamment longtemps. Combien de femmes se traînent à 11 g d'hémoglobine et ressuscitent à 13 g !
- Proposer largement des arrêts de travail aux mères d'enfants malades, et même aux pères,

Anne-Marie Paboïs

Médecin généraliste

Elisabeth Maurel-Arrighi

Médecin généraliste

ainsi qu'aux femmes épuisées. Histoire de souffler un peu, de pouvoir être un peu seules tranquilles chez soi.

- Donner l'adresse de l'inspecteur du travail et de la permanence syndicale interentreprises du quartier pour celles qui n'ont pas de syndicat. Adresser à la consultation de pathologie du travail quand on en a une dans son secteur. Participer comme cela existe dans certaines associations à un groupe de paroles qui réunit citoyens, syndicalistes, médecin du travail autour de la lutte pour l'amélioration des conditions de travail, pour des personnes en butte à une intensification du travail ou à un harcèlement, savoir utiliser l'outil de l'inaptitude pour éviter une démission dans ces cas.
- Lutter contre le décervelage ambiant et l'absence de culture politique, qui met les relations professionnelles sur le terrain affectif ou psychologique. Rappeler le vieil adage des ouvriers « Tout ce qu'on peut attendre des patrons, c'est de la rallonge ». Nommer « la lutte des classes » quand la politique de management cherche une rentabilité à n'importe quel prix, celui de la santé des personnes.
- Conseiller des lectures éclairantes, comme *Reprise* d'Hervé Le Roux¹, qui retrace sous forme d'un polar sensible et d'une romance l'histoire du mouvement ouvrier.
- Donner des trucs pour faciliter la vie de famille, l'adresse de la bibliothèque municipale pour les histoires du soir. Parler de recettes de cuisine simples, de réduire le repassage à son plus strict minimum. Encourager à faire un tableau pour la répartition des tâches ménagères avec les enfants et le conjoint.
- Prendre le temps de parler de l'école, des difficultés liées aux classes surchargées, ou à l'épuisement ou la rigidité des enseignants. Proposer des séances d'orthophonie même pour les grands pour débloquer des situations. Rappeler l'utilité de joindre les associations de parents d'élèves.
- Entendre le désarroi des adolescentes, ou des femmes plus âgées qui se sentent exclues de la

norme, comme si le modèle se trouvait dans les feuillets de Miami beach, inventer les mots qui rassurent, dire par exemple que notre capacité de stocker les graisses a sauvé les mères et donc l'humanité de la famine, raconter que dans certaines tribus de Polynésie le modèle de la séduction est la femme ménopausée, qui a souvent plus de sagesse, d'indulgence et de sens de l'humour que la femme plus jeune.

- Avoir dans son carnet d'adresse les centres d'IVG disponibles et respectueux où les femmes peuvent être accueillies dans les délais légaux et sans culpabilisation, prendre le temps d'écouter les femmes souvent partagées dans des sentiments contradictoires, même si leur décision est fermement et raisonnablement prise.
- Ne pas se laisser abuser par la publicité des laboratoires pharmaceutiques et prescrire des pilules remboursées, surtout aux jeunes filles dont on connaît les petits budgets, démedicaliser la contraception, proposer de montrer leur col avec un miroir lors de l'examen gynécologique.
- Affirmer que le désir et le sexe ne sont pas forcément synonymes de rapports de force, qu'ils peuvent être joyeux et respectueux, que hommes et femmes ont tout à y gagner, conseiller des lectures comme *L'Amant* de Mireille Sorgue², qui avait su trouver malgré son très jeune âge les mots d'un érotisme partagé, même si à l'époque avant 1968, elle n'avait pu ensuite trouver les moyens d'être différente du modèle de soumission classique, et même si elle avait mis fin à ses jours, proposer par exemple aux professeurs de littérature et de biologie de faire des lectures de son chapitre sur le langage des mains parallèlement à une information sur la contraception.
- S'appuyer sur le lien de la relation médicale pour redonner confiance aux femmes sur leur capacité à nouer des liens.

Alors peut-être nous saurons les aider à résister.

1. *Reprise* d'Hervé Leroux, Calmann-Levy, 1998, Paris.
 2. *L'Amant* de Mireille Sorgue, Albin Michel, 1985, réédité en livre de poche 2002.

L'abandon des grossesses normales

La médicalisation de la grossesse s'accompagne, depuis peu, d'un abandon paradoxal, celui des grossesses normales.

Corps capturé, les femmes enceintes ne sont plus que des réceptacles, utiles si elles portent à terme un enfant forcément parfait dont elles seront délivrées sous péridurale et bouche cousue comme pendant toute leur grossesse. Médecins généralistes et sages-femmes libérales évincées, maternités de proximité fermées, les femmes doivent « faire avec » le manque de place dans les Maternités et attendre souvent le 5^e mois pour une première consultation hospitalière (10 mn échographie comprise). Dans bien des endroits, la péridurale a été l'occasion de reprise du pouvoir médical et d'abandon des séances de préparation à la naissance. Or un suivi de grossesse nécessite des consultations minutieuses sur le plan technique et attentives sur le plan relationnel. Cela prend du temps, bénéfique pour la santé physique et psychique de la mère et de l'enfant mais temps peu rentable pour certains gynécologues-obstétriciens qui se tournent vers des activités plus lucratives ou prestigieuses comme la procréation médicalement assistée, ou pour ceux spécialistes et généralistes qui trouvent que le paiement à l'acte rémunère mal la longueur de ces consultations.

Et pourtant, médecins généralistes, nous sommes de celles et de ceux qui aiment cheminer avec les

femmes tout au long de ce bouleversement de la grossesse, écouter leurs questions, des plus cachées aux plus ouvertes, voir la jeune femme, malgré les peurs qui viennent parfois de loin, se découvrir capable d'être une mère « suffisamment bonne » et, lorsque l'enfant réel advient, réassurer le jeune couple parental dans ses potentialités spécifiques.

Comment faire ensemble, professionnels et femmes enceintes ?

Certains hôpitaux créent des réseaux hôpital-ville pour se décharger du suivi des grossesses non « à risques » : belle occasion pour remettre en cause le pouvoir des hospitaliers ! Déjà des femmes s'organisent, des associations offrent conseils et informations, des volontaires organisent des réunions, des femmes relais pourraient intervenir dans les salles d'attente hospitalières.

Alors peut-être les femmes pourront-elles gagner la bataille de la grossesse.

Sites disponibles sur Internet à propos d'allaitement animés par des femmes

Site Info Lactaliste : <http://perso.wanadoo.fr/ipa/>

Abonnement Lactaliste :

<http://perso.wanadoo.fr/ipa/internet/lactaliste.html>

ou encore (surtout les « conseils pour être sûr de faire échouer un allaitement » - tellement réaliste)

Marraines d'allaitement : <http://mdam.free.fr/59>

Anne-Marie Pabois

et

Elisabeth Maurel-Arrighi

Médecins généralistes

Résumé : Les adolescents nous interpellent en posant des questions essentielles : qui suis-je ? Serai-je aimé ? Il s'agit, pour l'intervenant en prévention, de partir du réel, de rappeler le cadre légal, et surtout de les écouter.

Aborder la sexualité à l'école

Entretien avec
Abdon Goudjo

Médecin, responsable du pôle
Afrique et Migrants au Centre
Régional d'Information et de
Prévention du Sida (CRIPS)

Pratiques : D^r Abdon Goudjo, vous êtes médecin, responsable du pôle Afrique et Migrants au Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida (CRIPS) et vous intervenez régulièrement en milieu scolaire.

On parle beaucoup de la violence entre jeunes : « tournantes », jeune fille récemment brûlée vive par son ancien copain... Selon vous, est-ce une amplification orchestrée par les médias ? Ou bien y a-t-il vraiment quelque chose qui ne va plus entre les filles et les garçons ?

Abdon Goudjo : Le terme de tournante ne me plaît pas beaucoup ; je parlerais plutôt de viol en réunion. Ce n'est pas un phénomène récent : on l'a vu dans de tous les temps et plus particulièrement dans des situations de guerre. Les soudards ayant gagné une bataille s'attaquent aux jeunes femmes et aux enfants des vaincus qu'ils violent : c'est un acte d'humiliation, de domination et de soumission de la victime à un groupe. Ce qui peut paraître récent, c'est la superposition de trois temps en un : le temps des faits, celui du viol en réunion, le temps judiciaire, avec sa longue latence liée à l'instruction des faits et le temps médiatique qui a une certaine fonction amplificatrice des événements.

Ne parlons pas de tournantes, mais de viols en réunion, donc de crimes. N'y juxtaposons pas un discours exotisant, qui viserait à excuser leurs

auteurs, comme si ces êtres là nous étaient étrangers. Or il s'agit de nos enfants...

Nous sommes saturés d'émissions télévisées ou d'images qui appauvrissent notre imaginaire, qui nous mettent dans une position passive ou font de nous des voyeurs (je pense au loft, par exemple...). Quelle initiative reste-t-il alors aux jeunes ?

Notre démarche au CRIPS est justement de dire : « N'essayons pas de convaincre, contentons-nous de faire réfléchir. » Il faut parler aux adolescents du respect de soi et de l'autre. Pour cela, il faut qu'il puisse y avoir échange. Rejeter ces jeunes parce qu'ils nous paraissent bizarres ne sert à rien. Ce qu'on peut faire avec eux, c'est écouter, leur rappeler qu'il y a un cadre, le cadre légal, et aussi des règles qu'il faut savoir respecter. La première de ces règles, est que le consentement de l'autre est une nécessité absolue...

Dans une classe mixte, les garçons doivent pouvoir entendre la parole des filles devant le témoin que je suis. Car de temps en temps, la parole des filles n'est pas entendue. On sert alors de médiateur dans les classes.

Je me rappelle une intervention où après ce rappel de la règle et de la loi, une fille s'est retournée vers un garçon : « Tu vois, tu n'avais pas le droit ! T'as pas le droit de mettre la main aux fesses des filles, tu entends bien, t'as pas le droit ! » avant de quitter la salle un peu en pleurant. Le garçon

pendant toute la séance, est resté mal à l'aise, il a fallu après que je le prenne à part pour lui expliquer que lui n'aimerait pas qu'on lui mette la main aux fesses, et qu'être un garçon... ne donne pas plus de droits que les autres ! Quant à la jeune fille, elle a pu s'exprimer devant le témoin que je suis.

La banalisation de la pornographie impose des représentations aliénantes et stéréotypées de la sexualité féminine : pratiques violentes, sodomie systématique, les filles sont toujours d'accord, si elles crient c'est qu'elles ont du plaisir... Peut-on parler de la réalité, c'est à dire du sexe avec ses doutes, ses ratés, le cafouillage de l'adolescence, les questions autour de l'identité sexuelle... sans passer pour un ringard ou un rabat-joie ?

Je crois qu'ils sont en attente des choses réelles. Ils le savent bien que les filles ne sont pas toujours d'accord, ils prennent des « râteaux » !

Il est important dans un travail éducatif d'expliquer le cheminement de la relation entre deux êtres : la rencontre, les émotions, les battements de cœur, les hésitations ou les peurs de mal faire sont autant de choses normales. Il y a des étapes, et si l'on veut s'en dispenser, il faut passer par la violence ou par l'argent. Le passage à l'acte le plus brutal ne doit pas être un signe de virilité plus grand que la patience...

Heureusement, la plupart des ados sont en quête de l'autre : « Qui suis-je ? », un garçon dans un corps de garçon, une fille dans un corps de fille, un garçon attiré par les filles, un garçon attiré par les garçons, etc. Suis-je aimable ? Quête narcissique utile pour s'aimer un peu avant de se sentir désiré... Serai-je aimé ? Est-ce que quelqu'un me regardera... Lorsqu'on aborde ces questions essentielles, même les « gros durs » au fond de la salle deviennent « écoutants ».

Notre société, violente, inégalitaire, valorise la combativité, la productivité, le goût du risque et de la performance, bref des archétypes très

masculins. Est-ce que cela complique les relations entre les sexes, peut-on dire que les insultes sexistes ou homophobes ont aussi un rapport avec cela ?

L'homophobie ambiante est presque une règle dans le discours commun, et même si personne ne la revendique, il y a une discrimination rampante à l'encontre des homosexuels. Dans un groupe de quarante élèves, il y a peut-être deux ou trois qui se cherchent. Dans mes interventions, je parle toujours de celui qui est en quête par rapport à son identité sexuelle, et je fais très attention au regard de celui qui commence à fuir. Un garçon qui recherche les garçons : quel mal-être, quand la norme sociale est l'hétérosexualité la plus extravertie ! Un garçon qui n'a pas un comportement de garçon est renvoyé dans le monde des femmes, de « celles qui n'en ont pas ». Le mode d'entrée en sexualité des jeunes homos est souvent direct, sans flirt, car on ne veut pas se dire « J'ai flirté avec quelqu'un du même sexe que moi ».

Comment aborder cette question ? En ayant assez d'assurance pour laisser circuler la parole, laisser dire des énormités, puis les reprendre, les corriger et apporter quelques éclairages.

Il est important qu'au cours d'un débat en groupe, celui qui ne se sent pas dans la norme sociale puisse se dire : « Ma parole existe ».

Je ne suis pas trop pessimiste parce que beaucoup d'adolescents, heureusement, sont en quête de ce qu'on ne leur vend pas. Mais je vois des situations qui me semblent être le résultat de la société marchande : dans un CFA en banlieue nord, à propos des viols en réunion, un garçon a dit ceci : « Moi pour tringler les filles, c'est simple, je mets un sac Auchan ou un sac Cora, je le mets sur ma bite, et j'y vais ! »

Interloqué, je prends le temps de réfléchir et lui demande : « Est-ce que ta bite mérite un sac Auchan, comme de la « bidoche » ou un yaourt du super marché, est-ce que tu n'as pas plus de valeur que ça ? ». Le jeune homme qui était tout fier, s'est retrouvé un peu décontenancé par une

interpellation sur le respect de lui-même, d'utiliser un sac de marchandises comme préservatif. Il avait intégré qu'il fallait se protéger, mais sans le respect de soi et de l'autre. C'est en cela d'ailleurs que je crains que les formes d'agression de l'autre soient, au-delà de la douleur infligée à la victime, une humiliation d'eux-mêmes : agresser l'autre pour avoir un rapport sexuel, c'est déjà perdre une part de sa propre humanité.

A partir de cet exemple et pour terminer, peut-on dire un mot sur le contexte social et économique de marchandisation dans lequel on chosifie les personnes et où l'on peut comprendre que les jeunes aient du mal à se situer ?

Il est certain que les images où la femme sert de

support de vente ne sont pas très heureuses. Il y a des filles qui, pour ne pas répondre au discours marchand qu'on leur impose adoptent une position très normée : le retour des foulards chez les filles permet d'avoir une norme sociale, la fille devient respectable. Le modèle religieux est sécurisant, car il est stable. Il aliène, mais il structure, il permet d'exister. Le modèle républicain devrait permettre une vraie liberté de choix, pas seulement une réaction par rapport aux modèles : notre école a un rôle à jouer là. Je crains qu'elle n'ait plus le temps, pourtant il doit toujours y avoir un adulte pour écouter et répondre. Le pire serait de manquer d'imagination ou de ne plus savoir entendre nos enfants.

