PRATIQUES

Les cahiers de la médecine utopique

26

L'exil et l'accueil en médecine

SOMMAIRE

Dossier
L'exil et l'accueil : 3

UNE CHANCE POUR NOS SOCIÉTÉS

Visages	4	*Martine Lalande, Sylvie Simon, Céline Pabois*
L'hôpital africain	5	*Noëlle Lasne*
L'exil, un espace-temps entre deux portes	7	*Jeanne L.*
Tous un peu des exilés	8	*Miguel Benasayag*
Les exilés de l'amour ?	12	*Sylvie Cognard*

COMMENT DEVENIR ACCUEILLANT ?

Résonances	13	*Elisabeth Maurel-Arrighi*
Accueillir un exilé : Entre paroles et souffrances	17	*Philippe Regard*
De l'interprétariat à la médiation sociale	20	*Jean-Robert Pradier*
Enfants interprètes	21	*Catherine Jung*
Nous avons lu : Paroles de l'autre	22	*Catherine Jung*
Il faut parler	23	*Augustine Ibomabeka*
Nous avons lu : Enfants d'ici venus d'ailleurs	26	*Philippe Regard*
Fidélité au Serment d'Hippocrate	27	*Georges Yoram Federmann*
Le rendez-vous	27	*Patrice Muller*
L'exception et la règle	28	*Christiane Vollaire*

L'INJUSTICE DE L'HISTOIRE, LE QUOTIDIEN DES VIES

Visages	32	*Martine Lalande, Dominique Tavé, Catherine Jung*
Quel droit à la santé au travail ?	33	*Annie Thébaud-Mony*
L'immigrée	37	*Elisabeth Pénide*
Nous avons lu : La double absence	38	*Catherine Jung*
Le registre du politique	39	*Jean-Pierre Lellouche*
La dynamique du chemin	39	*Anne-Marie Pabois*
Nous avons lu : Destins de harkis	40	*Françoise Ducos*
Migrations et exils	41	*Rada Ivekovic*
L'impossible retour	42	*Mohammed K.*

DES BATAILLES POUR DES DROITS

Impossible de faire médecin	43	*Martine Devries*
Médecin agréé	44	*Philippe Regard*
La santé en exil	45	*Arnaud Veïsse*
Nous avons lu : Le guide du Comede 2003	47	*Martine Devries*
Ecrire pour vivre	48	*Josette Verhenneman*
Le parcours du combattant de la régularisation	49	*Cédric Gratton*
Insécurité sanitaire et sociale	51	*Didier Maille*
Sida, solitudes, rencontres...	52	*Lisadie Fournier*
Que savent-ils (vraiment) des dépenses de l'AME ?	54	*Pierre Volovitch*
Le meilleur de nos soins, le plus tôt possible	54	*Patrice Muller*
Une immense interrogation	55	*Ariane Mnouchkine*

Rubriques

Éditorial	59	
Actu politico médicale :		
Pour une véritable assurance santé solidaire	60	
Contrôle patronal des arrêts de travail	62	
Signer la pétition de la fondation Copernic	63	
Annonce congrès SMG novembre 2004	63	
Europe : Contre la libéralisation des services	64	*Raoul Marc Jennar*
Images du corps : Les pestiférés : Corps en exil	65	*Monique Sicard*
Coup de gueule : Petits hold-up en gants blancs	69	*Denis Labayle*
Nous avons lu : Urgentiste	70	*Franck Wilmart*
Accès aux soins : Lucien, Fernand et les autres	71	*Franck Wilmart*
Clinique : Soigner les artistes	72	*Jean-Daniel Escande, Marie-Jeanne Martin, Bertrand Riff*
Revues : Bullying	73	*Jean-Pierre Lellouche*
Débat : Médecins de ville et médecins d'hôpital	75	*Jean-Pierre Lellouche*
Courrier des internautes	78	*Patrick Dubreil, Patrice Muller, Christian Bannaud, Jacques Richaud*
Éthique médicale : Avons-nous un plan « anti » cancer ?		
2e partie : Une déclaration pour une épidémiologie active	79	*Jacques Richaud*
Le médicament : Vu à la télé	83	*Alain Martinole, Laurent Nevo*
Docteur, arrête avec ça !	84	*Philippe de Chazournes*
Usagers : Au Québec, les usagers	85	*Martine Devries*
Usagers : La Cité de la santé	87	
Santé des femmes : Réfugiées et déplacées	88	*Rada Ivekovic*
Nous avons lu : Le cimetière des oiseaux, Bagdad, mon amour	89	*Isabelle Lagny*
Ailleurs, autres regards : Conte d'Orient	90	*Sylvie Cognard*
Courrier des lecteurs : Sans violons	92	*Michel Gicquel*

D O S S I E R

Et si on pensait l'exil autrement ?

L'exil et l'accueil, un sujet qui nous touche tous et qui nous invite à penser le monde, à l'heure où tant de gens arrivent chez nous, poussés par l'ouverture des frontières, ou chassés par les guerres économiques ou le bruit des armes.

Autour de ce numéro, portés par les visages de ceux qu'ils soignent, dans cette situation d'être aux avant-postes de la rencontre avec les exilés, des médecins se sont rassemblés pour proposer un renversement de perspectives et, avec eux, des historiens, des philosophes, des psychanalystes, des sociologues, des citoyens, tous concernés par l'expérience de l'exil.

Nous osons affirmer que l'accueil des exilés est une richesse, une chance pour la société. Nous croyons que l'expérience de l'exil, faite d'arrachement et d'espoir est une expérience humaine fondamentale que nous pouvons tous comprendre et partager, que nous soyons nés ici ou venus d'ailleurs. Nous témoignons aussi de ce que beaucoup d'exilés ont su, d'une manière ou d'une autre, faire auprès de nous œuvre de « soignants ».

Poser la richesse de l'exil, ce n'est pas gommer les difficultés, c'est débusquer les mensonges et envisager tous les paradoxes et les enjeux vitaux pour notre société.

Certes, face aux différences, il existe la tentation de l'extériorité et d'un culturalisme qui exclut, mais nous plaidons pour que les soignants entendent les résonances qui les font proches des exilés, qu'ils se dotent d'outils pour devenir plus accueillants, outils conceptuels ou pratiques comme le recours aux interprètes.

La vision sécuritaire fait aujourd'hui des exilés les responsables des tensions sociales, une autre analyse plus politique est possible : en minimisant la part importante subie par les immigrés dans les inégalités sociales de santé ; notamment au travail, la société relègue la question dans sa périphérie et évite de s'y atteler.

Face à la remise en cause du droit d'asile, ou de l'Aide Médicale Etat, face au discours faussement économiste qui feraient des exilés soit des « abuseurs » de notre hospitalité, soit la cause de l'inflation des dépenses de santé, nous proposons de dépasser une vision purement « humanitaire » : la bataille pour l'accès aux droits et aux soins des étrangers s'inscrit dans la mobilisation actuelle plus large pour une protection sociale solidaire pour tous.

Le déni des injustices de l'Histoire, l'occultation des conséquences des colonisations anciennes ou de la mondialisation actuelle entraînent des catastrophes que nous constatons au quotidien, nous pensons utile de nommer les tragédies cachées et faire ainsi œuvre de prévention des violences à venir.

Aujourd'hui, les exilés nous attendent. A nous de saisir cette chance. Ils nous offrent l'occasion de penser la différence et la proximité, d'intégrer l'Histoire avec nos histoires singulières, d'entrer dans la fraternité des frontières. Peut-être alors, ensemble, avec eux, saurons-nous construire un monde qui n'oublie pas la nécessité vitale de la solidarité et de l'ouverture.

Elisabeth Maurel-Arrighi

Visages

Le jour où j'ai cessé de croire en Dieu

Martine Lalande - Médecin généraliste

Mon ami Rodi est kurde, né à l'est de la Turquie. Donc, il parle kurde (appris à la maison), turc (dans la rue), arabe (à l'école) et persan (au village) et il a contracté la tuberculose dans les geôles d'Ankara. Soigné en Grèce, il s'est réfugié en France puis en Allemagne, terres d'asile. Son fils parle kurde et allemand, lui vit maintenant avec une femme d'origine russe. Il travaille comme interprète pour l'administration allemande. Il aime raconter son enfance : « J'avais dix ans, l'été je plongeais dans la rivière. Cette année-là, il y avait peu de fond, je me suis fait mal. Mon cou était enflé, mon père m'a amené chez le mollah. Il a dit que c'était une piqûre d'insecte et a conseillé de la crème Nivea. Ce jour-là, j'ai su que Dieu n'existait pas ». Et il éclate de rire, affirmant son statut de réfugié heureux, citoyen international appartenant à une communauté solidaire. Il sait qu'il sera partout bien intégré, animé par son idéal (Kurdistan libre !). Même si parfois sur les autoroutes allemandes, il a la nostalgie de son cheval…

Tissage et métissage

Sylvie Simon - Kinésithérapeute

Lorsque Aïcha m'a amenée sa nouvelle amie Najima au cabinet, j'ai rapidement compris que tout mon savoir de technicienne kiné ne suffirait pas.

Najima était depuis peu de temps en France, ne parlait pas le français, avait dû quitter toute sa famille, son mari n'avait pas su l'accueillir, avec ses deux petits enfants, elle était très fatiguée, voûtée, le dos lui faisait mal.

Avec Aïcha comme interprète, nous avons, au fil des séances, tissé des liens de confiance, de complicité, créé un lieu de détente et d'écoute pour Najima. Quelque chose de l'humain se passait, se jouait là.

Et c'est comme ça qu'un jour, à la fin de la séance, Najima m'a dit « Au revoir » le dos bien droit.

Étranger dans son propre pays

Céline Pabois - Animatrice d'alphabétisation

Quand je passe dans la rue, parfois, des personnes se retournent. Pourquoi ? Que pensent-ils ? Que je suis ivre ? Je m'explique : j'ai une démarche ébrieuse suite à un traumatisme crânien. Mais il ne viendrait pas à l'esprit de ces mêmes personnes que je puisse avoir besoin d'aide ou simplement d'une considération autre. Peut-être est-ce parce que tous ont besoin de références et, dès lors que l'on ne correspond à aucune case, on est exclu. Les différences font tellement peur qu'elles entraînent un rejet assuré. Le plus étrange est de constater que certains « exclus » sont les premiers à exclure les autres. Dans un groupe de traumatisés crâniens de Bordeaux, les uns rejettent les autres à cause de leurs sautes d'humeur liées à leur handicap. Pour sortir de la sphère des traumatisés crâniens, certains comme moi travaillent en alphabétisation, d'autres aux Restos de Cœur... Grâce à une tenue de stand au Forum Social Local, on a pu se rendre compte de la portée de notre engagement individuel. Le regard, admiratif, des visiteurs offre un sentiment de reconnaissance important pour chacun.

L'hôpital africain

Noëlle Lasne

Médecin généraliste

Il se dresse quelque part au milieu des arbres, sur une colline. Ce n'est pas une colline ordinaire. C'est une colline d'ordures. Un grillage troué sépare les derniers bâtiments de la décharge. De l'autre coté du grillage, des chèvres dansent et descendent la colline, droit vers le fleuve.

Le linge sèche dans les arbres. Il flotte dans les branches. Il s'accroche au balcon des galeries, aux ferrures couvertes de rouille. Il s'étale sur l'herbe. Soleil sur fond rouge. Zèbres sur fond vert. Fleurs sur fond bleu. Pagnes des marchés au tissu des jours de fête, bazains unis ou brodés, dont le drapé fait ployer les branches de arbres.

Pour laver le linge, il faut aller à la fontaine. Une main retient le vase en équilibre sur la tête. Silhouette de cariatide, enfant amarré par derrière au corps de sa mère, qui penche doucement vers le sol, pour actionner la pompe.

L'épaule se dénude, le corps est libre sous les voiles. A terre, de petites marmites noircies par le charbon de bois chauffent le feu. Une femme plume une poule. Des hommes aux mains couvertes de sang tuent le mouton. Ils tirent sur la bête avec une corde.

La bête vient d'un marché au bord du fleuve. Ils l'ont mise dans la pirogue avec les sacs de riz, le bois, les buffles, le sel en gros troncs d'arbres qu'il faudra scier sur le marché. Et ils l'ont conduite encordée jusque-là, dans l'hôpital.

Ils se sont installés à l'ombre, sous les galeries à claire-voie et se sont allongés sur les nattes. Ils dorment au milieu de la vaisselle en fer-blanc, des calebasses pour piller le mil, des théières en plastique et des cuvettes chinoises en émail. Une vieille femme trône sur un sommier, assise seule sous les poubelles rouillées qui soutiennent le toit en tôle. Ses pieds et ses jambes sont nues, mais elle porte sur la tête un voile bleu très pale, très fin, comme une reine.

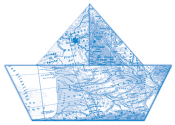
Les stores des chambres sont baissés. Lorsqu'ils s'ouvrent, c'est pour battre un matelas et l'aérer à la fenêtre. On fait comme chez soi. On fait comme si l'hôpital était hospitalier.

Ils ne l'ont pas conduit tout de suite à l'hôpital. Ils ont bien vu les premiers signes, mais personne ne pouvait l'emmener. Il est tombé malade juste au début de la saison des cultures ; quelques mois de pluie, pendant lesquels il faut semer, sarcler, récolter le mil. Forger les outils, creuser les calebasses, tisser les corbeilles. Faire venir la pluie.

Alors, il faudra qu'il attende. Et s'il est trop agité, on l'attachera.

Plus tard seulement, ils le conduisent. Mais ils ne l'abandonnent pas à la porte. Ils accompagnent celui qui est malade. Ils dorment à ses côtés. Ils lui apportent la nourriture. Ils lavent son linge. Ils nourrissent ses enfants. La nuit, ils allument des petites lampes chinoises à pétrole en s'adossant au tronc d'arbre. Ils vivent là, dans l'hôpital africain.

On manque de médicaments. On manque de lits. On manque d'ampoules électriques. Il faudrait refaire la peinture. On manque de médecins, d'infirmières de seringues, de papier, de blouses. On meurt en couches. On meurt de méningite. On meurt de malnutrition. On meurt de tuberculose, de paludisme. On meurt de faim.



Ils sont tous là, ceux qui descendent de lui et ceux dont il descend. Ceux qui lui sont proches, ses frères, ses voisins, ses amis, ceux qui lui sont chers et ceux qui veillent sur lui.

Ils sont entrés par la porte. Par où pénètrent, dans l'hôpital africain, le malade et ses accompagnants. Les femmes et les enfants, les chèvres et les sacs de riz. Cette porte devant laquelle nous nous tenons, obéissants et résignés, conscients qu'il faut laisser travailler les professionnels. Pour franchir la porte, tenir la main, s'asseoir au bord du lit, tendre le bassin, nous attendons treize heures, l'heure des hôtesses d'accueil et des visites, l'heure qui sépare la médecine de la vie, le soin de l'amour, la technique du désordre, l'heure des plantes vertes et des chocolats, comme si nous aussi nous perdions un peu d'humanité, car ce qui s'arrête à la porte de nos hôpitaux, ce n'est pas la vie, ni l'amour, c'est l'humain.

L'humain cesse à la porte de l'hôpital et cela nous a été enseigné comme une nécessité hygiénique. Nous avons appris à soigner dans cet ordre aseptique et irréfutable comme si rien de bienfaisant, rien d'efficace, ne pouvait se faire dans la pagaille des sentiments humains.

Il n'y a pas si longtemps, nous pouvions seulement te regarder à travers la vitre. Puis, on nous a dit que nous pouvions rester. Jour et nuit.

On sait bien que c'est parce que tu vas mourir. S'il était question de vie, tu appartiendrais à l'hôpital, Il faudrait te laisser avec les professionnels. On ne nous aurait pas demandé de rester.

Lentement, nous reprenons possession de ta chambre. Nous dormons couchés en rond autour de ton lit et l'un de nous, assis sur le fauteuil de skaï, tient toujours ta main.

Les infirmières enjambent nos corps pour ne pas nous réveiller. Nous nous faisons apporter des vêtements de rechange. Nous ne sommes jamais très loin. A quelques pas, à quelques mètres, à portée de voix ou de sonnette. Près de la machine à café ou dans le hall pour fumer une cigarette.

Nous n'allumons plus jamais le néon au dessus de ton lit. Nous avons apporté une petite lampe. Pour que, aussi loin que possible, ta chambre soit encore ta chambre et que ta vie soit encore ta vie.

Couchés en rond autour de ton lit, nous avons réinventé l'hôpital africain.

L'exil, un espace-temps entre deux portes

Jeanne L.

Kinésithérapeute

Petite, la misère n'était pas toujours facile à vivre, mais je pouvais quand même raconter des histoires à ma copine Ghislaine. Je lui racontais comment mon père empereur de Chine avait dû s'exiler, tout quitter, laisser ses trésors, ses tissus magnifiques, ses pierres précieuses. Nous étions assises toutes les deux sur les marches de ma maison, et on était bien.

Un jour d'été, au bout de la rue, j'ai vu un gros camion devant la maison, mon cœur s'est mis à battre plus vite, j'avais peur, nous étions expulsés. Ça c'est passé très vite, l'huissier m'a dit de regarder vite si je n'avais rien oublié dans ma chambre. Je ne sais plus, j'avais envie de me cacher dans un coin, mais non vite, il a dit : « il faut sortir », vite je voulais juste encore respirer les odeurs, et ces trésors cachés, ces secrets, « allez vite, dehors ». Les meubles sur le trottoir, assise sur les marches, la porte s'était fermée, c'était fini. Et les voisins qui regardaient curieux, sans rien dire et qui ne faisaient rien.

Comment est-ce possible ? Cela fait mal cette indifférence, où se cacher ? Où se mettre ?

Pour moi, l'exil a commencé.

Pas d'endroit pour poser ses paquets.

La douleur était trop forte, sensation d'éclatement, morcellement, sans peau, sans enveloppe, il faisait si froid, un froid qui pénètre jusque dans les os, qui s'inscrit dans le corps. Il faudra avancer sans lien, sans repère et surtout sans se retourner. A errer de longues années, la souffrance s'est faite de plus en plus pressante ; il y avait urgence. J'avais, je ne sais comment, la conviction que pour aller mieux, je devais prendre conscience de mon corps, l'occuper, l'habiter.

Plus tard, j'ai rencontré la thérapeute éclairée qui a su me donner la main, m'accompagner un bout de chemin, partager avec moi ses connaissances et, pionnière dans son métier, me transmettre ses découvertes sur la coordination motrice. J'ai appris à ressentir le mouvement comme un tout organisé et le bien-être de ces sensations coordonnées.

Je garde en mémoire cette vision d'un soir, un de ces mauvais soirs, où, pour la première fois, j'ai vu une porte s'ouvrir à nouveau. Cette séance, où j'ai réalisé dans un mouvement d'enroulement que je devais faire ce métier de soignant, je ressentais une telle détermination, que rien ni personne ne pouvait m'arrêter.

J'ai compris que mon errance se terminait, elle avait duré un espace-temps entre deux portes. Mon corps est devenu un ancrage solide à partir duquel j'ai pu me reconstruire et devenir à mon tour kinésithérapeute.

Résumé : La qualité de l'accueil dépend de notre capacité non de sédentariser, mais d'être nomades : une disponibilité pour pouvoir entendre l'universel dans les histoires singulières ?

Tous un peu des exilés

Entretien avec
Miguel Benasayag

Philosophe et psychanalyste

Pratiques : Nous souhaitions vous interroger au titre de philosophe engagé, d'exilé ayant vécu la dictature et de soignant… Nous recevons, en médecine générale, de nombreux exilés, ce qui nous pose la question de l'accueil de ce qui nous permet – ou nous entrave – pour pouvoir être accueillants. Comment peut-on laisser dire le vécu de l'arrachement, la nostalgie, la tristesse… ?