Propos recueillis par Geneviève Barbier

Pierre Volovitch, *Marge et Manœuvre sont dans un bateau*, éd. du Toit, 49 bis rue Bobillot 75013 Paris, 8 €



De janvier 1984 à juin 1987, Alternatives Économiques publie dans chaque numéro une petite chronique signée Pierrot et intitulée « Arrêtez-moi si je dis des bêtises ». En juin 1987, lassitude. Pause. En novembre 1991, Pierre Volovitch (diminutif Pierrot) re prend la plume et s'adjoint deux petits camarades. La chronique s'appelle désormais « Marge et Manœuvre sont dans un bateau ». Le but, c'est que ni Marge ni Manœuvre ne tombe à l'eau, mais qu'à eux deux ils fassent tomber dans la flotte le plus possible de ces gens sérieux qui pontifient sur l'économie. Voilà une soixantaine de ces chroniques (1984-2000), dont une quinzaine, non publiées à l'époque, qui n'ont pas pris une ride. Ça fait un petit livre. Et ça remonte le moral de ceux qui n'ont pas renoncé à améliorer la société. Marge et Manœuvre continuent de naviguer chaque mois dans Alternatives Économiques.

adresses utiles

VIOLENCES CONJUGALES

- *Violences conjugales. Femmes info service* :
01 40 33 80 60 du lundi au vendredi de 7h30 à 23h30, samedi et jours fériés de 10h à 20h ; fermé le dimanche.
- *CNIDFF (Centre national d'information sur les droits des femmes et des familles)* : 01 41 31 12 34.
- *INAVEM (Institut national d'aide aux victimes et de médiation)* : 01 45 88 19 00
- *Collectif féministe contre le viol* : 01 45 82 73 00
- *Viols femmes information* : 08 00 05 95 95
- *SOS violences familiales* : 01 44 73 01 27
- *Parenthèses à la violence* : 03 84 54 06 03
- *VSV (Vivre sans violence en famille)* :
04 91 59 19 60
- *AFED 92 (accueil de femmes en difficultés)*, permanences lundi, mardi, jeudi de 9h à 17h :
01 47 78 06 92
- *Centre Flora Tristan* : 01 47 91 48 44
- *Site Internet de l'Institut de l'humanitaire à destination des professionnels de santé* :
www.sivic.org

VIOLENCE AU TRAVAIL

- *Mots pour maux au travail*, 16 rue des Cailles - 67100 Strasbourg : 03 88 65 93 88
www.multimania.com/xaumtom
- *ANVHPT (Association nationale des victimes de harcèlement psychologique au travail)*
Maison des associations, 3 Bd des Lices
13200 Arles : 04 90 93 42 75
- *HARS (Harcèlement association de réflexion et de soutien)*, 22 rue de Velotte - 25000 Besançon
www.mapage.cybercable.fr/hars
- *HMS (Harcèlement moral stop)*, 11 rue des
Laboureurs - 94150 Rungis : 06 07 24 35 93
www.chez.com./hms/
- *Association solidarité souffrance au travail*
Maison des associations, rue du Petit puits -
13210 St Rémy-de-Provence
www.association-sst.com

- *ACHP Association contre le harcèlement professionnel*, 17 rue Albert Bayet - 75013 Paris :
01 45 83 07 20
www.ifrance.com/achp
- *Contre le harcèlement*, BP 52 76302 Sotteville les Rouen : 02 35 72 15 15
- *FNATH : consultation « souffrance et travail »*,
11 rue du chemin vert - 75011 Paris :
01 47 00 17 57
- *Association DIRE*,
20 rue du Marché - 94140 Alfortville
- *Réseau Ile de France* :
Nanterre, M.Peze : 01 47 69 65 65
Garches, D'. Soula : 01 47 10 77 52
Paris, D'. Léger : 01 42 34 82 43
Créteil, D'. Sandret : 01 45 17 50 30 ou
<http://www.harcelement.org57.html>
- *Collectif égalité-mixité CGT*, 1 place de la gare de l'Etat - 44276 Nantes Cedex 2.

IVG - CONTRACEPTION - PREVENTION MST

- *MFPF* :
01 42 60 93 20 Paris
01 48 07 29 10 Province
www.planning-familial.org
- *www.filsantejeunes.com*
ou 0800 235 236 anonyme et gratuit
- *Association française pour la contraception* :
www.contractions.com
- *info IVG Ile de France* : 01 47 00 18 66
- *Site Internet toutes les info sur l'IVG* :
<http://www.avortementancic.org>
- *CADAC*, 21 ter rue Voltaire - 75011 Paris :
01 43 56 36 44 Tél/fax : 01 43 56 36 48
e-mail : colcada@club-internet.fr
- *CRIPS* : www.cybercrips.net

SANTE DES FEMMES

- *Les Pénélopes* : www.penelopes.org
- *ATTAC* : www.France.attac.org
- *Act-up* : www.actup.org

Annie Ernaux, *L'événement*, Gallimard 2000 et Folio 2001 ed. Les éditions de la chronique sociale, 7 rue du Plat 69025 Lyon

Annie Ernaux relate la période qui a entouré un avortement vécu étudiante, avant la loi qui a autorisé l'avortement, elle y raconte son parcours, sa solitude, face à un pouvoir médical méprisant et sourd. L'auteur possède les mots de ceux qui nous aident à nous sentir moins seuls. La justesse de ton pour décrire ce triste évènement et sa colère face aux abus du pouvoir médical confère à ce récit une force apaisante et consolatrice. Pour celles qui l'ont vécu et souvent leurs amies qui les ont accompagnées, ce livre restitue un sens à ce choix douloureux, et montre combien les femmes ont du et doivent encore se battre pour être respectées.

Françoise Ducos

Maïssa Bey, *A contre silence*, collection Paroles d'Aube, éditions Evry, 1998

Enseignante Algérienne, Maïssa Bey s'est mise à écrire par nécessité vitale. Et quelle écriture ! Dépouillée car ciselée - chaque mot a son poids de silence -, sensuelle dans le même temps que poignardée.

A contre silence rassemble un entretien (où elle parle de l'écriture), un choix de nouvelles et une libre analyse critique de son œuvre.

Maïssa Bey écrit en premier lieu, pour elle. Elle a toujours aimé les mots et maintenant, l'écriture est son ultime rempart contre la déraison : les mots lui donnent la force d'affronter la peur et le silence. Elle, l'insoumise, dit aussi les mots que les femmes aux yeux baissés et muettes ne peuvent ou ne savent dire : « On peut tout dire mais on ne peut pas tout entendre, tout supporter. Même si ce ne sont que des mots. C'est que derrière chacun de ces mots il y a des visages, des cris, il y a des mains tendues. » Maïssa Bey a le courage des mots : à propos de son père, « ce rebelle », membre d'un réseau FLN, torturé et exécuté, elle remarque « Tant de mots pour désigner le même homme ! Un homme à lui tout seul peut être à la fois un héros ou un traître, un dangereux terroriste ou un glorieux martyr, un fellaga ou un moudjahid, un valeureux combattant ou un triste individu. »

Finale, Maïssa Bey écrit pour que tout le monde sache que « au nom de Dieu on oublie l'homme, et que la barbarie existe et qu'il faut bien la nommer. Toute petite déjà on a voulu m'apprendre à me taire. [...] Mais, à force de silence, j'ai appris le pouvoir des mots. Et je ne sais plus me taire. » Elle dit le courage des femmes de son pays, dressées contre l'intolérance. Elle parle de la spécificité de la femme algérienne, tiraillée entre deux modèles opposés et qui doit, elle même se définir. Elle affirme enfin que ce n'est pas seulement un problème féminin, c'est de lutter contre toute « entation mimétique : la société algérienne toute entière est à la recherche de son identité. Elle ne saura la trouver qu'en assumant son passé, son histoire, toute son histoire. »

Lisez-la vite : écrivaine et citoyenne, elle est une passeuse de mots remarquable.

Anne-Marie Pabois



Résumé : Commandité par Jean-Jacques Aillagon, Ministre de la Culture et de la Communication, le rapport écrit par Blandine Kriegel sur « La violence à la télévision », a été remis et rendu public en ce mois de novembre 2002.

L'une des principales propositions a été l'interdiction de la diffusion des images et des films à caractère pornographique dans des tranches horaires susceptibles d'être regardées par les enfants, soit entre 7 heures et 22h30. Le rapport propose en outre de renforcer la mission du Conseil supérieur de l'Audiovisuel, de réorganiser la Commission de classification des films. En France, la classification n'est obligatoire que pour les films sortant en salle. Ainsi, seuls 20 % des films sont classés quand la moyenne européenne s'élève à 80 %. Enfin, ces mesures « négatives » s'accompagnent, de recommandations « positives » visant à diffuser, notamment sur les chaînes publiques, des émissions éducatives, un programme de la lecture critique de l'image ; à généraliser l'éducation à l'image en milieu scolaire. L'auteur fait l'analyse critique de ce rapport.

Monique Sicard

Chercheur au CNRS en histoire et esthétique de l'image et du regard

En réalité, ces préoccupations, riches d'implicites, ne sont pas récentes. Le 2 Mai 1917, en pleine guerre, le ministre de l'Intérieur institue une commission chargée de l'examen et du contrôle des films. Il s'agit alors, en réponse à une interpellation de la chambre, de présenter « des mesures pour interdire les représentations cinématographiques où, sous prétexte d'aventures fantastiques, on enseigne à tuer ou à voler ». Six mois plus tard, le 11 octobre 1917, le député Fernand Rabier prend la parole pour dénoncer l'insuffisance de ces mesures : la classification des images à partir de critères préétablis soulève, de fait, d'insolubles problèmes. Comment décider de la valeur morale d'une image ? Comment classer les scènes sanglantes qui peuvent aussi bien, selon les députés, conduire au crime qu'à une élé-

L'image pousse-au-crime

Sur le rapport Kriegel, « Violence et télévision »¹

vation de l'âme lorsqu'elles figurent des champs de bataille ? La seule solution semble être l'installation d'une censure dirigée par l'Etat. A cette condition seulement, le cinéma cessera d'être « l'instrument de la plus dangereuse propagande pour devenir l'un des plus puissants moyens d'éducation et de vulgarisation que l'homme ait jamais eu à sa disposition. » Un moyen simple consiste alors à interdire aux mineurs l'accès de certaines salles de spectacles. En contrepartie des films « scientifiques, historiques et géographiques, moraux ou « de guerre » » seront diffusés le jeudi et le dimanche.



Ces deux débats qui eurent lieu à 85 années d'intervalle présentent, pour le citoyen d'aujourd'hui, de troublantes analogies et d'intéressantes divergences. La nature publique du débat, la conscience du rôle social des images animées, l'attention quasi exclu-

sive portée aux enfants, les incertitudes des définitions (celle du « crime » en 1917, celle de la « violence » en 2002), la proposition de répartitions horaires de diffusion excluant les enfants, l'appel à un cinéma « éducatif »... ne présentent donc pas, en cette année 2002, de caractère de nouveauté. De même, le défaut d'analyse des sources de la délinquance et le rejet de la responsabilité sur les images, l'accusation de pousser-à-crime qui leur est faite sans véritable preuve, sont anciens. Nous devons bien admettre que l'année 1917 appartenait à une période troublée, folle d'inquiétude : cela seul pouvait suffire à entraîner une jeunesse sans pères et sans frères sur le chemin des bêtises.

Le rejet de l'accusation sur les images, qui prend prétexte la protection des enfants, masque alors la peur qui naît du nouveau pouvoir des technologies récentes de diffusion des images : « Dans les grandes villes, bientôt, chaque rue sera pourvue (d'une salle). Dans les petites villes, dans les agglomérations industrielles nées de la guerre, dans les campagnes les plus reculées, partout le cinéma s'installe à la faveur de son bon marché relatif et d'une réclame formidable qui s'étale sur les murs comme un défi à la crise du papier. » Le contenu des images projetées provoque autant la peur que le fait qu'elles soient rendues accessibles, facilement, à tous. On va alors généralement au cinéma, au hasard, sans consultation d'un programme préalable. L'ère de la démocratie, celle des foules, celle des médias de masse, fait peur. Et cette peur consolide l'équation pauvre = dangereux. Gustave Le Bon dénonce dans son ouvrage *Psychologie des foules*, cette foule agissant « comme un seul homme », autoritaire, intolérante, conservatrice. La peur, en réalité, est celle du changement d'un monde déstabilisé par la guerre, marqué par les prémises d'évolutions techniques de grande ampleur. L'enfance abîmée, n'est qu'une métaphore de la crainte d'un avenir qui s'avère sombre.

Il serait dangereux d'effectuer des analyses trop rapides, de tirer des conclusions sommaires.

Mais il convient de remarquer que l'enfant est au cœur des préoccupations de Blandine Kriegel, au



détriment d'autres catégories sociales ; que ce qui est en jeu est la télévision, médium le plus démocratique, le plus populaire. Les images des cassettes vidéo, le cinéma, les DVD, les journaux et magazines, l'Internet, les Beaux-Arts... mais aussi la chanson la radio... ne font pas partie des préoccupations à court terme du ministre de la Culture. La question « Que craignons-nous ? » n'est pas clairement posée. De quoi avons-nous peur, effectivement, sinon des incertitudes d'un avenir qui serait porté par des enfants nouveaux dont l'éducation nous aurait échappé ?

Et l'on pense localement. La petite plaie au voisinage de la grosse hémorragie. Selon la définition de Blandine Kriegel, la pornographie est la « présentation d'actes sexuels répétés, destinée à produire un effet d'excitation ». Ces images, parce qu'elles font effet chez l'adulte – c'est là leur définition même –, parce qu'elles sont relativement descriptibles (figuration d'actes sexuels répétés), focalisent l'attention. Le fait que des enfants regardent ces scènes à l'heure du goûter ou du petit-déjeuner, choque profondément des adultes qui ne savent ni ne peuvent fermer le poste de télévision, on le comprend aisément. De là à sous-estimer la violence d'autres catégories d'images, à établir une stricte bijection entre pornographie des images et violence des enfants, il n'y a qu'un pas qui a été vite franchi.

La violence, dit Blandine Kriegel, serait « cette force dérégulée qui porte atteinte à l'intégrité physique ou psychique, pour mettre en cause, dans un but de domination ou de destruction, l'humanité de l'individu ».

Une image anodine peut être reçue, par certains comme une violence extrême. Et le journal télévisé du soir – précisément parce qu'il est censé renvoyer à une réalité et non à un jeu fictionnel – peut être profondément déséquilibrant lorsqu'il fait surgir la menace, au cœur même d'un foyer qui se doit d'être protecteur. Après tout, la mondialisation aussi déstabilise l'autorité des parents.

Les avions, les détectives montés à bord de sous-marins, les assassinats « scientifiques » que dénonçaient les députés en 1917 nous font aujourd'hui sourire. Le rapport Kriegel n'évoque pas même les séries télévisuelles policières qui alignent chaque soir, après le dîner, les braquages, les flaquas de sang, les carcasses automobiles et les meurtres crapuleux.

Car la violence reçue, ressentie par l'un n'est pas celle de l'autre et bien des images publicitaires obéissent à la définition de la violence fournie par Blandine Kriegel, sans pour autant être incriminées. Une femme dévêtue, à quatre pattes devant un mouton et gémissant « Je désire un pull-over », affichée dans toutes les stations de métro, n'est-elle pas le fruit d'une force dérégulée susceptible de porter atteinte à l'intégrité de la personne, dans un but de pouvoir ? Et que penser de cette photo publicitaire présente aujourd'hui dans les magazines figurant un homme basané vêtu d'un slip de bain, accompagnée de ce commentaire « Qui a dit que les noirs possédaient un grand sexe ? ». Il semble loin le temps où Senghor affirmait avec vigueur : « J'arracherai les Banania de tous les murs de France ! ». Certes, le Y'a Bon ! fleurit encore aux vitrines de nos magasins, mais l'intellectuel Senghor, loin de chercher une définition à l'image, à la violence, prenait avec brio la défense de la négritude.

Le rapport Kriegel possède le mérite de la clarté. Il permettra au mieux, de faire respecter des règles déontologiques ou juridiques, aujourd'hui allègrement bafouées. Mais la question des violences physiques ou symboliques, manifestes ou cachées, interindividuelles ou collectives, en cols blancs ou en sweat-shirt, reçues ou administrées, dont la diversité des fins apparaît sans limite reste amplement posée.

1- La violence à la télévision, Rapport de Blandine Kriegel à Jean-Jacques Aillagon, Ministre de la Culture et de la Communication, Mission d'évaluation, d'analyse et de propositions relative aux représentations violentes à la télévision, disponible sur le site : www.culture.fr

Jean-Luc Boussard

*Médecin généraliste,
membre du Syndicat
de la Médecine Générale*

La longue crise qui traverse le monde du soin, grève des médecins du début de l'année 2002, crise de l'institution hospitalière, négociations conventionnelles en cours, montre, s'il en était besoin, que les enjeux du système de distribution des soins tournent toujours autour de la vieille question du quantitatif (la pénurie de moyens, de personnels) et du qualitatif (formation inadaptée, rapports inter-professionnels insuffisants, médicalisation des problèmes sociaux).