Miguel Benasayag : C'est compliqué, car il y a beaucoup de pièges là-dedans. D'une part, il y a le piège que l'exilé s'identifie trop avec son statut d'exilé. Comme toujours, du point de vue psychopathologique, ce n'est pas très bon, ça risque de faire interprétation unique de tout ce qui arrive. C'est une vérité, mais ce qui est vrai et mal articulé, devient un mensonge. C'est un piège courant de se balader avec son étiquette devant soi, ça devient casse-gueule, c'est comme une demande d'égards et d'asymétrie avec l'autre. Et tout le monde entre dans ce jeu-là. C'est le premier écueil, qui a très à voir avec la souffrance, très valorisée dans notre société. Il faut donc faire attention au iatrogène et ne pas ancrer l'autre dans une interprétation unique. Le problème, c'est quand on croit ce que l'on doit entendre de l'autre. Un exilé, il peut avoir envie de parler de sa patrie, de sa rupture, comme aussi de sa voisine de palier. La différence visible peut cacher des tas de trucs communs plus infinitésimaux. On risque de coincer l'autre à ne parler que de ces choses-là. Je me suis toujours opposé, du moins en théorie, aux consultations pour torturés. Un de ces centres spécialisé s'appelle « Le havre », moi j'ai toujours vu ça, en tant qu'ancien torturé, ou de famille de torturé – c'est très difficile de penser la torture de sa copine, de ses proches – ; j'ai passé un mois et demi en centre de détention, et en tant que soignant, j'ai toujours eu une attitude de rejet de ces centres, car c'est comportementaliste, à travers le corps, les gestes. Il me semble qu'il y a là quelque chose qui risque de nous ancrer dans une horreur, dans un vide. Donc attention, le problème de l'autre, c'est justement qu'on l'a collé à la torture, à l'exil, le problème ce n'est pas de le nier, mais de ne pas faire mentir une vérité.

On peut connaître le poids de l'histoire, mais parfois aussi il existe une ignorance ou une occultation des injustices, un manque de reconnaissance par déni ou révisionnisme. Ces silences sont dévastateurs sur la santé et le psychisme. Comment soigner ces silences ? Est-ce différent lorsque les faits ont un lien

De Miguel Benasayag
Les passions tristes, souffrance psychique et crise sociale,
La Découverte, 2003 ;
Résister c'est créer,
La Découverte, 2002 ;
La fragilité,
La Découverte, 2004

avec notre propre histoire, quand certains secrets sont aussi les nôtres ; par exemple à propos de la guerre d'Algérie, la situation des anciens harkis pris dans des conflits de loyautés, reniés des deux côtés… ?

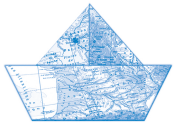
Oui, visiblement c'est différent. C'est une chose d'être exilé chilien ou argentin en France, ou lorsque des torts viennent du pays d'accueil. Un exilé latino-américain en France évoque l'exil, l'exotisme, des tas de trucs, mais rien qui soit un trou noir dans la mémoire française. C'est pour cela que, par exemple, les derniers travaux qui sont sortis sur l'organisation de la répression illégale en Argentine par l'armée française et les OAS dérangent beaucoup. Parce que la France nous accueille ici en tout bien tout honneur, et tout à coup quelque chose vient troubler…

Pour nous, on a plus de marge pour vivre notre exil de façon différente, c'est ça la question, c'est qu'on est pas seulement « exilés », on est exilé avec son histoire, ses trucs personnels. Pour les Algériens, il y a quelque chose qui les fixe plus.

Mais pour nous soignants ici en France, on a parfois des histoires avec cette guerre d'Algérie, nos propres non-dits de famille dans le placard…

C'est tout un sujet en soi ; je vois, avec les enfants d'immigrés que je reçois, une blessure ouverte qui ne permet pas d'aborder la question de l'exil comme on pourrait l'aborder dans un sens plus général en tant que soignant. On voit bien qu'il y a quelque chose qui passe par le corps, par la jouissance, par la circulation désirante même, et qui reste très piégé dans un corps qui souffre d'être colonisé, dans un corps qui n'est pas comme il faut, là vraiment la question qui touche l'Algérie, il y a tout un truc qui a à voir avec cette histoire-là et qu'on ne peut pas aborder par le biais de l'exil à mon avis, mais par la conséquence d'une guerre de décolonisation avec la métropole qui reste dans un rapport de néocolonialisme total. On a bien vu là Bouteflika qui voulait faire comme papa, qui fraude pour avoir exactement les mêmes résultats que Chirac, et alors il y a là quelque chose de très particulier, car être un Algérien en France ne peut pas se penser comme être un exilé en France. Il y a en permanence cette donne sociale et historique réactualisée tous les jours. A mon avis, on ne pourra pas éviter le conflit. Le problème, c'est que les sociaux-démocrates, avec cette vision républicaine qui est d'une grande violence, car elle nie toutes les singularités, mettent tellement en avant le commun – en tant que philosophe, moi j'appelle ça l'universel abstrait – « on est tous égaux » mais dans un univers inexistant dans la réalité. C'est ça, la violence républicaine, déplacer les hommes et les femmes, leur dire voilà l'image à laquelle vous devez coller : si vous voulez être intégrés, vous ne

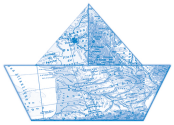
devez pas être vous. Ensuite, il y a eu une sorte d'illusion social-démocrate que les banlieues, c'était le prolongement de notre prolétariat, les pauvres, gentils. Et quand les jeunes issus de l'immigration ont refusé le modèle d'assimilation antiraciste « Touche pas à mon pote », on voit bien que la gauche s'est sentie trahie par les jeunes Beurs. Bref, ce message porteur d'une grande violence (« vous n'avez rien à faire avec



cette culture-là, vous êtes tout à fait autres »), c'est un peu l'antiracisme à la Benetton, c'est tous des clones – jaunes noirs blonds ou frisés, mais tous pareils – et ce modèle d'intégration-là s'est cassé la gueule. On voit bien qu'ils sont fâchés, et maintenant ils parlent tous en termes sécuritaires, « qui vole un œuf vole un bœuf », et à la télévision, ils vont chercher le bon client, le Beur qui va confirmer leurs phantasmes. L'autre jour, à une émission, on leur met la caméra : ils ont bien compris ce que l'autre voulait et comment avoir la caméra devant, en disant des conneries, violentes ou antisémites. Pour les banlieues, se serait comme quelqu'un qui nierait la maladie. Dans cette société tellement disciplinaire, on n'est pas capable de penser le conflit autrement que sur le mode de la terreur, sur le mode « il faut éliminer l'autre ». Et ils ne vont pas rester tranquillement en attendant quelle place leur donne le modèle dominant…

Si l'on revient à l'exil, peut-on parler de la fin de l'exil, quand on commence à prendre racine ? Est-ce une décision, à un moment donné, de rester ? Parfois les exilés deviennent eux-mêmes soignants (c'est votre cas), en quoi les exilés nous soignent… ?

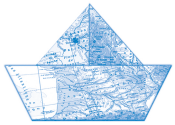
La fin de l'exil, c'est particulier, il y a plusieurs étapes. Tantôt on méprise dans nos vies l'importance de l'exil, tantôt on l'exalte. Ça va ça vient, l'histoire personnelle, comme l'histoire des sociétés, n'est pas linéaire, il y a des plis ; et tout à coup, quelque chose qui s'est passé il y a trente ans est beaucoup plus proche de nous que quelque chose qui s'est passé il y a deux ans. C'est comme si par un pli, deux points très éloignés se rapprochent, et quelque chose qui est très proche dans le temps devient lointain dans le vécu. Ces plis et replis sont permanents. Alors c'est vrai que de temps en temps, on est très proche du passé, on est dans l'exil, et tantôt non, c'est plus linéaire, alors on est plus dans l'intégration. Mais là, il y a beaucoup de choses à dire, très compliquées pour moi. D'abord, par exemple il y a deux façons de vivre son exil. L'une, c'est la façon un peu pathos, quoi, qui est de dire je suis un exilé et il y a un bloc qu'on appelle la France ; et ça, c'est un peu pathos, parce que c'est un peu prendre une identité imaginaire pour la réalité. L'autre façon, c'est de se rendre compte qu'être exilé, c'est occuper une place dans un sous-ensemble qui est intégré à ce qu'on appelle la France. Alors, pour moi, c'était comme ça, la France était là dessus un tout petit peu comme l'Argentine, où être un Italien, fils d'Italien, ou Turc signifie (il n'y a pas de logique communitariste comme aux États-Unis en Argentine, il y a simplement un mélange culturel, comme ça), simplement être un Argentin d'origine italienne. Personne ne va dire est-ce que je suis intégré ou pas. En tant qu'Italien, il appartient à cet ensemble composite qu'est l'Argentine ; il a une vision de l'Argentine. Il n'y a pas cette idée, même dans l'école communale, d'une « vraie Argentine », sauf groupes archi-minoritaires, fascistes, très très fascistes, alors là, eux à la limite, on se demande s'ils appartiennent à l'Argentine, qui sont les grands propriétaires terriens, des familles patriciennes qu'on appelle. Mais ces familles sont tellement ghettoïsées dans leurs casernes, dans leurs banques, dans leurs estancias… à la limite, pour ces familles patriciennes, un Indien n'est pas argentin non plus, quoi. Alors, moi, aussitôt arrivé en France, je me suis senti un peu comme ça, je me suis rendu compte que j'étais un exilé argentin en France, et que ce n'était pas par exemple comme en Allemagne, où il y a une Allemagne



qui existe qui fonctionne de façon étanche, par rapport à laquelle on peut coller, fonctionner bien en tant que métèque, mais on ne fait pas partie d'un sous-ensemble d'un ensemble qui est l'Allemagne et qui n'incorpore pas. Tandis qu'en France, il y a ce fonctionnement-là, d'une façon ou d'une autre, il y a toujours la possibilité même de se sentir archi étranger, mais c'est aussi une figure de l'ensemble des Français. Alors moi, j'ai été soignant très très vite, car j'ai passé mes équivalences, j'ai commencé à travailler en toxicomanie, et c'est vrai que ça me faisait drôle de commencer à travailler, à aider des gens français, qui me racontaient leurs problèmes de vie, d'existence, à moi qui avais des difficultés pour m'exprimer à l'époque. Alors j'ai été amené à penser en termes du commun et non pas en termes des différences ; car, en somme, la personne qui était là et qui souffrait et qui allait comme la merde était loin de voir en moi un pauvre exilé qu'il fallait aider. Cette inversion de rapports d'aide, ça m'a bien plu, parce que j'avais du mal à me voir dans la peau… je me souviens d'une blague d'une fille que je connaissais quand je suis arrivé qui me disait « à chaque fois que je te vois, je pense qu'il faut que j'adhère à Amnesty International ». Moi, personnellement, je me sentais tellement paternaliste par rapport à n'importe quel militant d'Amnesty, j'articulais, j'expliquais des choses qui devaient être très compliquées pour eux, et qu'elle voie en moi quelqu'un qu'il fallait aider, me semblait très drôle. Je me suis trouvé tout de suite dans un rapport très multiple, parce que tantôt j'étais moi-même un exilé, c'est un truc très fort de voir le drapeau français à l'école communale ; quand on commence à amener nos enfants nés en France à l'école, là tout de même il y a quelque chose qui rentre dans la machine ! Et après, il y a le moment auquel on se dit, je vais mourir en France… ou encore, par exemple, la surprise de parler avec des gens qui ont des souvenirs dans le quartier d'à côté. Car c'est vrai qu'être exilé, c'est n'avoir aucun souvenir là où l'on vit. Tous les souvenirs sont là-bas. C'est différent d'un déménagement de province, là il y a une idée de rupture traumatique, de cassure. On est en permanence accompagné par cette idée « qu'on n'est pas chez soi ». Le retour au pays nous fait sentir qu'on ne bouge pas impunément. La grande Histoire envahit notre petite histoire de façon catastrophique, ça c'est le commun de tout le monde.

On peut se dire pourtant que l'événement de la naissance, c'est déjà le premier exil, puis la nostalgie de l'enfance, la condition humaine : ne sommes-nous pas tous, un peu, des exilés ? Dans votre dernier ouvrage *La fragilité*, vous invitez à prendre appui sur ces deuils nécessaires du libre arbitre, de l'immortalité, de la toute puissance… Est-ce que ce sont ces résonances qui peuvent rendre accueillants ?

Un exil existentiel fait partie de l'être même de l'espèce humaine. L'accueil dépend de notre capacité non pas de sédentariser, mais d'être nomades. L'accueillant peut nier qu'il est lui aussi un exilé, ce qui explique l'attraction-répulsion envers l'exilé. Je suis peu d'exilés adultes, mais je travaille avec plusieurs enfants adoptés à l'étranger. A un certain moment, souvent à l'adolescence, parfois à 7-8 ans, ils deviennent très agressifs. On est bien dans un cas d'exil, de rupture non voulue. Dans mon cas, il existe une histoire noble à raconter, qui donne un plus absolu et permanent, très positif ; pour les enfants, il y a des parents adoptants qui vont chercher un enfant porteur d'un pays particulier. On pourrait modeler un individu comme si le paysage était un décor. L'exilé expérimente que le paysage n'est pas un décor. Toute la pourriture de notre société consiste à croire qu'un niveau supérieur de confort est un niveau ontologique supérieur. Un petit Brésilien sera mieux ici, dans une maison convenable, avec des vaccins à jour. C'est une cristallisation problématique de l'utilitarisme, qui implique tacitement qu'on saurait le sens de la vie des gens, où est le bien de l'autre, et on met



l'autre dans la m…. ; avec toujours cette justification : « il sera mieux ici ». On change le prénom, on fait table rase pour favoriser « l'intégration ». J'avais un couple de profs, engagés, qui étaient allés chercher un frère et une sœur colombiens. Ils avaient un système de punition quand ils s'appelaient de leur prénom d'origine…

Beaucoup de parents adoptifs maintiennent les liens avec le pays d'origine, préservent l'histoire de l'enfant… ça se passe mieux dans ces cas-là ?

En général, cela se passe mal : je ne connais qu'un exemple où ça va… la seule personne qui a compris que si elle a quelque chose à voir avec le Viêt-Nam (elle avait adopté deux sœurs vietnamiennes)… elle n'a qu'à y aller !

Il y a des mécanismes de blocage très fort. Je suis deux jumelles chiliennes arrivées en France à sept ans ; elles ne parlaient plus un mot d'espagnol à quatorze ans. Et on ne peut pas refouler la langue sans refouler en bloc d'autres choses. A la consultation, parfois je les plaquais par terre, je fais ça parfois avec les latinos. Je leurs disais « Fais gaffe, je suis un adulte de ton pays ». Mais elles ne vont pas bien ; la mémoire ne revient jamais, dans aucun cas que je connais ! Moi j'ai essayé de faire table rase, d'avoir une vie suradaptée, de ne plus parler de l'Argentine… et je me le suis reçu en pleine gueule.

Nous n'appartenons pas à une société accueillante. Certains d'entre nous ont travaillé à Sangatte ; on remet en question le soin aux étrangers, on demande aux médecins de signaler les familles en difficulté, de faire des radios aux jeunes mineurs étrangers pour déterminer l'âge osseux et pour voir s'ils sont légalement expulsables, on est dans l'inhumanité, et cette situation semble se durcir… que vous évoque cette réalité ?

Nous sommes dans des moments historiques où pour chaque soignant la question se pose au quotidien, où nous sommes confrontés à ces choix-là, non pas de prendre le maquis, mais de résister ou collaborer. Il n'y a pas de marge de manœuvre en dehors de ces choix-là.

Propos recueillis par Geneviève Barbier

Les exilés de l'amour ?

Sylvie Cognard

Médecin généraliste

Et tous ceux qui sont venus faire des études dans notre douce France, à l'âge où l'on tombe amoureux… Et qui y sont restés pour fonder une famille.

Certes, ils peuvent, en principe, retourner quand bon leur semble dans leur pays d'origine, rendre visite à leur famille de là-bas.

Encore faut-il avoir des sous…

Encore faut-il avoir des papiers en bonne et due forme, ou au prix de quelques acrobaties administratives avoir acquis la nationalité française.

Garder le statut d'étranger ? Renier sa nationalité première ou double nationalité ?

Encore faut-il que la famille de l'aimé(e) ait accepté son choix…

Encore faut-il que la famille du pays d'origine de l'exilé(e) de l'amour ait accepté son choix…

Transgressions d'interdits, mélange des cultures…

Nos deux amoureux s'embarquent pour une aventure semée d'embûches…

Quelques écorchures et quelques bleus à l'âme, que l'apprentissage de la tolérance guériront au fil des ans.

Leurs enfants sont citoyens du monde, fondant cultures et couleurs.

Ces parents, on les appelle les couples « mixtes », les statistiques disent qu'ils divorcent plutôt moins que les autres.

Résumé : Une soignante évoque la richesse de la rencontre avec les exilés et la multiplicité des outils conceptuels qui peuvent aider à devenir accueillants.

Résonances

Elisabeth Maurel-Arrighi

Médecin généraliste

Des questions cruciales et universelles

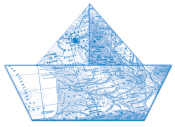
Quand un médecin accueille un exilé, reçoit quelqu'un qui a dû partir de chez lui, qu'est-ce qui le mobilise ? Pourquoi le fait-il ? Et comment ? Qu'est-ce qui l'aide à devenir accueillant ? La question est cruciale car, aujourd'hui, sous le prétexte que certains « abuseraient », le gouvernement veut exclure des soins les étrangers en quête de régularisation. Il veut démanteler les dispositifs législatifs qui donnaient les moyens de respecter l'impératif moral du serment d'Hippocrate. « *Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état et leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.* » (note : serment réactualisé par le Pr Bernard Hoerni, bulletin de *l'Ordre des médecins*, avril 1996).

Laisser le gouvernement et la société demander à la médecine d'abandonner le soin aux étrangers précaires, ce serait vider notre métier de sa substance, ce serait accepter que le lien social soit à géométrie variable, que le qualificatif d'être humain soit dépendant d'une décision administrative.

Or, le soin des exilés met en scène des questions humaines fondamentales d'arrachement et d'espoir, d'injustice et de dignité, de peur et de courage, de solitude et d'intimité. Ces rencontres sont riches de l'effort de surmonter ensemble les mille et unes difficultés de langues, de cultures, de papiers, d'accès aux soins. Si on prend le temps d'écouter, certes la fatigue est au rendez-vous de ces consultations, mais elle est contrebalancée par les émotions, c'est-à-dire des affects qui mettent en mouvement les deux protagonistes, le soignant et le soigné, et par le plaisir de trouver dans l'intime de la consultation quelque chose d'universel.