En toile de fond de cette crise, le débat sur le niveau des prélèvements obligatoires, condition de la solidarité, n'a jamais été mené publiquement et est pourtant toujours tranché dans le sens d'une diminution des charges salariales - il y va, nous dit-on de la survie des entreprises et de l'emploi ; et la dérive libérale prônée par la majorité des syndicats de médecins libéraux, les assurances privées, le MEDEF, est assurée de la bienveillance et de la complicité active du gouvernement, qu'illustrent les propos récents d'un Jacques Barrot : « Le gros risque pour la Sécurité sociale, et le petit risque pour les assurances complémentaires. »

C'est dans ce contexte que le Syndicat de la Médecine Générale (SMG) a tenu son congrès 2002 les 9, 10 et 11 novembre à Paris. Ensembles, médecins, infirmières hospitalières et libérales, pharmaciens, militants associatifs

(ATTAC et Association Communautaire Santé Bien-être de Saint Denis), économistes, ont débattu du concret de leurs métiers, des dangers qui pèsent sur l'Assurance maladie, seule garante d'une égalité d'accès aux soins, des moyens à inventer et promouvoir pour améliorer les conditions d'exercice du soin, de la nécessité de défendre collectivement l'assurance maladie et un système de soins solidaire.

Actualités politico- syndicales

Les métiers du soin : un modèle en crise...

Dans la crise du corps médical, l'absence de débat et de culture politique domine : attachement au paiement à l'acte, pour l'indépendance qu'il semble garantir, crainte des contraintes administratives liées aux autres modes de paiement, rejet des modèles existants de médecine salariée : c'est là le discours dominant du corps médical dont la pérennité est garantie par le Conseil de l'Ordre et son code de déontologie.

Pourtant, au-delà de la confusion et de la souffrance des médecins libéraux, la grève du début 2002 a mis en lumière les difficultés et les carences du système libéral.

La démographie médicale en crise, qui ajoute le désert médical aux déserts économiques et la surmédicalisation à la concentration urbaine et économique, pose le problème des conditions d'exercice et du statut offert au médecins ruraux..

La permanence des soins est en péril : dans la foulée de la grève, les tours de garde ne sont plus assurés dans de nombreuses villes ; le rejet par les médecins de l'article 77 du code de déontologie qui fait de la permanence des soins une obligation professionnelle a provoqué une tempête au Conseil de l'Ordre et un changement de président ; là où SOS médecin n'est pas implanté, les urgences hospitalières font face, dans les conditions que l'on sait, à l'afflux des demandes.

La déontologie médicale ne garantit pas les besoins de la population : non, le paiement à l'acte, la liberté des honoraires, la liberté d'installation ne sont pas des principes déontologiques ; ils ne sont là que pour protéger les professionnels ; oui, la généralisation du tiers payant serait déontologique ; oui,

le libre choix du médecin n'est bien souvent qu'une illusion : on choisit rarement en toute connaissance de cause son oncologue, son anesthésiste, son chirurgien après un accident de la route... L'Ordre, « garant de la déontologie » n'est en fait que le garant de l'intérêt des médecins.

Le paiement de l'acte induit des modes de pratiques qui ne satisfont pas les besoins : seul l'acte curatif, et son corollaire la prescription, est rémunéré, laissant à la bonne volonté des praticiens le travail en équipe et la concertation avec les para-médicaux, les hôpitaux, les services sociaux, les associations, la formation continue, trop souvent réduite à l'information publicitaire des laboratoires. Parce que seul l'acte médical paie, le paiement à l'acte et concourt à la médicalisation abusive de problèmes sociaux.

L'interdisciplinarité entre professionnels du soin, parent pauvre des pratiques professionnelles, n'est pas un sujet d'enseignement à la faculté ! A quand un tronc commun à la formation de tous les soignants ?

... un contre modèle à construire

Des pistes de travail, des exemples existent, et sont à développer et promouvoir . Une première brèche est le forfait référent, rémunération forfaitaire non liée à un acte de soin, et qui pourrait facilement être élargie à l'ensemble de la prise en charge des patients signant le contrat .

Mais on peut citer bien d'autres exemples : financements mixtes, à l'acte et par des partenaires (villes, Europe), sur des prises en charges spécifiques (à l'exemple du travail auprès des sans papiers avec la COMEDE) ; entrée de non-médecins, assistants sociaux, psychologues, dans les cabinets, avec un temps de coordination rémunéré (à l'exemple de Strasbourg, où un projet de prise en charge de toxicomanes est financé par la MILDT) ; coordination gériatrique inter-établissements de La Roche Bernard ; réseau de soins continus et d'accompagnement impliquant , médecins, infirmières, kinésithérapeutes, pharmaciens, mais aussi orthophonistes, assistants sociales, aides à domicile, bénévoles, impulsé par des infirmières ; habitantes-relais de Saint-Denis, médiatrices entre les personnes et les institutions et les professionnels socio-sanitaires, pour une

meilleure accessibilité aux droits et aux soins ; Maison de la Santé de Saint-Denis, projet soutenu par la CNAM avec l'objectif de faire travailler ensemble usagers, associations, réseaux et professionnels, financé par les « ateliers santé ville » (dispositifs financés sur fonds d'état, associant professionnels, institutions et usagers, sur proposition des municipalités) ; implication de municipalités dans l'organisation de la permanence des soins...

Toutes ces pratiques sont bien sûr confrontées à la difficulté d'assurer un financement pérenne, qui tient plus grâce à l'engagement militant de leurs acteurs, qu'à une véritable volonté politique. Encore faut-il convaincre les professionnels d'investir ces dispositifs ! Aux craintes des praticiens devant d'autres modes de paiement - même à MG-France, le mot capitation est tabou - il faut répondre que le salariat n'est pas une solution en soi ; ce n'est qu'un moyen, qui n'a de sens que par le contenu des pratiques qu'il rémunère. La diversité des expériences montre la voie, à l'opposé d'un modèle figé. Le modèle associatif, l'économie solidaire sont des voies encore à explorer.

Le concept de réseaux de soins est sans doute le plus démonstratif des exemples d'une autre organisation des soins. Les réseaux ont existé à cause d'une crise du système de distribution des soins, de l'émergence de maladies nouvelles qui, en mettant en échec le modèle dominant, ont ouvert des espaces d'expérimentation, et grâce à l'engagement militant des acteurs, professionnels, usagers et associations.

Pourtant le fonctionnement des réseaux se heurte à des blocages : du côté du système libéral, parce que le réseau est un système non concurrentiel, et dans son fonctionnement introduit la responsabilité collective de ses acteurs et remet en cause le modèle biotechnologique. Du côté des institutions, parce que, si une loi existe bien, définissant le réseau et son fonctionnement, le réseau ne fonctionne ni comme un système de distribution de soin traditionnel, ni selon une hiérarchie de compétences traditionnelle. Du côté des professionnels, parce que participer à un réseau implique de s'interroger sur ses pratiques, demander de la disponibilité, et se heurte au problème de

la rémunération.

Les meilleurs alliés des réseaux sont à trouver dans la population : populations de proximité, impliquées directement dans le fonctionnement du réseau, associations et mutuelles.

Pour créer les conditions de non-retour, il serait possible de formaliser l'offre de soin médical dans les réseaux, par la création de « coopératives d'offre médicale », fonctionnant sur le modèle de la coopérative : un homme une voix, quel que soit sa part de capital ; des dirigeants élus et révocables à tout moment. Le cadre légal existe, dans le chapitre V de la loi Kouchner sur les réseaux.

Les patients pourraient y trouver une démarche globale de prise en charge. Et les financeurs la possibilité d'en forfaitiser le budget. Les Urcam et les mutuelles auraient naturellement vocation à financer ces coopératives. Les mutuelles réfléchissent déjà à ce modèle de fonctionnement. Ont-elles les capacités de rallier suffisamment d'alliés et de militants pour soutenir un tel projet ?

Le travail de terrain est riche de pratiques alternatives à défendre, promouvoir et développer. Le SMG en fera le thème des prochaines « Journées de Printemps de Pratiques ».

L'Assurance maladie : du risque libéral...

Entre désir de maîtrise des dépenses de santé socialisées, revendications des médecins arcs-boutés sur leurs exigences dans la négociation conventionnelle actuelle et appétits du privé pour le marché de l'assurance santé, la marge est étroite pour la sauvegarde d'un système solidaire et d'une égalité d'accès aux soins.

Une tutelle qui ne raisonne qu'en terme de maîtrise des dépenses remboursées : déremboursement de médicaments ; déremboursement partielle de la visite, les médecins étant invités à coter le supplément visite (10 euros sur 30) en dépassement d'honoraires (DE) non remboursable pour les visites non médicalement ou socialement justifiées...

Des syndicats de médecins libéraux qui demandent une plus grande liberté tarifaire (i.e. une généralisation du DE), voire la réouverture du secteur II...

Des assurances privées alléchées par la manne d'un marché de l'assurance complémentaire qui ne peut que croître...

Des syndicats ouvriers, seuls négociateurs pour les usagers, prêts à avaliser ces baisses de remboursements...

Un gouvernement prêt à peser de tout son poids pour une évolution plus libérale, avec le MEDEF...

Tous les ingrédients sont réunis pour accoucher d'une convention libérale de base, assortie d'une certaine liberté tarifaire, pour le gros risque ; le petit risque serait alors laissé aux bons soins de l'assurance complémentaire, que d'aucun voudraient obligatoire. Ce serait la fin annoncée de l'égalité d'accès aux soins, déjà bien malmenée, et le renoncement à un système basé sur la solidarité nationale.

... au front de défense

Les forces à même de s'opposer à cette évolution sont dispersées. Si le Forum Social Européen de Florence a réuni 500 000 manifestants, la santé ne faisait pas partie des thèmes de débat. Au retour de Florence, le syndicat SUD appelle à la constitution d'un « réseau européen...pour faire front aux atteintes au droit universel et essentiel à la santé ». Le G 10 fait le même constat de l'urgence à constituer un front de résistance. Les mutuelles font l'analyse que si les négociations conventionnelles vont vers un modèle plus libéral, il y aura peut-être la place pour un autre modèle à construire de distribution des soins – sur le modèle de la coopérative ; confrontées aux directives européennes qui alignent le droit mutualiste sur le droit des assurances et à la concurrence directe du privé, leur marge de manœuvre sera étroite face à une augmentation de la part complémentaire. Quand au public, que sait-il des dangers qui pèsent sur l'avenir de l'assurance santé ? Et quelle place lui est-elle laissée dans le débat ?

L'urgence est alors bien à la constitution d'un « front de résistance pour la défense de l'assurance santé » avec tous les partenaires, syndicaux, mutualistes, associatifs, militants, partisans de la solidarité au service de l'égalité d'accès aux soins.

Le Syndicat de la Médecine Générale entend œuvrer à cette mobilisation qui devrait trouver son point culminant au Forum Social Européen de Saint-Denis du 12 au 16 novembre 2002, où les politiques de santé européennes et la place des usagers dans les systèmes de santé devront trouver leur place.

Marie Kayser

Médecin généraliste

Directive et Règlement européen sur le médicament : la mobilisation européenne a porté ses fruits.

Le Parlement européen vient de voter en première lecture la Directive et le Règlement sur le médicament. La mobilisation des associations citoyennes et des professionnels réunis dans le « Collectif Europe et Médicament » (dont fait partie le Syndicat de la Médecine Générale) a fait contre poids à l'industrie pharmaceutique qui avait largement influencé le projet initial présenté par

la Direction Générale Entreprise de la Commission européenne, projet qui privilégiait les intérêts de l'industrie pharmaceutique. La pétition initiée par la revue Prescrire a recueilli 2500 signatures.

Le Parlement européen par son vote du 23 octobre 2002 a rappelé que « le médicament n'est pas une marchandise comme une autre ». Il a repris une partie des amendements déposés par le collectif avec en particulier :

- refus de la diminution des délais d'analyses scientifiques des dossiers ;
- maintien de l'obligation de réévaluation des médicaments à 5 ans ;
- obligation de passer par la procédure centralisée pour la mise sur le marché de toute nouvelle substance ;
- renforcement de la pharmacovigilance et amélioration de la transparence et de l'accès aux données ;
- indépendance accrue de l'Agence européenne du médicament ;
- amélioration de l'information et refus de la publicité directe auprès du grand public pour les médicaments sur prescription.

Cependant d'autres amendements n'ont pas été retenus :

- la durée de protection des données et donc la durée des brevets est allongée limitant le recours aux génériques ;
- « l'accès compassionnel » aux médicaments n'est pas garanti ;
- l'Agence européenne du Médicament reste rattachée à la Direction Entreprise et non à la Direction Santé et protection des consommateurs.

La mobilisation des citoyens de différents pays européens et leur intervention auprès du Parlement européen a été efficace par rapport à ce projet de loi, il faut qu'elle se maintienne, car la partie n'est pas gagnée pour autant puisque le texte doit encore être soumis à l'avis du conseil des ministres de la Santé, qui peut le modifier et le représenter au vote.

Martine Devries

Médecin généraliste

A Calais, les réfugiés

À Calais, la situation des réfugiés refusés au camp de Sangatte, et sans endroit où aller en attendant un hypothétique et douteux passage en Angleterre, est tout simplement pathétique. Les associations essaient de pallier l'immédiat et l'urgence : nourrir, vêtir, et parler, faire connaître les droits, dire le refus de subir. La municipalité, qui a demandé depuis longtemps la fermeture du camp de

Sangatte, vote une subvention pour les boissons chaudes et dans le même temps refuse l'autorisation de brancher un point d'eau pour assurer un minimum d'hygiène... pendant que les agents de l'Etat,

tout aussi hypocrite, interpellent les mêmes réfugiés, plusieurs fois par nuit, les transfèrent à plusieurs kilomètres, leur interdisent l'entrée de lieux publics (la gare, le parc St Pierre, les trains, les abribus) au mépris de la loi.

Le problème a beau être politique, et dépasser largement les compétences de la municipalité et même de la France : il s'agit d'un problème qui concerne les limites de l'Europe, et des nations « développées » et démocratiques. Sur place, pour les citoyens comme pour les professionnels de la santé, il est de l'ordre de l'humain, de l'urgence d'être humain. Et quand on est médecin, quoi faire ? Comment se positionner quand le tiers-monde appelle au secours sous nos propres fenêtres ?

Résumé : Ce débat (11/12/02) réunissait des biologistes et un philosophe pour aborder des questions liées à la compréhension du vivant, de ces mécanismes et de son avenir. La biologie moderne accumule une masse énorme de données et d'interprétations. Ce nouveau savoir fondé sur le postulat mécaniciste du pouvoir des gènes transforme l'organisme en machine, complexe, agie par eux. Parce qu'il envahit de plus en plus de domaines de la société, les espoirs qu'il éveille et les promesses d'application qu'il formule rencontrent des attentes largement partagées et conditionnent les recherches. La biologie devenue une puissante arme de contrôle et de façonnage de la société - et les biotechnologies une source de puissance -, elle peut continuer à rester indifférente à la particularité de son objet d'investigation et refuser des essais de formalisations hors du cadre réductionniste.