De vieilles histoires de valise

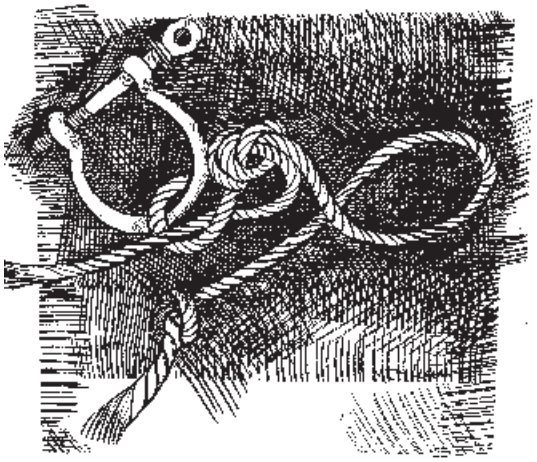
Probablement que pour chacun, il s'agit de rechercher où ces questions universelles résonnent dans sa propre histoire. Moi, je crois deviner quelles histoires d'exil de mon enfance je mobilise quand je reçois des étrangers, quels souvenirs heureux ou malheureux je vais chercher. Sans doute, il y a eu les visages de personnes aimées qui avaient quitté leur pays, visages qui ont été et sont encore pour moi synonymes de l'ouverture et du vaste monde, il y eu la perception à la fois des malentendus et des découvertes dans les différences de culture au sein de ma propre famille, il y a eu des récits de valises faites à la hâte, il y a eu des échos terribles d'une guerre plus lointaine. Certains d'entre nous n'ont jamais bougé de leur région ; pourtant tous, plus ou moins, nous avons été pris dans la fascination de l'ici et de l'ailleurs, qui dans un départ pour un internat encore enfant pour suivre ses études, qui dans un exil d'un parent à la capitale pour trouver du travail, qui dans un séjour à l'hôpital, qui dans la difficulté de se confronter avec des gens d'un autre milieu social… Et puis, plus tard, à notre âge



adulte, nous avons pu connaître des arrachements, des deuils, des séparations, et c'est là aussi que se construit l'empathie.

Aux avant-postes

Les médecins sont souvent les premières et, même, parfois les seules personnes « autochtones » que les étrangers rencontrent vraiment. Un médecin, ça écoute, du moins on l'espère, ça touche la peau, ça s'intéresse au quotidien de la vie. Avec qui d'autre ces immigrés cantonnés dans des foyers logements ou des squats insalubres peuvent-ils être dans une relation d'intimité, où se livrer, où chercher du réconfort et de l'aide ?



Les institutions qui peuvent faire interface ne sont pas nombreuses, la médecine, l'école, le travail social. A une époque où l'intégration sociale était encore une réalité, où existait l'espoir d'une ascension sociale par le travail, l'école a rempli ce rôle pour certains enfants étrangers. Des institutrices ont fait office de marraines pour ouvrir les portes de la société. La violence du chômage et de l'absence de perspective rend de plus en plus difficile la bonne volonté des enseignants. De même, les travailleurs sociaux sont tellement démunis en moyens qu'ils sont souvent découragés et exaspérés de ne pouvoir répondre à la demande.

Au moins, nous, les soignants, nous avons nos mains pour toucher, nos oreilles pour écouter et, avant que l'exclusion des soins ne soit programmée par le gouvernement, nous pouvions prescrire des examens et des traitements.

Ce rôle d'ambassadeurs aux avant-postes de la frontière qui est donné à la médecine, acceptons-le de bon cœur. C'est un honneur de pouvoir offrir l'hospitalité de nos soins, dans une société qui en a oublié le sens.

La question des abus

La question de certains « abus » prend alors un autre sens : quand une personne nous demande des « grisgris » occidentaux, douceur et sollicitude de la crème pour la peau, purification et antisepsie des savons, peut-être qu'elle atteste qu'elle veut bien se mettre sous la protection de nos croyances, et que les onguents symbolisent la recherche de contacts souvent refusés dans notre culture froide et inhospitalière. Elle nous fait crédit que nous aussi, nous pouvons être hospitaliers. Ce renversement de perspectives peut aider les soignants à moins se sentir manipulés.

De même, dans les demandes de médicaments, certains sont destinés à des proches. Autour de ces modestes « trafics » de paracétamol, et autres aspirines, qui correspondent à des sommes extrêmement dérisoires, il s'agit souvent de mettre en scène l'histoire en poupée russe de la solidarité humaine, où quelqu'un aide quelqu'un qui aide quelqu'un d'autre. Cela en soi est thérapeutique, car il atteste du lien familial distendu par la distance.

Bien sûr, par contre, il y a d'autres trafics à combattre, où des mafieux organisent des profits juteux, ici ou ailleurs, avec des produits de substitution en toxicomanie, ou en détournant d'autres médicaments contre l'ulcère pour être vendus très chers comme abortifs dans le Tiers-Monde. Là, bien sûr, il faut savoir refuser fermement.

Des priorités multiples

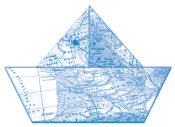
Les étrangers en situation de précarité ont des questions multiples, ne pas être expulsés, ne pas être contrôlés dans le métro, avoir des papiers en règle, trouver un logement, avoir un travail même au noir pour manger, être habillés chaudement. La question de la santé vient loin derrière ces préoccupations vitales. Alors, quand ils arrivent à venir consulter, l'ordre des priorités n'est pas le même pour le médecin et le patient. J'ai parfois envie de m'énerver devant des rendez-vous manqués, un traitement arrêté, des examens non faits et puis, au décours de la consultation, je m'aperçois de façon presque incidente

d'impossibilités radicales, la peur d'être renvoyé par son employeur en cas d'absence, le manque d'argent pour renouveler des médicaments, des catastrophes, des maladies, survenues chez des proches dans le pays d'origine. Alors il faut savoir naviguer sur plusieurs registres, avoir identifié un réseau d'aide auprès d'associations, de maison de la justice, de travailleurs sociaux, et en même temps exercer notre sollicitude de médecin, en sachant que comme d'habitude en médecine sont importants autant le soin technique que la façon de le donner.

Reconnaître la réalité de l'arrachement et de l'insécurité

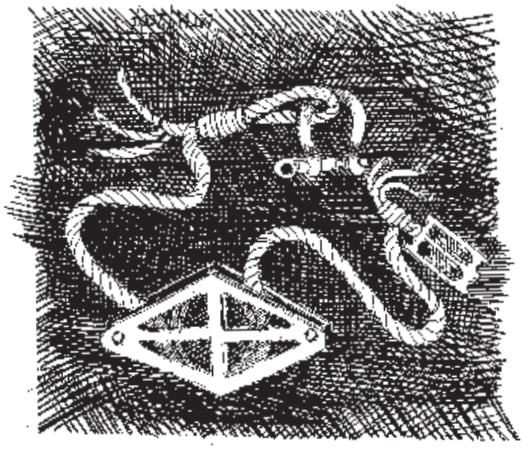
Que ce soit pour des raisons économiques ou à cause de persécutions, ceux qui ont dû partir et qui arrivent chez nous ont vécu un arrachement. Ils ont « choisi » de fuir qui la misère, qui l'oppression, mais ils vivent tous le manque des lumières, des saveurs, des sonorités de leur pays, l'absence des êtres aimés. Comme le dit Kundera dans son ouvrage *L'ignorance,* « le jour lui montrait le paradis qu'elle avait perdu, la nuit l'enfer qu'elle avait fui ». Cette nostalgie est tue par pudeur par celui qui sollicite l'hospitalité, comme si elle était indécente. L'espoir de trouver un refuge, de rencontrer un pays de liberté et d'ouverture se heurte à la dure réalité de l'indifférence, voire de l'hostilité du pays d'arrivée. Alors nombreux sont ceux qui le jouent profil bas et silencieux. Quand quelqu'un arrive à dire ce qu'il regrette de son pays, à me raconter comment c'était beau, c'est qu'il est ici depuis longtemps, c'est que déjà il se sent autorisé à être là, qu'il a trouvé un peu sa place. Que, au moins, il a réussi à s'adapter.

Je vois beaucoup de femmes de mon âge déchirées d'avoir laissé au pays leurs enfants confiés à leur propre mère, pour gagner de quoi les nourrir et leur payer des études. Tant qu'elles n'ont pas eu des papiers en règle, elles ne peuvent rentrer au pays en vacances, de peur d'être empêchées de revenir ici. J'ai en tête les larmes de ces femmes qui n'ont pas vu leurs enfants depuis parfois huit ans, et leur sourire quand enfin le récépissé de la préfecture signe des retrouvailles possibles.

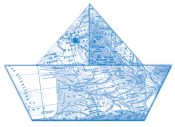


Le danger d'un culturalisme qui exclue

Les étrangers qui arrivent ici ne sont pas accueillis, ils sont relégués, bannis dans des banlieues, promis aux travaux dangereux, aux expositions aux produits chimiques, ou au chômage. La société ne sait pas reconnaître la chance d'accueillir des personnes fortes de leur courage et même, pour certaines, de leurs diplômes, et s'étonne que la vie en ghetto pose des problèmes. Au lieu de prendre acte des inégalités sociales, on invoque un problème de culture pour expliquer les difficultés. Les institutions ont budgétisé à usage des dispensaires de Protection Maternelle et Infantile, des Centres Médicaux Psychologiques et des maternités des consultations dites d'« ethnopsychiatrie », où en quelques séances courtes, un dispositif de plusieurs thérapeutes saurait identifier la « spécificité » culturelle du patient et inventer un traitement adapté à sa culture.



Une chose est que les soignants soient curieux de la culture de l'autre, s'intéressent à l'anthropologie, qu'ils se fassent aider par des interprètes, autre chose est qu'on constitue un corps de soignants spécifiques. On peut craindre que cela ne corresponde à un « créneau », comme les « spécialistes de la victimologie » se sont déployés pour occulter la destruction du lien social et du collectif. Par exemple, la crainte de l'expulsion, de la reconduite aux frontières rend tous les képis inquiétants, fait éviter de prendre le métro. Il me semble que beaucoup d'hypertensions artérielles sont liées à la peur et au stress du manque d'argent. Alors, le traitement requiert certes des



molécules pharmaceutiques, mais aussi que des mots soient mis sur cette peur.

Ceux qui ont vécu des atrocités, qui ont perdu leur famille dans des massacres, sont pris dans des cauchemars qui ôtent le sommeil et laissent les personnes épuisées et terrifiées. Certains me disent l'horreur de voir nuit après nuit leurs morts encore vivants. J'essaie de traiter ces insomnies en donnant des produits « apaisants » comme le théralène, tout en soutenant une posture modeste. « Je ne sais pas ce que disent chez vous les médecins quand on rêve de voir vivantes des personnes proches décédées. Ici, on pense que c'est un bon rêve qui dit qu'on rend hommage à la personne morte, que l'on proteste contre l'injustice du fait que la personne ne soit plus vivante, que c'est une manière d'honorer sa mémoire. » Je crois que ces paroles qui accompagnent l'efficacité de mon médicament la renforcent, car dans le même mouvement, j'évoque les savoirs de chez eux et prends appui sur mes concepts de ma culture psychanalytique et politique.

La subversion et le poids de l'Histoire

L'Histoire est au rendez-vous de nos consultations avec les exilés et avec leurs enfants. Les souffrances liées au déni des violences cachées réapparaissent d'une façon ou d'une autre. Le désir de révolte, les stratégies d'adaptation, le besoin de subversion prennent alors des chemins détournés qui requièrent d'être entendues. Esclavage, colonisations, rapport Nord/Sud, déportations, enfermements, tous ces événements se traduisent en pathologies. Par exemple, quand je vois des hommes originaires des Caraïbes avoir un comportement machiste, voire exploiteur vis-à-vis de leurs compagnes, j'essaie pour les aider d'évoquer leurs ancêtres esclaves qui ne pouvaient pas protéger leurs femmes contre la violence des propriétaires blancs. Quand je vois des personnes venues du Portugal développer des stratégies de survie faites de patience et de modestie, qui rendent compliquée la révolte et qui provoquent des troubles, ulcères d'estomac, tensions musculaires, je rappelle le poids de la dictature et de la misère sous Salazar. De même, quand je sens d'anciens protagonistes de la guerre d'Algérie, rapatriés pieds-noirs, harkis, ressortissants algériens paralysés, j'énonce combien eux-mêmes ou leurs parents ont dû être déchirés par des conflits de loyauté.

Bref, quand je sens qu'un non-dit de l'Histoire plane, j'essaie de le dire.

Une chance à saisir

« Étrangers, ne nous laissez pas seuls avec les Français ». Cette pancarte des manifestations antiracistes d'après le 21 avril 2002 rappelait combien l'accueil est un enjeu vital d'ouverture pour nos sociétés. Je suis souvent prise d'admiration pour beaucoup de mes patients exilés, pour leur mélange de générosité et de courage, d'ouverture et de sagesse. Il me semble que beaucoup d'étrangers se retrouvent en position de « soignants », enseignants, artistes, femmes de ménage, qui auprès de leurs élèves, qui dans l'aménagement de l'espace public, qui dans des maisons de retraite. Dans mon carnet d'adresses des personnes ressources précieuses, il se trouve beaucoup d'exilés qui ont su déployer des qualités d'inventivité, faire acte de solidarité. Poussés chez nous par les difficultés, voire les tragédies de la vie, ils nous invitent à sortir de nos isolements et à entrer dans cette fraternité des frontières, eux qui ont tout perdu et qui savent que le lien est notre bien le plus précieux.

Ces deux dessins sont de Teresa Montiel, artiste chilienne résidant en France, et font partie d'une série intitulée « Amarres ».

Résumé : Un médecin propose des pistes pour dépasser les difficultés et malentendus qui traversent la relation thérapeutique avec les exilés.

Accueillir un exilé

Entre paroles et souffrances

Philippe Regard

Médecin généraliste

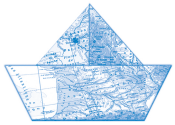
L'exil, quelles qu'en soient les causes et même s'il est motivé par un espoir démesuré d'une vie meilleure, est toujours une souffrance de l'être. Les raisons de l'exil n'ont rien de plaisant, et s'inscrivent comme une cicatrice douloureuse dans la vie des exilés. Les médecins et soignants qui rencontrent des exilés, les romanciers (1) tous en sont les témoins, et mettent en évidence cette blessure souvent liée au fait de cacher ou de ne pas dire son histoire, de la garder à l'intérieur de soi, et de la verbaliser par son corps au prix de violences parfois inouïes.

Pour le médecin généraliste que je suis, confronté à des situations d'exil, comment intégrer l'histoire de ces patients déracinés, tous ces non dits honteux, culpabilisants, ou trop douloureux ? Et cette souffrance essentielle que représente le vécu antérieur dans un projet de soins qui leur permette d'être soulagés et de mieux vivre dans le pays dit d'accueil ?

Comprendre ou entendre ?

Mme M., maman de six enfants, avec un diabète tout à fait déséquilibré et plein de kilos en trop. Comment imaginer un régime, alors qu'un fils est en prison et qu'un autre fils de 19 ans est décédé il y a un an et demi à la suite d'un accident (il venait de voler le véhicule qu'il conduisait sans permis) ? Ses mots sont « Il m'a fait ça », alors que mes mots à moi, sont « Comment peut-elle faire son deuil ? » et « Comment puis-je équilibrer son diabète ? ». Le problème devient éthique, car je ne peux m'empêcher de penser que les chances (l'avenir ?) ne sont pas les mêmes pour tout le monde. Je ne sais plus tout à fait où j'en suis : comprendre le déséquilibre de son diabète en sachant les complications prévisibles ? Je vois bien qu'elle est en danger et que son espérance de vie est diminuée, qu'elle n'arrive pas à m'entendre et que je ne sais pas comprendre ses réticences et en même temps lui faire accepter un régime qui lui est certainement indispensable.

M. K. n'a lui aussi pas de chance…. père de quatre enfants encore vivants, il a eu un accident de travail au cours de son métier de maçon, une hernie discale, qui a été opérée à multiples reprises et il va mal. Il y a deux ans, il a été doublement endeuillé par les décès brutaux à huit mois d'intervalle de sa grande fille, puis de son épouse. Un an plus tard, il se marie avec la sœur cadette de son épouse décédée, qui a 20 ans de moins que lui, comme cela se fait traditionnellement dans son pays. Elle a un désir d'enfants, mais ça ne marche pas. Est-ce à cause des médicaments ?.. Les bilans de la jeune femme sont normaux. Ni lui, ni moi n'arrivons à évoquer la sexualité qui pourtant doit bien être au cœur du problème avec une telle histoire. Il ne com-



prend pas mon impuissance (mais également la sienne) à faire venir ce bébé. Le médecin que je suis devine que cela est difficile. A nouveau, je comprends et je ne comprends pas. Je sens confusément que tout cela a à voir avec son vécu, ce vécu en France, et également avant, sa famille marocaine… Jamais il ne m'a dit comment, dans quelles circonstances il est parti de son pays d'origine… Mais lui ai-je au moins posé la question ?

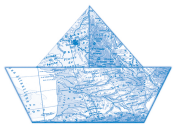
Ces deux histoires montrent combien les mots de ces patients en souffrance d'une autre culture, loin de chez eux, tiraillés entre les attentes de la communauté du pays et celle de pouvoir vivre normalement dans ce pays dans lequel ils vivent, combien les mots de ces patients sont parallèles et ne se rejoignent jamais avec ceux du médecin qui cherche à les soigner avec ses médicaments, ses radios, ses spécialistes et même son écoute. Cette non-rencontre est à l'origine d'un immense décalage parfois conscient, souvent inconscient. Pointer les difficultés psychologiques du moment n'est pas suffisant pour réconcilier ces patients avec leur passé d'avant l'exil.
Ce vécu est-il si douloureux qu'il ne soit dicible que par les maux du corps ?

Les mots et leur traduction

Au cours des séances « entretiens santé » organisées par l'Association Migration Santé en direction de femmes immigrées maghrébines et turques, les problématiques tournent toujours autour de la difficulté de la traduction des mots, et de la compréhension imparfaite des prescriptions médicales, source de « malentendus » et de bien des déconvenues. La dernière séance à laquelle j'ai participé avait pour thème le « mal de dos ». Lorsque le médecin prescrivait de la kinésithérapie, les femmes entendaient des séances de massage qui ont une forte présence dans leur culture (et ils savent très bien faire). A la réflexion, il est apparu que le mot « kinésithérapeute » n'existe pas en arabe. L'animatrice de Migration Santé a tenté en vain de faire trouver aux femmes (y compris à la traductrice) un équivalent du mot kinésithérapeute et il semble que cette activité n'existe pas dans la culture arabe. A chaque fois qu'un médecin prescrira à la personne immigrée de la kinésithérapie, celle-ci comprendra massage. L'activité de kinésithérapie n'est de toute évidence en notre pays pas identifiable au massage… Le risque d'incompréhension est majeur si le prescripteur et le kinésithérapeute ne sont pas au courant de cette difficulté de langage et de culture. Les exemples de ce décalage linguistique sont multiples quand on consulte des exilés ou des immigrés. Les mots, leur traduction (y compris les traductions approximatives par des enfants, des proches, ou le conjoint), le décalage de signification des termes sont des sources de conflits (souvent non verbalisés et pour cause !) entre les immigrants et les soignants

Garder en mémoire la double vie des immigrants

A cette difficulté de communication, et à cette perception des décalages de traduction, le médecin est mal formé. Il est souvent dans l'incapacité de faire passer des messages de prévention, des conseils de vie, et de comprendre ce qui se passe dans la relation aux patients exilés. Pourtant, il lui appartient dans une pratique dite de « systémique » d'entendre les souffrances des patients dans leur contexte d'origine, mais en se rappelant que les maux sont exprimés et adaptés (quelquefois à contresens) pour être entendus du thérapeute. Bien des biais (qui parfois nous irritent, en particulier en ce qui concerne les comportements des patients en situation d'exil) sont utilisés dans ce sens et provoquent des réactions négatives (pour ne pas dire d'agressivité ou de stigmatisation). Il faut le dire, il y a des jours où je ne supporte plus les enfants qui mettent la salle d'attente sens dessus dessous, les rendez vous manqués, les retards systématiques aux rendez vous, les marchandages aux médicaments… La tentation est grande de généraliser tel ou tel



comportement individuel à l'échelle d'une communauté entière, et ce type de généralisation simplificatrice fait le lit des discriminations raciales.