Ce débat au Palais de la Découverte réunissait des biologistes et un philosophe pour aborder des questions liées à la compréhension du vivant, de ces mécanismes et de son avenir. La biologie moderne accumule une masse énorme de données et d'interprétations. Ce nouveau savoir fondé sur le postulat mécaniciste du pouvoir des gènes transforme l'organisme en machine, complexe, agie par eux. Parce qu'il envahit de plus en plus de domaines de la société, les espoirs qu'il éveille et les promesses d'application qu'il formule conditionnent les recherches. La biologie devenue une puissante arme de contrôle et de façonnage de la société - et les biotechnologies une source de puissance -, elle peut continuer à rester indifférente à la particularité de son objet d'investigation et refuser des essais de formalisations hors du cadre réductionniste. Le premier point abordé concernait le statut de la biologie moléculaire qui s'est imposée depuis trente ans. B. Jordan est un biologiste moléculaire non repent et considère qu'elle n'a pas échoué. Il a écrit un livre (*Les Imposteurs de la génétique*) pour dénoncer les idées fausses et les dérives du discours sur le tout génétique. Ce discours fait d'affirmations sur les perspectives de résolution rapide des défis posés en matière de santé, d'alimentation et d'environnement ne peut qu'entraîner des déceptions. Les progrès de la connaissance sont là mais les objets thérapeutiques mettent en effet trop de temps à arriver. L'efficacité des techniques de la biologie moléculaire a donné lieu à une avalanche de données qui s'intègrent mal aux schémas explicatifs proposés parce que ceux-ci sont trop linéaires. Il plaide pour une autre façon de modéliser. J. J. Kupiec considère que la biologie moléculaire n'est pas une imposture, pas plus que la génétique, mais ces domaines posent des problèmes importants qui touchent à leurs origines épistémologiques. De manière générale, on

Laurent Dianoux

Biologiste CNRS

A quoi pense la biologie ?

Quelles visions du vivant et quelles controverses ?

confond description et explication, observation et théorisation. Cela tient à la conviction que la description au détail près des mécanismes, des molécules, de leurs interactions, le séquençage des génomes et maintenant le protéome suffiraient à l'explication. L'erreur est ici méthodologique. La biologie commet l'erreur de ne pas vouloir penser. Car au bout de tous ces efforts, on ne sait toujours pas ce qui différencie un homme d'un chimpanzé. La biologie reste convaincue qu'une observation géniale va venir un jour tout expliquer.

G. Chauvet qui a une triple formation en mathématique, physique et physiologie, reste étonné qu'on se contente d'accumuler des collections de données sans volonté d'élaborer un cadre explicatif aux mécanismes étudiés. Pour lui, il manque une théorie générale qui intègre ces mécanismes. Sans vouloir réduire la biologie à la physique, on ne peut continuer à étudier les systèmes biologiques à partir des seuls mécanismes isolés, à croire que les organismes complexes peuvent être expliqués par les seules structures et à affirmer qu'il n'y a pas de logique. Parce que le vivant est très compliqué, on dit qu'on ne peut l'expliquer. Or « moi je propose un modèle que j'appelle la physiologie intégrative », dit-il. C'est de la biologie théorique, un modèle qui unifie les sciences biologiques et qui utilise une combinatoire d'interactions fonctionnelles. Il constate que la biologie moléculaire travaille en tubes à essais sur quelques éléments alors que la cellule est le siège d'un ensemble de réactions chimiques qui ne se mélangent pas et qui sont en évolution synchrone. Il pense qu'il existe des principes généraux en biologie et que les organismes se sont constitués parce qu'ils sont stables. Pourquoi le système est-il stable ? Cette question ne peut être abordée que par la mathématisation. Un des obstacles au développement de cette approche tient à l'inadaptation de l'enseignement. Y. Michaud pose la question : qu'est-ce que les gens pensent de la biologie et qu'en faire ? C'est une réflexion sur les différentes manières d'agir sur soi-même en tant qu'individu et espèce. Les biologistes ont une base plus solide pour contrôler le milieu ce qui a des conséquences sur les sciences de l'hom-

me et de la société. Les biotechnologies comme applications de processus pour réaliser certaines opérations, sont anciennes : teinture, hybridation, sélection, fermentation... La puissance des biotechnologies est devenue considérable. On en perçoit tous les dangers mais en même temps le désir d'immortalité, de ne pas souffrir, de courir vers le gouffre poussent à continuer ; au milieu de cela, il y a nous, animaux humains rationnels et déraisonnables. Y. Michaud s'intéresse aux échelles de temps. En biologie on reste à l'empirisme car on ne sait pas trop ce qu'est une théorie. Comme philosophe des sciences, il a enseigné des fictions de théories, des conceptualisations infondées. Tout est plus compliqué, le bricolage est essentiel en sciences et les révolutions épistémologiques sont rarissimes. Rompre avec l'empirisme demande un siècle. Mais ce qu'on attend de la biologie c'est qu'elle se précipite sur des espérances à court terme ; c'est pas le grand capital qui agit la biologie, c'est nous qui l'agissons. Il y aura un temps pour les théoriciens ; l'absence de théorie c'est peut-être l'indication qu'il n'y a encore assez à unifier. A une question du public sur les possibilités de trouver des applications aux modèles théoriques, J. J. Kupiec considère que le meilleur moyen de stériliser la recherche, c'est de lui imposer une vision applicative. Pour pouvoir mathématiser la biologie, il faut d'abord élaborer des bases conceptuelles ; la révolution copernicienne ne s'est pas encore faite en biologie pour des raisons psycho/anthropologiques liées à la difficulté d'abandonner le réalisme de l'espèce. On a du mal à penser que l'homme est mathématisable. Il considère que sans spéculation il n'y a pas de progrès des sciences. Il faut accepter le droit de rêver, d'émettre des hypothèses spéculatives non prédictives. Pour Y. Michaud, la spéculation est libre mais il faut savoir que l'histoire fournit nombre d'exemples de spéculations gratuites, peu fécondes, fumeuses par manque de faits. G. Chauvet considère qu'une théorisation n'est pas comme le propose une question de la salle, le début d'un certain dogmatisme ; une théorie confirmée, est utilisée car elle fournit de bons résultats. B. Jordan préfère considérer l'applica-

tion comme valeur prédictive. J. P. Escande intervient alors de la salle comme soutien à G. Chauvet en disant que sa théorie en est en phase de réalisation et d'application d'un système informatique. Comme médecin, il lui aura fallu trois ans pour comprendre cette vision du monde vue sous un autre angle et intégrer les cinq filtres utilisés : mathématique, physique, informatique, biochimique et physiologique.

A une question de la salle sur la position de la biologie moléculaire comme outil de puissance (l'appropriation du vivant, la propriété industrielle, la machine à appliquer), J. J. Kupiec prend l'exemple du cancer dont le nombre continue à augmenter alors que le premier oncogène connue date de 1976, et du SIDA dont la cause est connue depuis vingt ans. La génétique a donné lieu à un programme de recherches qui a apporté beaucoup et qui a finalement échoué, dit-il. G. Chauvet pense que l'erreur fondamentale vient du fait qu'on travaille sur des systèmes isolés sans considération des couplages réels. La compartimentation cellulaire qui explique qu'il n'y a pas de phénomène de diffusion dans la cellule, est d'origine mathématique. A structure hiérarchisée il faut une représentation hiérarchisée et appliquer les lois de la conservation. G. Chauvet considère que la théorisation est inéluctable même si le chemin est ardu.

Une question de la salle revient au titre du débat et au verbe penser, à l'importance de l'échelle de temps, au fait qu'on pense sur, à propos, et à partir de la biologie, et aux raisons sociales politiques et historiques qui ont orienté ce que nous vivons. Et au fait qu'on ne peut envisager la théorie sans ses conséquences. G. Chauvet en appelle à un changement des esprits et de l'enseignement actuel de la biologie qu'il faut reformuler à partir de la modélisation, l'explication et la vision intégrative. Pour Y. Michaud, la définition de l'être vivant c'est l'être qui élabore des connaissances ; elles lui permettent de s'adapter à son milieu. Il faut alors développer des stratégies d'adaptation vis à vis de ces connaissances. En biologie, ce qu'il y a de particulier et qu'il faut prendre au sérieux, c'est que l'être vivant qui travaille sur le vivant le fait avec ses propres problèmes envers la vie. La

demande d'application immédiate de ces connaissances encore incertaines, est naturelle puisqu'on est confronté à des constantes de l'histoire sur la recherche de l'immortalité, la beauté, la longévité. C'est un problème épistémologique, celui de la satisfaction des désirs. La dérive, c'est l'eugénisme privatisé qui se met en place à la demande des gens eux-mêmes (« nous t'avons voulu aussi parfait que tu es » pourra-t-on dire à ses enfants). Ils préfèrent la nécessité au hasard et l'assurance d'une ascendance génétique déterminée. Soyons darwinien, dit Y. Michaud, on verra ce qu'il en sortira, ce ne sera pas forcément drôle. La question n'est pas de porter un jugement de valeur mais pour lui, de réfléchir sur quelle base définir l'humanisme. Affirmer les forces de la vie c'est aussi affirmer que c'est l'humain qui a envie de l'inconnu. Beaucoup de choses conduisent à revenir à la problématique de la sagesse individuelle. On est dans l'illusion de croire que la société doit bien fonctionner, qu'elle doit être juste et en ordre. Il faut reprendre ses responsabilités en terme de réflexe personnel. Et revenir à Foucault parlant du dérapage biopolitique et du retour à la philosophie du souci de soi. Admettre la finitude. Et comprendre que le marché c'est nous aussi, on est démarché par lui et on lui répond. Il y a une part de complicité. Pour Y. Michaud, il s'agit de redécouvrir la dimension épistémologique et historique des sciences et lancer des travaux dans ces domaines. Et aussi prendre du recul sur les débats moraux et éthiques.

Débat du 11.12.02 dans le cadre des Cafés du vivant du Palais de la Découverte, réunissant Jean-Jacques Kupiec, biologiste de l'INSERM, Bertrand Jordan, généticien du CNRS, Gilbert Chauvet, professeur de médecine à Angers et Yves Michaud, philosophe à l'Université Paris 1.

Références :

- J. J. Kupiec et P. Sonigo, *Ni dieu ni gène*, Seuil 2000.
- B. Jordan, *Les imposteurs de la génétique*, Seuil, 2000, et *Le chant d'amour des concombres de mer*, Seuil, 2002.
- G. Chauvet, *La vie dans la matière*, Champs-Flammarion, 1976.
- Y. Michaud, *Humain, inhumain, trop humain*, Micro-climats, 2002.

Denis Labayle

*Médecin gastro-entérologue
hospitalier.*

Des médecins venus de l'étranger

Les médecins étrangers sont de plus en plus nombreux dans les hôpitaux, et le seront bientôt en ville pour assurer les gardes et les soins quotidiens. Faut-il s'en inquiéter ? Faut-il s'en réjouir ? Faut-il se taire et laisser faire ? Leur présence est le résultat de multiples ambiguïtés et représente aujourd'hui le moyen de répondre à la crise engendrée par les graves insuffisances d'analyse des « hauts » responsables de l'administration de la santé. Entre la date de création du *numerus clausus* au début des années 70 qui fixait le nombre de médecins à former et le rapport de juillet 2001 sur la démographie médicale, il s'est écoulé trente années. Trente années pendant lesquelles les éternels redresseurs de torts du ministère de la Santé et de l'administration sanitaire se sont abstenus de toute appréciation des besoins médicaux à venir, de toute évaluation des conséquences de leur décisions. Et là, en 2001, panique : le rapport révèle que dans les vingt années à venir, notre pays va manquer de 25 % de médecins généralistes et autant de spécialistes. Tout ce qu'ils avaient affirmé péremptoirement pendant trente ans et inscrit dans une pensée unique transcendant les clivages politiques, se révélait brutalement faux, totalement faux.

Pendant tout ce temps, nombre de brillants étudiants voulant exercer la médecine se sont vus refuser l'entrée en faculté au nom de ce sacrosaint *numerus clausus*. Aujourd'hui, les responsables politiques, découvrent l'ampleur de la crise provoquée par leurs conseillers, augmentent en catastrophe ce *numerus clausus* et embauchent pour répondre à l'urgence des médecins étrangers. Une embauche sans rigueur, sans réflexion sur les conséquences de ce détournement de matières grises. Sans rigueur d'abord, car les médecins étrangers ont reçu des formations hétérogènes et, disons-le, tantôt satisfaisantes,

tantôt nettement moins. Cette hétérogénéité d'origine pose aussi, parfois, des problèmes relationnels. De situation d'exploités, certains médecins étrangers, découvrant l'importance de leur présence en période de crise, passent de la soumission aux exigences. On voit des candidats aux postes de faisant fonction d'interne dans les hôpitaux s'engager sur plusieurs postes à la fois et, au dernier moment, démissionner pour choisir celui qui leur convient le mieux sans se soucier des conséquences sur la marche de l'unité. Il y aurait beaucoup à dire sur les conditions du choix des internes étrangers. Un choix mal organisé, mal structuré, où personne n'en sort satisfait.

Mais l'embauche massive de médecins étrangers dès à présent et surtout dans les années à venir n'est pas sans conséquences pour l'organisation de la médecine dans les pays d'origine. Si une collaboration médicale étroite avec ces pays est un objectif essentiel, elle devrait sous-entendre le retour dans le pays pour faire bénéficier l'organisation médicale locale des connaissances acquises. Si non, il y a tromperie sur la coopération. L'installation définitive en France de ces praticiens dépouille ces pays déjà sous-médicalisés. Certes, nous allons manquer de médecins dans les années à venir, mais, eux, sont depuis toujours en déficit. Attirer leurs médecins pour compenser nos insuffisances, c'est aspirer leur matière grise, c'est les appauvrir encore plus. C'est toute la coopération médicale qu'il faut revoir. Cela évitera d'envoyer par la suite, au nom de l'action humanitaire, des médecins français compenser la vacance médicale que nous aurons encouragée là-bas.

Résumé : A l'orée du XXI^e siècle, le monde amérindien, aussi diversifié soit-il, a du mal à rester lui-même dans un environnement en perpétuel changement. Aux Etats-Unis, l'inactivité, la misère voire l'autodestruction caractérisent encore aujourd'hui les Indiens dans leur ensemble et leur espérance de vie reste de 30 ans inférieure en moyenne à celle des White Anglo Saxon Protestants. Sur ce fond de déculturation et de détresse, le peuple navajo (Diné), lui-même affecté par ces maux, fait cependant figure d'exception par le maintien de son mode d'habiter, de sa langue, de sa cosmogonie et de ses rites ; mais aussi par la croissance frappante de sa population et de son territoire depuis 1868. Cette endurance à rester soi-même, à maintenir ses traditions, et cette exceptionnelle vigueur, souvent constatées, forment une énigme à laquelle l'auteur tente de répondre.

Etre soi-même veut dire rester ce que nous sommes en agissant. Pour un peuple, être soi-même c'est prospérer en agissant selon les principes rassemblants de la cité. Ces principes constituent l'éthique d'un peuple. « Ethique » vient d'Ethos qui veut dire « lieu », lieu commun, lieu de rassemblement. Notre enquête auprès d'une famille navajo originaire de Black Mesa en Arizona a mis au jour l'importance de l'éthique navajo pour rendre compte de leur ouverture au monde et de l'à-propos avec lequel ils commencent à prendre la mesure de leur position dans l'histoire.

Une mythologie très individualiste

Les choix politiques que fait le *Diné*, le discernement qu'il y montre au regard de son avenir, dépendent de son rapport au monde c'est-à-dire tout à la fois, du rapport à son monde traditionnel propre et au monde historique dans lequel il s'est trouvé plongé depuis le XVI^e siècle,

date de sa rencontre avec les premiers colons espagnols, et duquel il émerge activement de nos jours. Le monde navajo d'aujourd'hui est le résultat d'un dialogue, sur le mode de l'appropriation, entre la cosmogonie diné et le monde historique ambiant, car tout peuple qui existe pour lui-même continue toujours à trouver par lui-même une réponse aux difficultés inédites de son existence.

La mythologie navajo se laisse aborder et décrire par son étiologie médicale des désordres, privés et collectifs, et par les rites curatifs qui leur correspondent. Elle est très individualisante dans son usage par la façon dont l'expérience du divin renvoie à lui-même le Navajo qui a perdu l'harmonie ou la beauté (*hózhó*).

Hózhó, c'est-à-dire la recherche perpétuelle de l'équilibre, consiste en son maintien et, quand l'équilibre harmonieux de l'être-au-monde a été rompu, en une démarche de retour à lui. Un Navajo ne doit pas, par sa conduite, rompre la beauté qui l'ouvre au

Virginie Taprest

Anthropologue

L'Emergence des Navajos dans l'Histoire

monde et l'accorde aux autres mais, s'il le fait, il existe un chemin rituel, appelé *Voie*, pour rétablir cet équilibre.