Il faut être clair : pour prendre du recul vis à vis de ces aspects parfois irritants, tout soignant a besoin dans sa pratique thérapeutique de prendre en compte, d'avoir en tête, cette mémoire des patients, cette vie antérieure dans leur pays d'origine (souvent non dite comme nous l'avons vu). Cette condition, même si elle n'est pas suffisante, est nécessaire pour mettre en jeu des processus de soins positifs afin d'améliorer la vie des patients exilés, ce qui est l'enjeu même de notre métier.

Quelles pistes pour approcher l'exilé malade ?

Rares sont les lieux où ont été tentées des expériences pour mettre en lien les personnes exilées avec leur passé et proposer des soins pour les pathologies liées à leur déracinement (2).

Il faudrait vraiment que les soignants se voient proposer des formations à l'anthropologie au cours de leurs études ou dans leur vie professionnelle. Actuellement, cela n'existe pas dans la formation initiale des médecins, et c'est tout à fait marginal dans les offres de formation médicale continue. Dommage, car pour certains soignants, les consultations de populations en situation d'exil constituent une large part de leur activité.

Une autre idée pourrait être celle d'une consultation multidisciplinaire comprenant un interprète (non en lien avec la personne exilée), un médecin, un psychologue et un acteur social. La confrontation des points de vue serait théoriquement très positive pour mieux appréhender (même si ce n'est pas forcément suffisant) la personne en situation de déchirement exilaire.

Ces consultations sont rares et pourraient être multipliées, mais ce genre de revendication est habituellement absent des discours syndicaux médicaux représentatifs…

Conclusion

Accueillir un exilé, sa famille et son histoire nécessitent toujours un travail important de compréhension, de représentation de ce que vit ou a vécu l'autre, et d'humilité. Les consultations sont exigeantes et prennent du temps, elles ne sont jamais faciles. Mais en contrepartie, le soignant n'aura rien à regretter, car il y aura gagné en découverte, en richesse culturelle et en émotions. Tous ces liens qui se tissent restent un immense cadeau que les exilés font aux soignants auxquels ils font appel.

Note :

Un service d'interprétariat au téléphone existe, auquel peuvent avoir recours les institutions (hôpitaux, dispensaires), mais dont le caractère payant limite actuellement son utilisation en médecine générale. La prise en charge de ce service par la Sécurité sociale serait une revendication très utile pour l'amélioration de la qualité des soins.

ISM interprétariat (Interservice-migrants), 251, rue du Faubourg-Saint-Martin, 75010 Paris - Tél. : 01 53 26 52 50 Fax : 01 53 26 52 51 - ism.interpretariat@wanadoo.fr

---

1. Par exemple, j'ai en mémoire Milan Kundera (*L'ignorance*, Gallimard, 2003) ou Nancy Huston (*L'empreinte de l'Ange*, Actes Sud, 1998)

2. Cf. Marie-Rose Moro (*Enfants d'ici venus d'ailleurs*, Ed. La Découverte, 2002), voir page 26.

Le recours aux interprètes a un retentissement différent selon qu'il s'agisse de professionnels au sein d'association de médiation ou des enfants des patients, et nécessite que les soignants y soient attentifs.

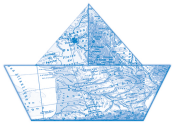
De l'interprétariat à la médiation sociale

Jean-Robert Pradier

Médecin généraliste

Au début des années 80, des militants associatifs, engagés à Nantes dans la défense des droits des immigrés, prennent conscience des difficultés supplémentaires que la maladie génère chez les migrants et leurs familles, notamment en cas d'hospitalisation. Aussi, participèrent-ils à la création de l'Association Santé Migrants de Loire Atlantique (ASAMLA) afin de faciliter, en respectant les cultures, l'intégration dans le domaine de la santé des populations issues de l'immigration. La première préoccupation fut alors de constituer une équipe d'interprètes pour créer une possibilité de communication entre les immigrés et les soignants. Ces interprètes seront salariés par l'association suivant la convention collective des personnels des centres sociaux. A cette période, ils exercent leur fonction d'interprétariat dans les hôpitaux du CHR et lors des consultations de protection maternelle et infantile des quartiers à forte densité immigrée. Au CHU, ils assurent à tour de rôle une permanence où ils sont sollicités aussi bien par les soignants que par les migrants eux-mêmes. Les interprètes sont donc présents dans la relation soignant-soigné pour faciliter la communication. Mais au-delà des mots, ils doivent non seulement faciliter la communication, mais aussi la compréhension entre des personnes de culture différente, et dissiper les malentendus. L'interprète, qui a la même culture d'origine que le migrant, doit être capable de replacer un symptôme, une plainte, un comportement, dans son contexte culturel et de l'expliquer au soignant. Il faut éviter que le migrant ne soit pris pour un simulateur parce que l'expression de sa plainte ne correspond pas aux signes appris dans les manuels de médecine. En contrepartie, l'interprète doit être capable de faire accepter un examen, une prise de sang... que des habitudes culturelles poussent à refuser. L'interprète joue aussi un grand rôle dans l'explication d'un diagnostic, la compréhension et le suivi d'un traitement. Pour cette fonction de médiation, les interprètes, bien sûr tenus au secret professionnel, suivent une formation à raison d'une demi-journée par mois. Cette formation intéresse tous les secteurs de leur activité : connaissance des structures hospitalières et médico-sociales, réflexion sur le concept de santé, notion d'éducation pour la santé, réflexion sur la pratique (le statut, le rôle, la neutralité difficile face à quelqu'un de sa culture), la législation des immigrés, l'analyse de cas, etc. Les interprètes médiateurs interviennent dans tous les services hospitaliers. Les sollicitations les plus importantes concernent la pédiatrie, la gynécologie, la maternité et plus récemment la consultation PASS (permanence d'accès aux soins de santé, destinées aux personnes en situation de précarité ou de pauvreté). Mais la demande vis-à-vis de l'association s'est globalement modifiée avec l'évolution de la société. Ainsi dans les centres médico-sociaux, les interprètes-médiatrices présentes pour les consultations de PMI, ont progressivement été sollicitées par les autres travailleurs sociaux pour un accompagnement social. En 2002, il y a eu 275 accompagnements sociaux avec une aug-

Association Santé Migrants
21, allée Baco
44000 Nantes
Tél/Fax. : 02 40 48 51 99
e-mail :
santemigrants.nantes
@wanadoo.fr



mentation de 57 % par rapport à l'année précédente pour 332 médiations en consultation de PMI. Au niveau de certains quartiers, ce travail de médiation est tellement reconnu que les interprètes-médiatrices sont considérées comme des partenaires et intégrées dans les différents réseaux. Quant aux permanences du CHU, elles ont été repérées petit à petit comme un lieu ressource par les migrants et 20 % des visites sont pour des « demandes sociales » : traduction de documents administratifs, dossiers de retraite, dossiers de CMU, carte de séjour... Un 3e secteur s'est ensuite ouvert au champ des interprètes : les établissements scolaires. Il s'agit en général d'une médiation pour faciliter la communication entre un enseignant et un parent maîtrisant mal le français. On peut aussi demander à l'interprète d'être présent à un conseil de discipline ou lors de la remise des bulletins scolaires aux parents. L'association peut aussi être demandée pour des médiations collectives, comme par exemple lors d'actions passerelles pour faciliter l'entrée en maternelle ou le passage de maternelle en primaire. Le budget de l'ASAMLA est assuré en majorité par le FASILD (fonds d'aide et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations) avec également un financement de la ville, du Conseil Général, de la DASS… Aussi avons-nous tremblé pour notre survie lors du gel du budget du FASILD en 2003. Mais une mobilisation importante s'est développée pour sauver l'association et il semble que l'avenir soit plus serein. Sur le nouveau programme du FASILD, nos subventions sont maintenant assurées sur deux secteurs précis : l'accès à la prévention sanitaire et aux soins par l'interprétariat social et le soutien à la parentalité. Cet obstacle passé et grâce à la reconnaissance de son travail, l'ASAMLA se prépare à franchir une nouvelle étape. Un poste d'Agent de Développement Local pour l'Intégration (ADLI) en direction de la communauté turque va être créé en Loire Atlantique et confié à une interprète-médiatrice de l'ASAMLA.

Enfants interprètes

Catherine Jung

Médecin généraliste

Les adultes racontent leur vécu d'enfants et d'interprètes. Très jeunes, ils sont sollicités pour accompagner leurs parents dans leurs démarches administratives et de soins. Les parents arrivent dans un pays où tout est étrange, compliqué, y compris de dire ce qu'on ne sait pas faire (remplir un formulaire, connaître une adresse…). Leurs enfants ont la chance d'être scolarisés, mais en échange, ils assument des démarches qui, dans leur pays d'origine, devraient revenir à leurs parents. Les parents sont tout à la fois fiers de leurs enfants et en difficultés dans leur fonction parentale. L'enfant devrait pouvoir être celui qui ne sait pas, il devrait pouvoir être accompagné dans son apprentissage. Ici, dans le pays d'accueil, les parents perdent en partie cette compétence, et l'enfant doit se débrouiller seul.

Dans sa fonction d'interprète, l'enfant est en difficulté à plusieurs niveaux. Tout d'abord, il faut trouver les mots pour traduire. L'exercice de la traduction est difficile. Par exemple, le mot turc *ates* signifie fièvre, mais aussi feu, ou qualité de ce qui est chaud… L'enfant perçoit cette difficulté comme liée à son ignorance, alors que les adultes, professionnel ou patient, n'imaginent pas qu'il n'y a pas toujours d'équivalence mot pour mot d'une langue à l'autre. Le médecin qui utilise des termes médicaux rajoute une difficulté supplémentaire. Les enfants élevés dans le respect des adultes, et aussi la crainte du médecin, ne savent pas dire qu'ils ne comprennent pas. C'est au professionnel de repérer que l'enfant ne trouve pas les mots. Un médecin qui dans cette situation est rassurant, utilise des images, propose d'autres mots en français, est d'une grande aide pour l'enfant. Latifa raconte comment elle a été rassurée par un médecin, qui avait bien perçu les difficultés de sa position et qui disait : « C'est pas grave, on va y arriver ! »

Les enfants racontent aussi la difficile rencontre de deux cultures, entre le médecin pressé, qui cherche à aller à l'essentiel et la mère ou le père, qui a besoin d'un discours imagé et pleins de circonvolution pour exprimer sa plainte. L'enfant perçoit bien l'agacement du médecin. Il peut avoir honte de ses parents et la traduction sera alors réduite au strict minimum. La mère parle plusieurs minutes et la traduction sera « Elle dit qu'elle a mal à la tête ». Cette attitude est nuisible à la relation parents-enfants et n'amène rien dans la consultation. Nous, médecins, pouvons être attentifs à cela.