Le *Diné* n'étant pas un peuple d'écriture, n'est pas soumis à des énoncés écrits intangibles. Par l'entremise de l'homme médecine appelé *Chanteur*, le patient d'une Voie dialogue et commerce avec les divinités. Plutôt qu'une soumission à une doctrine, il y a un jeu contractuel personnel dans le rapport du Navajo au divin dont il donne, à sa demande, le coup d'envoi. Si l'harmonie est importante, elle n'est cependant pas éternelle : elle peut se rompre et l'individu, angoissé ou malade, en la perdant, perd son accès au monde. Ainsi, plus important encore que l'harmonie elle-même, apparaît son maintien ou son rétablissement qui ne dépendent que de soi et des démarches religieuses nécessaires au retour de l'équilibre.

La culpabilité que ressent un Navajo qui a perdu *hózhó* ne porte pas sur la dette envers la loi enfreinte, mais sur le non accomplissement de soi-même dans ses actions quand une complication ou l'angoisse se présentent. L'échec veut dire : non respect du contrat passé avec le divin. C'est la dette *envers soi*, quand une faiblesse humaine a entravé l'accomplissement d'un projet, qui doit être acquittée auprès du Chanteur plutôt que la sanction d'une faute à l'égard de Dieu comme les occidentaux le conçoivent. Il s'agit toujours de combler l'écart entre projet et résultat. Ce phénomène universel se décline très différemment dans les religions selon que le projet est conçu comme un projet propre ou comme l'effectuation individuelle du projet de Dieu sur le monde.

La thérapie navajo

Si l'on essaie de caractériser la vision du monde navajo, elle apparaît médicale dans ses rites thérapeutiques et existentielle dans sa compréhension de la culpabilité. Celle-ci est relative à soi, à son propre accomplissement trahi par soi-même plutôt que résultant d'une faute vis-à-vis d'un texte sacré, d'un plan du monde idéal déjà là.

Ainsi les Navajos ne craignent-ils pas de prendre des libertés au regard de leurs propres usages, comme par exemple de suspendre momentanément un tabou pour accomplir une tâche ordinaire nécessaire.

Les élites médicales navajos sont des élites religieuses pouvant donner une interprétation existentielle du cas particulier, alors que le patient dessaisi de lui-même, le plus souvent, raisonne en termes de somatisation, de maladies et d'angoisse qu'il interprète comme des tabous transgressés. La thérapie consiste à restituer la signification existentielle de symptômes corporels ou de dépression qui en eux-mêmes n'ont aucune signification pour le patient, pour leur restituer leur sens caché et rétablir la communication avec soi et avec le monde. C'est pourquoi l'homme médecine de qualité ajuste toujours son action qui est une réponse au cas concret du patient.

Cette demande thérapeutique suppose un rapport au divin caractérisé par le souci des conséquences des actes, de la responsabilité de celles-ci, plutôt que des intentions qui les ont engendrées. Centrée sur les conséquences des actes, la thérapie navajo, par le rappel de la Voie adéquate, a quelque chose d'une action juridique qui explique son efficacité pratique d'intégration à la collectivité et que les Navajos aient réussi à faire face à des conditions de vie très dures.

Devant le divin, la force des Navajos consiste à envisager un chemin pour soi-même et non pour Dieu. Contrairement à la compréhension occidentale de l'éthique, chrétienne ou laïque, qui placent comme but de l'action des valeurs idéales à réaliser, l'attitude navajo se rapproche davantage d'une attitude grecque ou phénoménologique orientée vers l'accomplissement d'un destin propre. Rien ne dit que le Navajo se réfère à des valeurs déjà là au sens communément entendu en occident aujourd'hui et que la vertu suprême soit pour lui l'application de valeurs. La vertu réside plutôt dans le comportement, dans la justice ou l'injustice des actions que le sacré permet d'apprécier. Les Navajos pensent plutôt l'éthique à

l'ancienne, non par conformité à une transcendance déjà là, mais à la façon d'Aristote, comme ressortissant de l'effectuation nécessairement individuelle des vertus de tempérance, de courage et de sagesse dans les épreuves de l'existence, l'équilibre des vertus donnant accès à la conduite juste.

Ainsi donc, sur le plan cosmogonique, toute la vie des Navajos tourne autour du concept d'harmonie c'est-à-dire d'équilibre entre soi et le monde qui contient les autres, équilibre qu'il faut préserver à tout prix. Pour les Navajos, préserver l'harmonie revient à dompter l'inconnu dangereux et c'est la condition sine qua non pour être heureux. Mais pour que l'harmonie demeure, l'inédit qui enfreint les règles doit être légitimé par les divinités des Navajos. Tout ce qu'ils font pour se maintenir dans le monde ambiant, mais en dehors du code de conduite dicté par les divinités, les Navajos doivent leur en faire comprendre la nécessité pour ne pas rompre l'harmonie qu'elles président et ne pas tomber malades. Ceci est possible grâce à l'intercession de l'homme médecine pouvant ouvrir un dialogue avec le divin. Voilà pourquoi les rituels sont thérapeutiques : la *faute* de l'homme, si elle répond à une exigence pressante et nécessaire à son émergence dans l'histoire actuelle, doit être réparée par la modification de la mythologie et par un rituel afin d'être autorisée par les divinités ; ainsi l'homme peut compter sur elles pour avancer et guérir. Les Navajos font sans cesse accepter aux dieux ce qui est vital pour les hommes faisant ainsi évoluer leur mythologie. La mythologie des Navajos est ouvrante en ce sens qu'elle permet à l'individu d'agir librement au sein du monde ambiant et des croyances elles-mêmes.

L'avènement de la Nation Navajo

Sur le plan politique, la création du Conseil Tribal et, par la suite, l'avènement de la Nation Navajo – dont le code judiciaire est basé sur la négociation et les valeurs coutumières légales d'harmonie (*hózhó*) et de devoirs et responsabilité envers les

autres (*k'é*) – montrent que les *Dinéé* ont aussi compris qu'il était de l'intérêt de cette liberté d'action d'avoir une parole commune pour peser comme entité politique dans le dialogue avec les Etats-Unis. La Nation Navajo a un rôle fondamental de médiateur avec le gouvernement américain et permet aux *Dinéé* de contrôler et de faire valoir leurs droits sur ce qui leur appartient : ressources énergétiques, terres sacrées, commerce de la laine, tourisme, etc. Cela pour leur permettre d'habiter dignement leur terre et de faire perdurer leurs traditions. Les Navajos ont ainsi une place dans la vie politique des Etats-Unis dont il ne faut pas oublier qu'ils sont aussi citoyens. Cette place est nécessaire pour qu'ils soient respectés.

Cette négociation avec les autorités américaines a été possible grâce à la conception de l'ennemi (étranger) si particulière des Navajos. En effet, l'alliance avec l'ennemi, quand elle est nécessaire, est encouragée. On l'a vu pendant la Seconde Guerre Mondiale où les *Navajo Code Talkers*, grâce à leur langue maternelle codée, intégrèrent le corps des Marines quand l'union, l'harmonie avec les Etats-Unis fut vitale ; les véritables ennemis des Navajos à l'époque étant le chômage et la précarité, la guerre leur assurait un revenu régulier.

Il est vrai que les Navajos ont connu des conditions historiques et géographiques favorables et propices à leur prospérité mais, s'ils ont survécu, c'est grâce à leur cosmogonie qui résume leur manière d'habiter le monde. La pérennité des Navajos est la conséquence de cette disposition. Leur réussite n'est pas fortuite, elle est inhérente à la conception du monde de ce peuple qui lui permet de juger l'action concrète de ses membres. Les *Dinéé* ont un rapport quasi-direct avec leurs divinités.

En restant très attachés au modèle divin, les Navajos n'essaient pas de répéter l'harmonie mythologique. En montrant dans les rituels la conduite idéale des dieux (*Peuple Sacré*), le *Diné* permet de montrer l'écart entre le pouvoir-être

de la conduite individuelle projetée et la conduite effective. Les Navajos ne renvoient pas cet écart aux lois divines qui sont à leur disposition, mais à eux-mêmes.

Comme la langue, la mythologie évolue parce que bien souvent elle n'est pas respectée à la lettre. Dans la langue, des écarts, des nouveautés se répandent dans les discours et vont jusqu'à modifier la grammaire. Au bout de quelques générations, les variations finissent par devenir majoritaires, légales en quelque sorte, et par être intégrées au système initial. Il en va de même pour la mythologie.

Il revient à l'homme médecine navajo d'enregistrer ou pas ces évolutions collectives et de faire ou pas évoluer la mythologie. Il est le lien entre les dieux, les représentations instituées en général et ses patients : il est le médiateur de la négociation entre le Navajo et ses divinités. Il observe son peuple de l'intérieur puisqu'il en fait partie ; mais comme tout psychologue occidental, il possède les éléments préétablis qui donnent une vue sur le monde et sur les conduites dont le rappel, s'accordant à la situation présente, ouvre le chemin de la compréhension et de la guérison à ceux qui ont perdu l'harmonie, l'équilibre avec le monde ambiant, la disposition de soi. L'homme médecine a un pouvoir de préservation et aussi d'ajustement du mythe qui, par son oralité, est à chaque fois une recréation de lui-même et peut ainsi se transformer dans le temps. Ce qui perdure d'important, c'est le nom intangible des protagonistes et des choses, ce qui change ce sont les problèmes à résoudre par les protagonistes et les noms des choses nouvelles.

Une mythologie, avec de grandes facultés adaptatives au temps présent

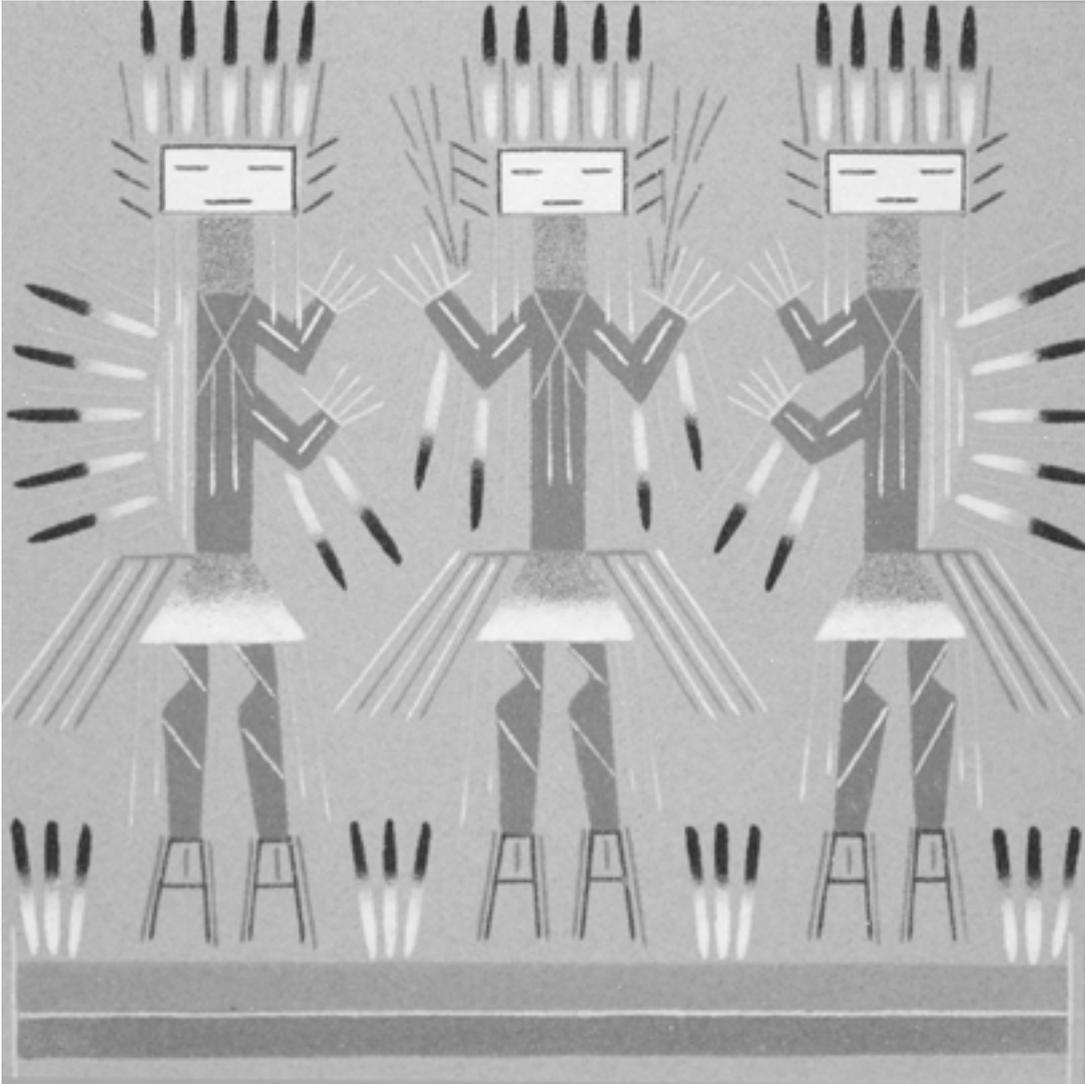
Les Navajos commentent leurs mythes et en réaménagent le système. La réinterprétation des mythes rend l'existence possible en fonction du monde ambiant où il y va de projets d'avenir et non d'une plate répétition du passé. C'est à partir de son projet, de ce qu'il veut faire dans sa vie,

que le Navajo utilise et réinterprète sa mythologie, ses rituels thérapeutiques.

Cette souplesse à l'égard des injonctions du divin s'accompagne d'un rapport à la culpabilité différent du nôtre. Les Navajos ne se sentent coupables d'une inconduite passée que lorsque l'équilibre avec leur environnement est rompu et que, de ce fait, ils tombent malades. En somme les Navajos, exceptés les sorciers, n'ont pas d'intentions mauvaises, mais ne font que des actions irrespectueuses de la tradition. Ceci explique la pérennité des rituels essentiellement thérapeutiques qui réparent la faute commise, restituent le patient à lui-même et au monde, à l'harmonie.

Ce rapport à la culpabilité laisse aux *Dinéé* une liberté individuelle qui leur donne le moyen de tempérer les exigences du mythe et de le modifier au cours du temps pour conduire leurs affaires et prospérer en accordant leur destin aux actions appelées par le monde ambiant. Cette liberté de pensée et d'action personnelle se traduit sur le plan collectif par une coexistence harmonieuse et une activité économique voulues avec les différents peuples que rencontrent les Navajos.

C'est probablement ces positions vis-à-vis d'autrui, du monde et de l'avenir qui, conjuguées à cette liberté des hommes vis-à-vis des dieux, sont au fondement de leur perpétuelle croissance. Celle-ci a été possible grâce à l'évolution de la mythologie qui, sous l'influence de l'homme médecine, intègre l'autre, l'ennemi, l'étranger. On observe donc une intégration progressive de l'histoire dans le mythe que les acteurs posent toujours comme identique alors qu'il ne cesse d'évoluer. Dans aucune société traditionnelle, un événement ne peut échapper à l'explication mythologique. L'entourage amérindien, puis l'Occident, ont donc dû être dans un premier temps introduits dans le mythe cosmogonique navajo. Le mythe assemble la croyance et la pratique, il fait face ou non au problème qui lui est adressé et survit aussi longtemps qu'il s'accorde



Une peinture de sable représentant 3 divinités femelles (Yeil à têtes rectangulaires) dont celles à deux extrémités peuvent être identifiées comme une interprétation du Bossu (Humpback) qui est traditionnellement représenté par un mouton sauvage des montagnes personnifié. Il a deux cornes, porte un bâton de prière et sa bosse contient les éléments nécessaires aux plantations à savoir la brume et des graines.

avec la tradition et avec ce qui advient dans l'histoire contemporaine des hommes qui l'ont créé. Cet accord entre tradition et modernité se trouve dans l'évolution de la manière dont les Navajos utilisent les langues qu'ils connaissent. Dès l'arrivée des premiers colons, les Navajos pratiquèrent le bilinguisme qui s'est répandu jusqu'à une situation de diglossie majoritaire aujourd'hui, c'est-à-dire l'utilisation journalière, selon les cas, du navajo ou de l'anglais dont le *Diné* fait tour à tour usage dans des situations quotidiennes déterminées et distinctes. Au début du XX^e siècle, l'interdiction aux enfants amérindiens scolarisés dans les écoles du gouvernement américain de

parler leur langue maternelle a généré cette diglossie. Il s'en est suivi que deux langues, deux façons de nommer et comprendre le monde, sont entrées en résonance pour additionner leurs compréhensions du monde dans une même personne où elles cohabitent. La langue maternelle et la langue de l'étranger, toutes deux appropriées, rendent accessible un autre mode d'être dont la saisie modifie en retour la compréhension immémoriale du monde.

Ce phénomène de diglossie est de la plus grande importance quant à l'ouverture des Navajos sur le monde, car ici l'anglais, étant une façon autre de comprendre le monde et de s'y proje-

ter, contient des possibilités inédites qui s'ajoutent à celles du navajo.

Le fait que le *Diné* connaisse la langue étrangère dominante est le signe le plus décisif de son émergence vers de nouveaux horizons. Mais les nouveautés en ont effrayé plusieurs notamment dans le processus de fixation des peintures de sable rituelles afin de les commercialiser. Traditionnellement, ces peintures sacrées sont destinées, lors des cérémonies, à accueillir les divinités navajos pouvant aider le malade à guérir. Elles sont le lieu d'un transfert des éléments pathogènes de l'individu vers le sable ainsi souillé. Elles doivent donc être aussitôt détruites afin d'éliminer le mal. Elles doivent l'être d'autant plus que c'est l'acte en lui-même et ce qu'il vise qui est *hózhó* et non la chose créée, la peinture qui l'accueille.

Des tensions fécondes ?

Alors pourquoi fixer ces peintures et pourquoi ne pas le faire ? Le problème posé aux Navajos à cette occasion est celui de toute civilisation à tradition orale quand elle est confrontée au monde de l'histoire qui repose sur l'écriture ou le dessin qui fixent la destination des objets créés. La nécessité d'écrire ou de dessiner n'est pas simple survie des récits et des Voies, c'est nécessairement leur inscription dans le monde historique qui est en jeu pour les *Dinéé*. L'incidence de cette fixation des peintures sèches est double : inscription dans l'histoire, mais aussi crise en raison du viol de tabous qu'il faut respecter en en délimitant autrement le domaine : ici par la désacralisation des dessins pour calmer les dieux. A la mise en sécurité de la tradition dans l'écriture et le dessin correspond la nécessité moderne de modifier la transmission du savoir navajo. Mais tandis que l'oral était un facteur d'évolution des mythes, l'écriture qui en fixe l'état, empêche cette évolution naturelle et obligera les Navajos à donner une nouvelle fois d'autres formulations à leur cosmogonie.

Car ce qui apparaît dans la cosmogonie navajo dès qu'on la compare à l'histoire connue du *Diné*, est que cette mythologie – qui se donne comme un récit intemporel et immuable – a elle-même évolué au cours du temps. L'histoire fait entrer en collision le mythe qui advient avec celui qui a été : en montrant son évolution, l'histoire dissout son caractère présumé éternel. La rationalité de l'historiographie, son mode documentaire typique d'une chronologie irréversible, son exigence de vérité historique, affaiblit l'autorité d'un discours oral mythique qui a retenu l'expérience des événements historiques traversés par le *Diné* en les intégrant dans le mythe et en oubliant leur singularité. L'histoire est alors déshistoricisée et l'événement des rencontres sacralisé par intégration dans le mythe. En la matière, la vérité recherchée par le Navajo traditionnel n'est pas l'exactitude de l'événement historique rapporté, mais au contraire son aptitude à confirmer ou renforcer la visée de la structure originelle. Il se peut que ce genre d'intégration infléchisse cette structure, mais, le temps passant, l'histoire, sans intérêt en elle-même, est oubliée et les acteurs, les Navajos en général, n'ont pas conscience de l'évolution de leur système.

On pressent le désordre, au moins transitoire, que peut introduire dans un tel système l'écriture. Mais, maintenant que leur cosmologie est écrite et que certains d'entre eux vont à l'université, cette inconscience est en train de disparaître en obligeant les Navajos à intégrer cet état de chose, à envisager autrement leur cosmogonie. C'est précisément cette lucidité-là qui va de plus en plus les contraindre à transcrire autrement leur être-au-monde en le pensant dans un monde plus vaste. Ainsi, le processus de fixation des peintures thérapeutiques navajos se révèle être un épisode de la tension entre le navajo et l'anglais, entre l'éternité mythique et l'histoire écrite d'un monde vers lequel plus que jamais les Navajos s'avancent aujourd'hui.

Résumé : Au-delà du dysfonctionnement de la logique libérale, l'auteur voit dans l'épidémie de la vache folle une mise en cause du travail humain et de la place de l'homme.

Jacques Richaud

Neurochirurgien

Deux ans après le « Procès de Lorient » lors du congrès du Syndicat de la Médecine Générale consacré à la sécurité sanitaire, la Mutualité sociale agricole (MSA) pousse un cri d'alerte sur la question « taboue » des suicides d'agriculteurs, particulièrement dans certains départements touchés par la crise bovine (*le Monde* 26/10/2002).

Lorsque nous mettons en procès, à Lorient, le productivisme agricole comme cause première de « l'épidémie de la vache folle », nous entendions bien condamner l'application dans ce domaine d'une logique privilégiant le profit sur le sens. Mais la maladie de la vache folle a représenté bien plus qu'une dérive économique. Cet épisode de la folie des hommes témoigne aussi d'une dégradation de notre relation avec le vivant. Les « vaches folles » ont été bien plus que les « victimes collatérales de la marchandisation du monde », elles ont témoigné d'une perversion dépassant la seule dévastation d'élevages bovins soumis d'abord aux lois du marché avant d'être sacrifiés pour protéger la crédibilité du même marché !

En première et presque toujours dernière analyse cette crise a été assimilée à un dysfonctionnement exemplaire de la logique libérale.

L'Angleterre de Margareth Thatcher et ses relais continentaux étaient les cibles idéalement coupables de cette analyse : l'encouragement au productivisme (et donc les farines animales) et l'affaiblissement des services publics (et donc des contrôles)

ont eu les effets que l'on sait. Des milliers de vaches et plus de cent citoyens britanniques ont eu la cervelle rongée par un prion mortifère qui porte bien un certain label d'ultra-libéralisme. La raison aurait sans doute pu éviter le drame et son extension, comme elle aurait pu éviter antérieurement le scandale du sang contaminé résultant de la même recherche du profit : la gestion inconséquente des collectes de sang, le « poolage » des dons et l'écoulement des stocks auront fait des milliers de victimes qui resteront une tâche indélébile sur une part de la communauté médicale et scientifique.

Mais cette juste analyse de la crise de la vache folle n'est que partielle. Les éleveurs venus témoigner à Lorient portaient une souffrance autre que celle de leurs pertes économiques et dont nous n'avons peut-être pas saisi l'ampleur et la nature. Le dysfonctionnement cause du drame n'était en réalité que le reflet d'un fonctionnement qui n'était, lui, qu'accessoirement remis en cause bien qu'il soit à l'origine du drame tout entier : dans ce « fonctionnement utilitariste » de l'élevage, chaque vache

A quoi sert une vache ?



était réduite, déjà, à sa fonction et c'est bien là le fond du problème.

La fonction de la vache ? Question iconoclaste dans notre univers libéral où la fonction des acteurs est claire : l'homme fournit du travail humain source de plus-values ; la vache est plus intéressante encore puisque fournissant de son vivant du lait et après sa mort de la viande ! Telle est la fonction de la vache, regardée déjà de son vivant comme une carcasse prometteuse ! Bien avant l'arrivée du prion, la vache en tant que telle n'existait déjà plus. Les temps anciens de l'élevage respectueux tourné vers l'autosuffisance alimentaire des populations est écoulé. Le virus libéral a fait de chaque animal une usine temporaire, à lait puis à viande, dont il convenait d'améliorer les performances. Dès lors, pourquoi la vache devrait-elle rester herbivore s'il est démontré que la « machine-vache » fonctionne mieux avec des farines animales ? Nos politiques à l'esprit éclairé (ou assombri) par des biotechnocrates au service du marché, avaient choisi de ne pas renouveler la stupide réserve Rocardienne qui avait, en son temps, refusé la supplémentation hormonale du veau pour des objectifs attendus similaires... En avant donc pour les farines animales !

La perversion introduite dépasse par sa conséquence le drame de santé publique pour toucher à l'essence même de l'activité humaine face à son environnement et à son nécessaire approvisionnement alimentaire. La « vache-machine » grippée par le prion n'est plus qu'une machine détraquée bonne pour l'incinération. Dans ces brasiers géants de vaches (ailleurs de porcs, poulets, demain peut-être de moutons ou poissons), c'est la machine que l'on brûle ! La vache était déjà morte

dès lors qu'elle avait été réduite à sa fonction.

Il n'y a plus d'animaux dans nos campagnes, ni de plantes que l'on s'apprête à mettre génétiquement au pas et à la norme. Reste-t-il encore des paysans et des éleveurs ? C'est de cette interrogation dont témoignait, je crois, l'indicible désarroi de nos amis éleveurs venus témoigner à Lorient. L'image refoulée était bien celle de ces brasiers géants rappelant des temps de peste moyenâgeux, celle aussi de ces carcasses de vivant manipulées par milliers au bulldozer vers des fosses rappelant d'autres images insoutenables de l'histoire de la folie humaine. Il se pourrait que ces brasiers aient brûlé plus que des carcasses inertes. Qu'avons nous su lire dans les fumées de ces crémations géantes de vivant sacrifié ?

Le libéralisme pour fonctionner peut brûler ou recycler ses rebuts, comme il peut et il sait aussi anéantir l'homme au nom de la même productivité et de la recherche du profit. C'est la nature tout entière et l'organisation sociale elle-même qui pâtissent de ce méga-dysfonctionnement libéral. Ce sont les mêmes logiques productivistes qui introduisent les substituts alimentaires, les engrais et pesticides, les semences issues de biotechnologies asservies et le « bétail humain » sélectionné lui aussi pour son employabilité, sa docilité, sa flexibilité, sa productivité. Partout règne le même mépris du vivant, fut-il humain.

Ce mépris du vivant qu'a révélé la crise de la vache folle peut nous rendre lucides dans d'autres circonstances où se joue la place de l'homme lui-même. Aura-t-il suffi d'entendre nos amis éleveurs pour soulager leurs angoisses et redonner sens à leur travail ? Sûrement non si, avec eux et avec d'autres, nous ne faisons rien pour qu'un autre monde soit possible.

Organismes Génétiquement Modifiés : pas de décision sans débat démocratique

L'Académie de Médecine et de Pharmacie vient de déclarer que les OGM n'ont pas d'effet sur la santé et pourraient même avoir un rapport bénéfices-riques positifs. Cette déclaration va dans le sens d'une levée du moratoire sur les cultures d'OGM. Le SMG demande que s'instaure un véritable débat démocratique sur une question de société d'une telle importance. nous reviendrons plus amplement sur le sujet dans le prochain numéro de Pratiques.

Noëlle Lasne

Médecin généraliste

La revue Pratiques se propose d'écrire ce qui fait le quotidien de la pratique médicale, mais aussi de mettre en lumière ses enjeux intimes, collectifs et politiques. Elle se confronte donc nécessairement à la question du récit.

Le récit du patient au médecin dépasse de très loin le jeu des questions-réponses et déroule une plainte au gré des histoires personnelles ou familiales. Nous entendons souvent dans nos consultations des paroles d'une beauté rare et d'une pertinence vertigineuse, des paroles qui ne répondent à aucune question, précisément parce qu'elles racontent une histoire. Or les histoires sont plus grandes, plus vieilles que les hommes. On y voit se succéder les ogres et les bonnes fées et surgir, parfois, le visage de la méduse.

Le récit du médecin se doit de donner sens en construisant une cohérence, un récit où les mots sonnent juste pour chacun, dans le souci d'une pertinence qui rappelle le travail de l'écriture. Nous savons bien que l'on prend soin aussi avec des mots. On fait alors feu de tout bois, on cherche de l'aide. On puise non seulement dans son savoir-faire, mais aussi dans sa vie privée et dans ses ressources imaginaires : nous sommes faits de ce que nous avons lu et entendu. Les histoires qui nous ont nourris forment une sorte de musique de fond à laquelle fait écho le récit des patients. Et nous puisons, dans la littérature, naturellement, une expérience du langage. Quand Michaux écrit au sujet du malade mental : « Indéfiniment, il subit l'opération qui l'opère de lui même », il nous rapproche plus intimement de la souffrance psychique que n'importe quel traité de psychiatrie. Quand Christian Bobin, parlant de son père atteint de la maladie d'Alzheimer interroge : « qu'aimons nous dans ceux que nous aimons ? Une force, mais quand ils n'en ont plus ? Leur charme, mais quand il les a désertés ? Leur parole, mais quand elle est détruite ? qu'est ce qu'une personne ? », il pose la question que nous nous posons dans la chambre de ce patient qui ne nous reconnaît pas. Quand Edith Wharton, dans une nouvelle intitulée *Les lettres*, parle des « ténébreux secrets » que les parents dissimulent aux enfants et constate « C'était atroce d'en savoir trop. Il y avait toujours du sang mêlé aux fondations », elle fait écho aux secrets de famille auxquels tout médecin est un jour confronté.

Peut-on mieux parler des peurs nocturnes de l'enfant que Antonio Lobo Antunes lorsqu'il écrit « Enfant, la nuit, lourd de pipi, je traversais les pièces dans l'obscurité pour aller aux toilettes, tourmenté par une conspiration d'ombres et de bruits minuscules, (susurrements de meubles, soupirs de pendules, galops de soupirs à l'intérieur des murs, respiration du réfrigérateur qui changeait de position dans son sommeil). »

Médecins et malades se sont exprimés en dehors du dialogue médical. Certains sont de grands écrivains comme Miguel Torga, Anton Tchekov, Jean Reverzy. Débarrassés des contraintes de l'exercice médical, ils n'ont retenu que le sens de cette rencontre. Ils nous rappellent que donner des soins ne peut se faire qu'en donnant du sens.

Il y a aussi ces textes qui ne nous sont pas adressés, où des malades prennent la plume et font œuvre d'écriture. Qu'ils soient témoignages, documentaires ou œuvres d'art, ou encore à la frontière de l'un et de l'autre, de *Mars* de Fritz Zorn à *La Métamorphose* de Franz Kafka, ces textes ne cessent de nous éclairer sur le rapport intime que chacun entretient avec son propre corps, la maladie, et la mort.

Nous avons besoin des mots des autres, ceux qui nous ont faits, qui nous éclairent, qui nous ressemblent et qui nous rassemblent. Aussi me paraît-il légitime que la revue Pratiques porte à des textes littéraires la même attention qu'à la parole des patients. Car il s'agit, au sens propre comme au sens figuré de se raconter des histoires. Ces histoires qui éclairent notre solitude de médecin et affûtent les mots dont nous avons besoin pour parler à l'autre. Dans la lecture et la découverte d'un texte, il y a quelque chose de l'extrême attention aux mots de ceux dont nous prenons soin.

Il était une fois

Jean-Pierre Lellouche

Médecin pédiatre

Premier chapitre : où l'on voit que sauver une vie autorise à violer un peu le secret professionnel

1 - un individu est très malade. Le pronostic est très réservé d'autant qu'il a été vu par plusieurs médecins dont aucun n'a d'idée diagnostique précise. En revanche, ils sont tous d'accord pour penser que le pronostic est très sombre et à très court terme. En désespoir de cause, il consulte le docteur A. Celui-ci en quelques instants pose le diagnostic, donne un traitement énergique et 3 jours plus tard le malade parfaitement guéri fait une promenade de 87 km à vélo avec ses copains.

2 - en rentrant chez lui le docteur A dit à sa femme : « J'ai vu le comptable de chez Auchan, il avait les chaussettes sales. »

Secret médical

On peut dire que le docteur A est un excellent médecin. Tout médecin rêverait d'être aussi compétent et aussi efficace que lui. Et surtout, tous les malades aimeraient être sûrs, le jour où ils en auraient besoin, de pouvoir rencontrer un tel médecin. Mais, par ailleurs, ce docteur a fait une faute. Il ne doit pas faire état, devant qui que ce soit, de ce qu'il a appris dans le cadre de l'exercice de son métier. Bien évidemment, on

ne peut pas mettre sur le même plan le fait de sauver une vie et celui de parler un peu trop de ce qu'il n'est pas bon de divulguer. Parler trop n'est pas bien, mais on pardonnera aisément un bavardage inutile à qui a sauvé une vie.

Bien qu'il n'y ait aucune loi écrite qui le dise, il existe un très large accord sur le fait que sauver une vie donne le droit de violer un peu le secret professionnel.

Deuxième chapitre : où l'on verra à l'œuvre une étrange confusion

La plupart des médecins ne vivent pas en permanence des situations telles que celle rapportée ci-dessus. Ils ne sauvent pas de la mort des gens perdus et la guérison n'est pas toujours aussi absolue et spectaculaire. Cependant, les études médicales privilégient beaucoup (et probablement à juste titre, dans un premier temps) les situations extrêmes et spectaculaires. De même, les publications médicales sont souvent rédigées dans le style *veni vidi vici* (ou signes, diagnostic, traitement).

Il y a donc chez tout médecin quelque chose qui est de l'ordre du rêve ou de l'idéal du moi qui lui fait croire qu'il doit être souvent, qu'il peut être et qu'il est le docteur A. Or le docteur A, qui a sauvé le malade, a un peu violé le secret professionnel et personne ne lui en veut. Si le docteur B viole un peu le secret et si personne ne le sanctionne, ce serait la preuve que son comportement lui vaut des indulgences comme pour le docteur A. Cela démontrerait donc que, dans

sa pratique, il a fait beaucoup de bien puisqu'il lui est accordé le droit de faire un peu de mal !

Troisième chapitre : où l'on verra une autre confusion

Si je suis quelqu'un de bien et si on me raconte à propos de quelqu'un des choses que je ne devrais pas savoir, je les oublierai ou je n'en ferai pas état publiquement. Par ailleurs, si je connais quelqu'un dont je sais qu'il est bavard et incapable de garder un secret, je ne lui confierai rien. Donc, si je confie quelque chose à quelqu'un, c'est que je le considère comme quelqu'un de fiable, comme quelqu'un de bien. Si je parle assez largement



autour de moi et si je ne me censure que de façon exceptionnelle, c'est que je considère que la très grande majorité des gens qui m'entourent sont des gens bien. Un médecin qui dit tout, qui ne se censure jamais donne la preuve qu'il a une très grande confiance en lui et dans ceux avec qui il entre en relation. Il est très agréable de penser que l'on est entouré de gens bien et responsables et il est très agréable de se voir traiter comme quelqu'un en qui on peut avoir confiance. Il en découle que de très nombreux médecins parlent un peu trop. D'autre part, comme le fait de parler est plus la règle que l'exception, le fait de ne pas parler beaucoup et de ne pas donner de détail est vécu comme une preuve de défiance. Pour le dire de façon plus claire : si, dans un staff, un médecin dit « J'ai vu l'enfant Benjamin

Talleyrand le fils du sous-préfet qui a présenté une épilepsie... » il dit implicitement : « Je sais que vous êtes des gens bien et que vous n'irez pas colporter sur la place publique le fait que Benjamin Talleyrand a une épilepsie... ».

En revanche, s'il présente ce cas sans donner d'éléments permettant de l'identifier et s'il ne fait aucune « confidence », l'auditoire habitué aux confidences ressentira cette réserve comme une marque de défiance. Ce sera aussi mal pris que si le médecin disait explicitement : « Je sais que si je vous donnais le nom de cet enfant, l'un de vous manquerait au devoir de réserve ».

Si les médecins étaient des gens parfaits, il ne serait pas besoin de limiter leur liberté de parole : ils ressentiraient cette nécessité de façon intuitive. Jamais l'idée ne leur viendrait de dire quoi que ce soit qui puisse être de l'ordre du secret ou de la pudeur. Par ailleurs, si chaque médecin n'entrait en relation qu'avec des gens d'une correction exemplaire, l'effet d'une violation du secret serait très limité. Dans ce cas, le premier verrou aura lâché puisque le médecin a parlé, mais ceux qui ont été informés ne relayeront pas le message.

Enfin nous avons vu que si un médecin savait des vies, la règle du secret ne lui serait pas imposée avec force. Il en découle que dire à un médecin qu'il est tenu au secret, c'est lui délivrer implicitement un message triplement désagréable : 1- vous ne sauvez pas des vies à un point tel que cela vous autorise à faire tout et n'importe quoi, 2- vous n'êtes pas spontanément enclin à respecter la vie privée des patients qui vous sont confiés, 3- ceux qui vous entourent ne sont pas tous non plus des gens d'une correction exemplaire. Ce message est très difficile à entendre. Beaucoup de médecins pensent qu'il peut être justifié pour d'autres médecins, mais pas pour eux mêmes. Très souvent et notamment en milieu hospitalier, où l'union fait la force, les médecins s'affranchissent au moins en partie de ce devoir.

Résumé : En Israël, les femmes en blanc protestent. Cette posture de résistance de femmes, soutenues par leur famille, questionne la politique du gouvernement israélien, suscite des réactions machistes et une réflexion globale des hommes et des femmes.

Article transcrit à partir de celui de Vered Levy-Barzilai, publié dans le journal Ha'aretz en septembre 2002.

Les femmes en blanc

La décision fut prise en famille. Et quand le lieutenant-colonel Mouli Weitz répondit à l'appel et s'en fut accomplir sa période de réserve en tant que commandant de l'unité stationnée au poste de contrôle de Rantis, sa mère, sa femme et ses filles formèrent un piquet face au barrage pour protester contre la politique menée par le gouvernement.

Une voiture prit le virage et s'arrêta à quelques dizaines de mètres du barrage de Rantis. Le colon assis au volant baissa sa vitre, toisa Shoshan Brosh-Weitz et chercha les mots propres à exprimer tout le mépris qu'il éprouvait à son égard : « Va te faire violer », gronda-t-il avant de remonter sa vitre et de s'éloigner.

Shoshan se figea, le panneau toujours brandi : « Contre la guerre, pour la paix ! » En montant son piquet de protestation, elle savait qu'elle se heurterait à des réactions violentes, et elle s'était préparée à des injures comme « traître », « cinquième colonne » et « ennemie d'Israël » - mais à rien de cet ordre. Elle se sentit soudain faible et vulnérable. L'homme lui avait parlé du fond du cœur, se dit-elle. C'était comme s'il lui avait dit : « Si je pouvais, je

sortirais de ma voiture et c'est moi qui te violerais. »

Elles arrivaient en général ensemble : la femme de Mouli, Shoshan ; sa mère, Sarka ; sa sœur, Re'out ; ses filles d'un premier lit, Yaara, 21 ans, et Einat, 17 ans ; et la fille du premier mariage de Shoshan, Mor, 18 ans. D'autres parents ou amis se joignaient parfois à elles. Le matin où le colon lança son sinistre message, Shoshan Brosh-Weitz était seule au point de contrôle. Elle avait vaincu sa peur, pris sa voiture et conduit jusque-là. Elle était arrivée saine et sauve.

Comme toujours, de l'instant où elle avait franchi la Ligne verte et poursuivi sa route vers l'est, elle s'était sentie aux aguets, consciente du danger. Comme d'habitude, des enfants palestiniens se tenaient au bord de la route avec des paniers de fruits, et elle en acheta un peu. Tout alla bien jusqu'à l'apparition du colon. Son message répugnant résonnait en elle, encore et encore. Elle avait envie de pleurer, mais elle se retint, se redressa, rejeta ses cheveux en arrière et resta sous son parasol, assise seule, brûlant de soleil et de rage.

Près d'elle, il y avait les panneaux et les banderoles préparés par la famille en lutte : « L'armée livre bataille contre le terrorisme. Qui livre bataille pour la paix ? », « Le bataillon est appelé à Ramallah pour la deuxième fois. Qu'est-ce que le gouvernement fait pour que ce soit la dernière ? », « L'armée n'est qu'un moyen, les fins sont politiques. Mais quelles sont-elles ? », « L'homme de l'année est le réserviste - et sa famille ». Shoshan attendit les autres femmes de la famille, comptant les minutes. Quand elles arrivèrent, deux heures plus tard, elle courut à la voiture de sa belle-mère, Sarka, pénétra dans la coque protectrice et fraîche, et alors seulement elle se laissa aller, éclatant en sanglots. En pleurant, elle leur raconta ce qui s'était passé. Puis elle se reprit et revint prendre sa place dans la manifestation silencieuse près du barrage.

Les jours suivants, elle-même et les femmes de la famille qui l'accompagnaient subirent d'autres injures : « Tordue de blonde ! », « Il te faudrait une bonne trique ! », « Putain ! », « Bâtarde ! », « Que ta maison brûle ! », « Ordure ! », « Va pendre le linge, pas des banderoles, pauvre mocheté ! », « Va manifester à Beit-El, ils te tireront dessus. Ici, c'est une

balade ! » Shoshan recensa méthodiquement les insultes. Plus que tout, ce qui la choquait étaient les obscénités jetées par les femmes colons. Shoshan trouva son réconfort dans un autre type de réaction. Quelques-uns lui souhaitaient de bonnes fêtes et « shabbat shalom », la paix du shabbat. D'autres s'arrêtaient pour demander ce qu'était au juste cette manifestation et s'asseyaient près d'elle pour débattre en êtres civilisés. Il y en eut pour lui dire leur admiration et lui serrer la main, et d'autres pour apporter des biscuits, de l'eau minérale, du chocolat ou, fruits de saison à l'époque de Rosh ha-Shanah, des grenades. Oui, des colons, hommes et femmes, venus de Beit-Aryeh, Halamish et Ofarim : une petite minorité donnant à elle seule sens à tout cela.

Mouli Weitz aura cinquante ans le mois prochain. Il termine une maîtrise d'Études stratégiques à l'université de Tel-Aviv. L'an dernier, il a mis un terme à douze années de carrière militaire à plusieurs postes de commandement et d'instruction militaire. [...]

« Il ne m'est pas facile d'entendre ce par quoi elles passent au barrage », dit-il. « Même si j'étais tout à côté avec mon unité, je ne savais pas vraiment ce qui arrivait. J'étais inquiet, bien sûr : comment les hommes du bataillon allaient-ils réagir, et mes collègues, et les officiers supérieurs ? Je redoutais un éventuel affrontement avec les colons, et il y avait aussi le risque qu'elles soient touchées au cours d'une attaque palestinienne contre le poste. Quand la question du refus s'est posée, je me suis heurté à un dilemme. Je me suis demandé si j'étais prêt à faire quelque chose d'illégal. Quand l'ordre de mobilisation d'urgence est arrivé, pour l'opération Rempart, j'ai compris que le refus n'était pas d'actualité pour moi. (Je suis...) quelqu'un qui, tout à la fois soutient le processus de paix et accomplit le devoir qui lui incombe. (...) Quand Shoshan a eu l'idée de ce piquet, je l'ai perçue comme le prolongement de mes réflexions. Je ferais mon devoir de réserviste et ma famille manifesterait et s'exprimerait - moi compris. J'en ai été heureux. Il y a plusieurs voix en moi, et qu'elles

puissent s'exprimer avait quelque chose de positif. Le dialogue politique, social et militaire en Israël a été ramené à deux extrêmes réducteurs : ou vous êtes un patriote, vous allez à l'armée et vous vous soumettez aux ordres ; ou vous êtes un gauchiste, un refuznik, un ennemi d'Israël, un traître. La manifestation familiale propose une troisième voie : accomplir son devoir de réserviste et exiger que le gouvernement remplisse le sien, voire conditionner l'un par l'autre - nous ferons notre boulot, mais vous, monsieur le Premier ministre, ferez aussi le vôtre. Vous agirez au niveau diplomatique et politique pour amener la paix. » [...] Shoshan et les jeunes femmes n'étaient pas la seule cible d'imprécations. Sarka, âgée de 73 ans, fut elle aussi confrontée au délire verbal. « Fille de pute ! » lui jeta un colon en passant, des enfants dans sa voiture. « Les voilà, les traînées d'Arafat. Vous voyez, les mêmes, c'est la cinquième colonne, une vieille femme qui ira bientôt en enfer. » Ça n'a pas bouleversé Sarka.

L'enfer, elle en est déjà revenue et elle n'est pas prête à y retourner : « Ma vision du monde s'est forgée quand j'étais encore une adolescente, derrière les murs du ghetto de Vilna et dans un combat pour la survie. Dans la douleur et les difficultés, il y

avait aussi de telles marques d'humanité que j'en suis sortie avec une grande foi en l'homme. C'est la seule chose qui m'a permis de survivre... Je me considère comme associée de plein droit, avec tous les privilèges afférents, à la fondation de ce pays et mon cœur saigne quand je vois toute cette corruption. L'occupation a entraîné dans son sillage l'indifférence, la dureté, l'inhumanité, la violence et la rapine qui corrompent les nouvelles générations. Mes petits enfants baignent dans cette horreur, et cela m'empêche de dormir.

Durant nos trente-trois jours de manifestation au barrage, nous étions en blanc. Nous disions aux gens que nous portions du blanc et que nous allions réagir pour empêcher que ne vienne le jour où il nous faudrait porter du noir. »



Résumé : Une patiente hospitalisée se trouve être philosophe et historienne des sciences. Plus qu'un regard sur l'aménagement de l'espace à l'hôpital, c'est une réflexion sur le temps, l'attente, le rythme et leur signification.

Marie-Rose Faure

Philosophe et historienne
des sciences

L'espace est œuvre d'architecte. L'auteur le façonne en regard de sa fonction future. Et l'espace hospitalier est ce milieu qui englobe des objets et des êtres aux caractéristiques particulières. Mais à la nudité du projet s'ajoutent des éléments qui font de ce volume un « chez soi », un lieu familier. Le réel est alors cette modification née de l'alliance d'un plan rationnel et des contradictions du quotidien. Ce produit, nous l'analyserons comme un objet porteur d'interrogations, d'implicites, voire d'amusements. Or cet espace s'enracine dans une histoire. C'est pourquoi il nous arrive d'évoquer l'hôpital installé sur les grands voiliers de 1800. L'image est belle. Elle possède déjà les termes essentiels des lieux médicalisés.

Au commencement de l'institution hospitalière, il y a l'espace
Représentons-nous un instant, à la manière d'une expérimentation en vase clos, ce qu'était l'hôpital sur ces grands voiliers en partance pour les voyages de sciences. Tel est le cas de ces préparatifs pour atteindre les Terres australes

L'espace hospitalier, entre rationalité et familiarité

en 1800. Selon ses fonctions, chacun a droit à des caisses où sont couchés ses instruments et reçoit, sur le navire, un lieu d'exercice. En l'occurrence, Taillefer a en sa possession une liste où on a marqué, par ordre alphabétique, « *cadre, canule, chemise pour malade, chaise de commodités, ..., tourniquets pour amputation* ». En

haut de la feuille, on a barré aumônier, remplacé alors par chirurgien. Médecine et religion entourent l'être en difficulté et se substituent donc l'une à l'autre. Que les objets soient recensés par écrit leur donne à la fois importance et qualification. Ils appartiennent à une personne désignée et intéressent la collectivité. Et installés sur le pont, ils évoquent une gestuelle, retraçant une relation de dépendance et d'aide. Un espace se construit, virtuellement, englobant les instruments. Qui approche cet ensemble, abandonne ses habitudes, voire son identité. Car certains objets annulent en quelque sorte la forme des utilisateurs. Tels sont les cadres ou lits pliants que l'on descend à l'escabeau pour reconstituer un hôpital de campagne. Le livre de bord du capitaine Baudin note par exemple qu'à Timor, on « *descend à terre les cadres* ». Les noms des malades disparaissent. Le lit est le malade.

La situation sur le pont est particulière. Les bruits, les paroles creusent l'isole-

ment. Des nuances venues des cris et des chuchotements créent un rideau de sons où ceux qui passent le voile s'adaptent à un autre type de communication. Lorsque Riedle, le jardinier, meurt, Baudin lui ment, évoquant une amélioration. Aucun des deux n'est dupe. Mentir relève de la connivence et non de la tromperie. Le milieu change les points de repère de la communication.

Cet espace médicalisé se double de l'écrit institutionnel. Sur la feuille s'étalait la liste des instruments, mais d'autres pages sont indispensables. Il y a les certificats médicaux qui donnent droit à des congés de convalescence. Il y a aussi les constats de décès. Et on tient registre des maladies, voire des épidémies. Certains cas sont l'objet d'autopsie. Parfois, ils donnent lieu à des mémoires élaborés pour des publics spécialisés. A aucun moment, la relation médecin-malade ne se réduit à une relation individualisée. Elle se double de la reconnaissance institutionnelle.

Du labyrinthe de Dédale, où nulle Ariane ne guide l'étranger

L'espace hospitalier contemporain se veut labyrinthe. Avant même l'instrument étrange, il y a le mur, ce mur qui devient angle, s'enroule, circule et ne conduit jamais où le néophyte le souhaite. Certes, il y a le bureau de l'accueil. Mais le discours est alors d'une simplicité trompeuse. Il est piège. « *Au fond, ... à droite, après l'ascenseur, ... au deuxième étage...* »

Point d'autres repères que ces couloirs étroits, aux portes multiples, où des populations en mal de communication se côtoient. Est-ce là ? Ailleurs ? A croire que la mythologie portait déjà en elle une malédiction : la maladie est perte. La signalisation est elle-même différence. Là où on arrive en pensant « douleur », on trouve « analgésie ». Et si au supermarché s'inscrivait « lipides » à la place d' « huile » ? Les mots au lieu de se faire guide participent à une opération de complication. L'espace est trompeur. Il désorganise.

Au terme du voyage, il y a l'attente. Et les murs portent alors un décor. Bien souvent, les images encadrées sont bleues, de ces bleus qu'on ne voit qu'en ces lieux. Dufy perd de sa luminosité et par un hasard étrange, fabrique une couleur identique à Braque ou à Matisse. Sous le miracle de la reproduction en vue des services médicaux, un même lavage produit cette teinte uniforme, sans profondeur, amoindrissement des inventions artistiques. Par quelle faiblesse de la technique, l'œuvre qui s'étale avec magnificence sur une affiche dans la rue, se retrouve-t-elle lénifiée ?

Et toute une culture cohabite sur les murs : charte des patients hospitalisés aux dix commandements, annonce de dialogue médecin-malade, affiche pédagogique illustrée, petites fenêtres qui ouvrent un monde inconnu. L'écrit domine le silence de la salle d'attente. Sur ces pages plaquées se déroule un jeu de miroir. Qui est qui ? Qui est ce patient mystérieux à qui s'adressent ces messages ? La simplification de l'affiche n'est pas celle de la publicité. Faut-il à ce point réduire la difficulté de l'information pour qu'il comprenne ? Parfois le fond musical ou le poste de télévision transmet des émissions de très faible niveau intellectuel. Cela ne valorise pas l'occupant de la salle. Le piano-bar, le supermarché, l'église romane déserte visent par le son à combler le silence sans pour autant parier sur la faiblesse du visiteur. A l'inverse, l'image sur le mur parle du soignant, de la représentation qu'il a du malade, mais aussi de ses hypothèses pour modifier sa propre institution. L'écrit est symptôme d'une crise du système avec ses maladresses pour transformer un devenir marqué de déterminisme. Bref, ces petites fenêtres dans le mur expriment les implicites du discours.

Ne quittons pas la salle d'attente sans regarder les objets qui la meublent. Table basse, fauteuils, sièges-bateau, tout conduit à l'inactivité, à la rupture avec la vie active. La salle d'attente est le prolongement de l'arrêt de travail. Eloge du repos obligatoire, d'un vide d'occupation où le malade est celui qui est dispensé, par privilège.

ge, de travailler. Sur les grands voiliers des voyages de sciences, les marins en mauvaise santé étaient exclus des corvées. Certains faisaient durer leur convalescence au grand dam du médecin qui jugeait que ce mode de vie ralentissait la guérison. On a le témoignage d'un médecin malade... du mal de mer qui souffre tout autant des contractions de son estomac que des moqueries des matelots, voire de leur cynisme. Il y a d'autres lieux d'inactivité dans la société. Mais cet espace-là se particularise par l'entretien d'une cessation d'agir qui se prolonge dans l'hospitalisation, dans la maison de retraite, etc. L'artificialité des ateliers repose sur ce présupposé ancien qui définit la maladie non comme « un vivre avec » mais comme un envahissement bloquant toute autre dimension de l'individu.

Au cœur du bâtiment, voyage sur le dos

Les dessins d'architecte ne se réduisent pas à des murs ou à des sols, des encoignures. On imagine le plafond. Ainsi Garnier orne de mosaïques l'Opéra et Asam fait craquer la voûte pour découvrir le ciel et les bienheureux. L'âge baroque comme cet art lourd du Second Empire prévoit qu'on relève la tête et que cet espace, limité par les murs, s'ouvre sur un irréel, un imaginaire. Luxe, pense-t-on, puisque le spectateur est à même de décider de lever la tête et d'en savourer les effets. Or un des rares monuments qui puisse se parcourir sur le dos, avec des roulettes, est bien le bâtiment hospitalier. L'objet mobile est aussi étrange que les cadres du grand voilier du *Géographe*, parti vers les Terres australes. Étroit, avec des barres de maintien, facile de maniement puisque le conducteur a toute habileté pour s'exprimer. Il y a le désinvolte qui manie l'appareil d'une seule main, le lent qui abandonne, repart, s'immobilise, le soucieux qui soupire face à l'ascenseur. Sorte de fantôme invisible, dans le dos, moteur irrégulier qui, contrairement au pousse-pousse des pays orientaux, profite d'un sol sans

aspérités. Donc le ciel de « l'hosto » est hygiène, économie, rigueur, mais n'est pas terne. On lit en lettres rouges « Interdit » ou bien « Sortie », on découvre le haut des portes automatiques, on rencontre des visages vus sous un angle inhabituel, par-dessous, on croise d'autres mobiles à roulettes. Car tout roule : la table venant des cuisines, celle des pansements, celle de l'entretien. Voyage au pays où les repères traditionnels de l'espace - haut, bas, profondeur - perdent leur sens. Lorsque l'ascenseur s'arrête, on ne sait pas quel est l'étage. Puis c'est l'immobilité, l'attente dans l'éternel bleu hospitalier, où des personnages déambulent, rendus anonymes par les masques et les coiffes.

Ce lieu, dans sa rigueur, apparaît comme la résultante des sciences mathématisées. Il est le terme d'un projet scientifique. Tout phénomène - tableau d'occupation des salles avec énoncé des équipes, plateau chirurgical, séparation des anesthésistes des chirurgiens - se donne comme rationalité de la vie. L'espace n'inclut guère des êtres, mais des régularités, des ordres d'apparition, des temps d'occupation, des rentabilités. La mathématisation est bien au cœur des sciences de la vie. Il serait incongru de parler de représentation. Ce champ-là se veut objectivité, exclusion de tout élément parasite. Le vocabulaire échangé est pauvre : phrases répétitives du réveil, phrases d'échanges matériels ou de remarques banales. Le culte de la science manifeste une fêlure : l'impossibilité à maintenir au sujet sa place dans sa singularité, qu'il soit soignant ou soigné. Mais encore une fois religion et médecine se rejoignent comme sur le *Géographe*, lorsque Taillefer recevait sa liste d'objets où le mot médecin se substituait à celui d'aumônier. Dans la salle d'opération, tout est réduction à la mathesis, même s'il s'avère impossible de considérer la vie elle-même comme un événement de raison.

Curieusement, le livre de *l'Exode* rappelle que le

Grand Prêtre, approchant le Saint des Saints, portait le rational ou carré d'or. Le mot hébreu fut traduit dans la Vulgate « tacens », qui se tait. A la limite du désir de comprendre, il y a le silence, les mots pauvres, le plafond sans âme. Et le voyage sur le dos découvre de l'autre côté du voile, l'appréhension.

La porte, ou l'espace hors gonds

La porte ferme et, dans le mur, elle laisse la trace d'une ouverture possible. Dans le labyrinthe hospitalier, elle se présente multiple et mystérieuse. Elle partage l'espace, établit une frontière qui peut conduire à une rupture. En quoi peut-elle être dite espace hors gonds ? L'expression se réfère au dialogue d'Hamlet avec le spectre. Au père qui parle de vengeance, le fils répond : « *le temps est hors de ses gonds, ô sort maudit qui veut que je sois né pour le rejoindre* » (trad. Y. Bonnefoy, Gallimard, 1957). Au temps, substituons l'espace et quelque chose de similaire apparaît. Si l'espace était un, il n'y aurait pas ces portes qui permettent à des mondes d'entrer en relation tout en les tenant à distance par leur inscription. L'écriture sur le panneau barre la communication, sépare la salle d'attente de l'entretien. Parfois, ce sont des initiales, participant au fétiche moderne de ces signes décodables par les initiés. Lire EEG alors qu'on cherche Electroencéphalogramme mène à découvrir une zone de savoir inconnu. La porte est ce qui segmente des lieux de la connaissance. Si chacun est part d'ignorance face au savoir de l'autre, il est des mots qui disjointent l'espace. « Ici tu sais, là, tu ignores ». Et les gonds tournent, entraînant vers une terre inconnue.

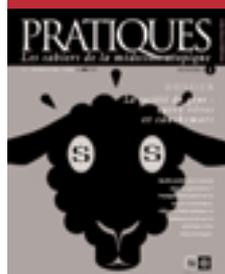
Il est des portes sans nom ou avec un fragile support glissé dans une pochette plastifiée. Nommer, c'est déjà posséder une clef. Autour de l'étiquette, se projette l'ébauche d'une rencontre. Manquer de cet indice revient à se voir surajouté à la présence du dossier déjà arrivé, de l'autre côté de la porte.

Il y a aussi l'entre-deux portes, cabine réduite, éclairée d'une lampe, refermée avec le bruit d'un

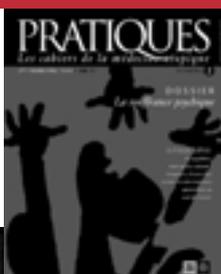
loquet, d'une serrure. La perte de vêtements détraque l'espace. On se défait de son corps social. Perte de territoire, d'espace à soi. Passage vers l'inhabituel, et l'impuissance. « *ô sort maudit qui veut...* » que je reste moi-même alors que je m'exclus par ces gestes de la société des bien-portants. Et il y a la porte qui débouche sur l'examen. Les objets réclament passivité à l'étranger. L'espace se construit en plis, en strates, autour de ces instruments. On disait « ustensiles » sur le *Géographe*. La radiographie vue au négatoscope n'évoque guère la même intériorité du corps pour l'ignorant ou le spécialiste. L'écran d'ordinateur détourne les regards, multiplie les points de vision. On passe du réel au virtuel, à la dichotomie visible et invisible. Un lieu imaginaire se manifeste rendant difficile l'attention et la compréhension envers les paroles médicales. Ce lieu est un point d'absence, point de nostalgie, point qui s'enracine dans la conscience d'être malade par rapport à des soignants bien-portants. Ce point décentré devient un paysage autour de quelque chose d'informulé qui, bien que non-dit, est l'interrogation fondamentale : pourquoi dois-je abandonner une vie sans maladie, pourquoi dois-je reconstruire, relier ensemble ces espaces disjoints ?

Il serait injuste d'oublier la porte chère à Deleuze, celle qui s'ouvre et laisse apparaître les visages aimés lors d'une hospitalisation. « *Quand ils entrent dans une pièce, ce ne sont pas des personnes, des caractères ou des sujets, mais c'est une variation atmosphérique, un changement de teinte, une molécule imperceptible, une population discrète ou une nuée de gouttes.* »

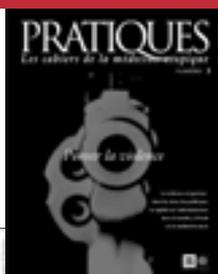
En guise de conclusion : fenêtre ouverte sur l'extérieur. A plat dos sur le lit, le regard au niveau du rebord de la fenêtre, les yeux cherchent dehors un lointain où se jouent les nuages. Mais proche, dans le jardin bordant le bâtiment, des ombres sans pieds se traînent, ce soir-là, d'une oscillation irrégulière. Une longue, une brève. Et des lampions bleutés dansent, irisés comme des opales. C'est l'heure du retour des malades, tirant leur perfusion.



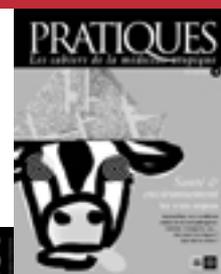
n° 1 : La société du gène



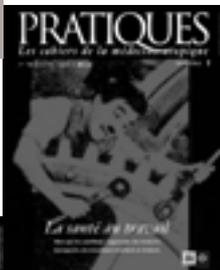
n° 2 : La souffrance psychique



n° 3 : Penser la violence



n° 4 : Santé et environnement



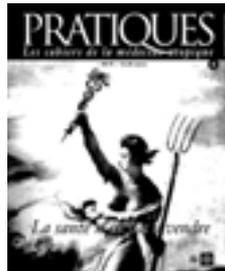
n° 5 : La santé au travail



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



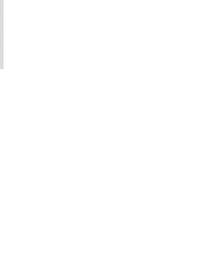
n° 10 : Folle psychiatrie



n° 11 : Choisir sa vie, choisir sa mort



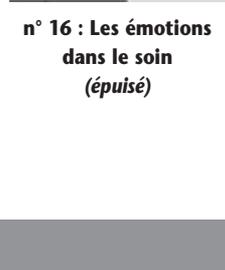
n° 12 : L'information et le patient



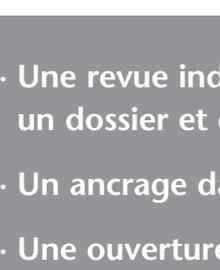
n° 13 : La médecine et l'argent



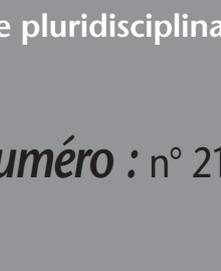
n° 14-15 : Profession : infirmière



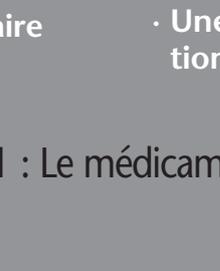
n° 16 : Les émotions dans le soin (épuisé)



n° 17 : Des remèdes pour la Sécu



n° 18 : Quels savoirs pour soigner ?



n° 19 : La vieillesse, une maladie ?

- 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° 21 : Le médicament

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 | 42,70 euros |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement deux ans | 76,20 euros |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement jeune médecin
(étudiant, remplaçant, installé de moins
de trois ans et demandeur d'emploi) | 30,50 euros |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement à durée libre par
prélèvements automatiques (joindre
RIB + autorisation de prélèvement) | 10,50 euros/
trimestre |
| <input type="checkbox"/> | Commande à l'unité
(12,20 € + 1,50 € de frais d'envoi) :
- nombre d'exemplaires :
- intitulé du numéro : | 13,70 euros/n° |
| <input type="checkbox"/> | Commande à l'unité numéro
double 14/15 (16,80 € + 1,50 €) | 18,30 euros |

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
site : <http://www.smg-pratiques.info>

Un reçu vous sera adressé à réception de votre règlement

PRATIQUES n° 20

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 : Patrice Muller

Rédactrice en chef : Martine Devries

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 ; 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 : Laurent Dianoux ; Denis Labayle ; Noëlle Lasne ; Jean-Pierre Lellouche ; Monique Sicard.

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
e-mail : j.imprime@wanadoo.fr

Dépôt légal : 4^e trimestre 2002
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