Et puis, il y a la peur de mal faire. Les enfants perçoivent bien leur responsabilité en tant qu'interprètes des maladies de leurs parents. Ils ont peur de mal traduire, mal comprendre. Hatice me rapportait son inquiétude dans une situation d'annonce de handicap. Elle se sentait investie d'une responsabilité vis-à-vis de l'enfant handicapé. Elle rapporte que sa crainte a encore été aggravée par les questions que les parents lui ont posées après la consultation, questions qu'ils n'ont pas pu ou pas pensé à poser au médecin. Elle se sentait coupable de ne pouvoir y répondre.

Il y a aussi la pudeur. Il n'est pas facile de percevoir le moment de la consultation où l'enfant doit sortir pour ne pas gêner son père ou sa mère, sans nuire à sa fonction d'interprète. L'initiative est trop souvent laissée à l'enfant. Les professionnels « oublient » de leur permettre de sortir au moment du déshabillage de leur parent.

Et enfin, les professionnels devraient se rappeler que les enfants ne sont pas neutres, ils sont concernés par la santé de leurs parents. Ahmed m'a dit : « Je vois bien que maman est très malade, elle vient souvent et les médicaments ne l'aident pas ? » J'ai oublié que, dans cette histoire, il vient traduire, mais c'est de la santé de sa mère dont il est question.

Les enfants de migrants facilitent grandement les liens entre leurs parents et la société d'accueil. Il me semble qu'il est de notre responsabilité de percevoir leurs difficultés et de leur faciliter la tâche.

Migrations Santé Alsace, *Paroles de l'autre*

L'association Migration Santé Alsace met à disposition des hôpitaux de la région et des services sociaux des interprètes dans toutes les langues de l'immigration. C'est à partir de cette expérience qu'elle vient d'éditer un petit livre conçu comme un manuel de l'interprétariat, pour expliciter les règles du métier. Les interprètes de l'association y font part de leur difficile position, intrus dans un colloque habituellement singulier entre médecin et patient ou travailleur social et usager du service. Ils témoignent de leurs exigences éthiques : le respect du secret professionnel, la neutralité de l'interprète qui n'est ni du côté du professionnel ni côté de l'usager. Ils racontent ce que traduire veut dire. La deuxième partie a été écrite par des partenaires usagers du service d'interprétariat. Cette partie plus théorique témoigne de l'utilité d'un interprète professionnel et des effets produits par leur présence. Ce livre est utile à tous ceux qui accueillent des publics non francophones.

Catherine Jung

A commander auprès de :
Migrations Santé Alsace,
1, rue Martin-Bucer,
67000 Strasbourg
prix : 10 €
(+ 1,50 € de frais de port)

Résumé : Une habitante relais évoque le quotidien de son travail pour accompagner les personnes exilées dans leurs démarches de santé, et donne des outils pour les professionnels de soins.

Il faut parler

Entretien avec
Augustine Ibomabeka

Habitante relais à l'ASBE

Augustine, vous êtes « habitante relais » dans l'association santé/bien-être de Saint-Denis, pouvez-vous nous présenter l'association et le rôle des habitants relais ?

Augustine Ibomabeka : L'association santé/bien-être (1) s'occupe de la santé au sens large, nous sommes là pour l'amélioration des conditions de vie des personnes, qu'elles soient bien logées, se nourrissent bien, et qu'elles aient des droits. Le but est qu'elles soient un peu mieux dans leur tête, leur corps et l'environnement social. On débrouille les problèmes d'accès aux droits. Quand quelqu'un a un problème de logement, on l'aide pour ce problème. On soigne quelqu'un dans sa globalité. Nous sommes actuellement cinq habitants relais. Nous avons été recrutés par les travailleurs de la cité, en tant que personnes disponibles et volontaires pour aider les autres. Ils nous ont offert une formation.

Moi-même, je vis en France depuis 1990, je suis venue du Congo Brazzaville rejoindre mon mari qui était étudiant, en rapprochement de couple. Nous devions repartir en 1993, mais nous avons décidé de rester ici, car il y avait la guerre dans notre pays. Nous avons eu une carte de séjour de 10 ans, les enfants nés ici avaient la nationalité française. J'ai d'abord travaillé dans l'association des femmes africaines de la cité, au soutien scolaire et à l'alphabétisation. Les gens venaient me voir avec leurs problèmes de papiers, car j'aidais leurs enfants à faire leurs devoirs. Je voulais les aider, mais je ne connaissais pas les lois, je les ai apprises ensuite.

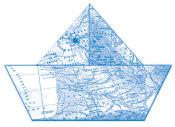
Vous accompagnez les personnes exilées dans leurs problèmes de santé. Pensez-vous qu'il existe des pathologies spécifiquement liées à l'exil ?

Il n'y a peut-être pas de pathologie spécifique liée à l'exil, on peut tout de même parler de souffrances psychiques chez l'exilé, selon sa trajectoire. C'est déjà une souffrance quand on quitte sa famille, on est détaché, on souffre mentalement. Même si l'on est accueilli par un compatriote, ce n'est pas pareil que d'être entouré des siens. Vivre dans un milieu étroit avec une cohabitation obligée, c'est difficile. On a besoin d'aide pour tous les besoins de la vie quotidienne, pour s'adapter à la société. On sent les gens perdus.

Quelles difficultés rencontre-t-on pour se faire soigner quand on est exilé(e) en France ?

En France, il y a deux systèmes, privé et public alors que dans les pays d'où l'on vient, le ministère de la Santé gère tout. Les gens suivent une logique institutionnelle. Quand ils ont un problème de santé, on leur demande : « Tu as vu le médecin ? » Ils ne voient que l'hôpital, à cause du vécu du pays. La plupart du temps, pour eux, la maladie, c'est l'hôpital. Mais ici, la confrontation avec l'hôpital est bureaucratique : il faut remplir les conditions. Vous n'êtes pas accueilli directement, on accorde beaucoup d'importance aux papiers, couverture sociale, CMU, AME... Au pays, à l'hôpital, on vous accueille directement. Ici on est confronté au système des papiers, il faut passer de service en service… Contrairement au

Association communautaire santé/bien-être
Cité de Francs-Moisins
93200 Saint-Denis



médecin de la cité, qui vous accueille directement. Mais au départ, c'est compliqué d'aller chez le médecin de la cité. Quand j'interviens dans les associations de femmes ou dans les ateliers sur la santé, je dis qu'il faut avoir un médecin de famille, mais beaucoup raisonnent encore avec l'hôpital. Ils disent : « Parfois le cabinet est fermé, il vaut mieux courir à l'hôpital… » Les logiques sont restées. Ou bien ils trouvent qu'il y a le même temps d'attente chez le médecin et à l'hôpital. Les enfants qui ont grandi ici vont plus facilement chez le médecin de la cité. Certains gardent toujours la culture de l'hôpital.

Quelle part occupe l'obstacle de la langue ?

La langue est un obstacle majeur dans un exil, elle est déterminante dans la vie de l'exilé, pour son intégration dans la communauté. Certains parlent français en arrivant, d'autres ne parlent pas ou peu, et ce n'est pas forcément la même compréhension. Parfois on a du mal à se faire comprendre même en parlant français, avec la façon de parler, l'accent…Il faut tendre l'oreille. Nous faisons les interprètes. On accompagne beaucoup les gens dans les démarches, auprès des médecins ou des avocats…

Vous avez identifié des professionnels de santé accueillants (le médecin de la cité…), travaillez-vous avec d'autres professionnels moins identifiés ?

Oui, par exemple chez les spécialistes. J'ai accompagné une jeune fille qui a un handicap et avait été envoyée par un spécialiste dans un autre hôpital vers un chirurgien orthopédiste. Il a dit qu'il n'y avait pas assez de radios, il a fallu retourner voir le premier spécialiste qui lui aussi croyait que l'orthopédiste aurait fait les examens nécessaires. Certains sont accueillants, d'autres font rapidement, d'autres questionnent sur les antécédents pour comprendre la situation. Notre présence auprès des gens est utile, car nous osons dire : « Ton collègue nous a envoyé, il faut lui répondre ».

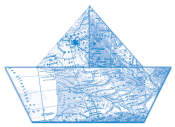
Certains disent que les étrangers exigent beaucoup du système de soins…

De quels types d'étrangers parle-t-on, s'agit-il d'exilés avec ou sans statut ? Dans bien des cas, ils subissent plus qu'ils n'exigent. Généralement, ils se contentent du minimum. Tous ne connaissent pas leurs droits, certains ont eu des accidents de travail et ne les ont pas déclarés, car ils ne savaient pas. On leur dit que ce n'est pas trop tard, on va voir avec la Sécurité sociale et les professionnels, on peut peut-être obtenir un autre statut de reconnaissance. On les accompagne jusqu'au bout, jusqu'au tribunal des incapacités, parfois cela peut prendre deux ou trois ans. Les gens travaillent pour se nourrir, ils ne savent pas qu'ils ont des droits et qu'il y a des lois, ou très peu.

Les médecins sont parfois sur la défensive, ils ne comprennent pas toujours les demandes, par exemple les jeunes filles qui vont voir le gynécologue pour faire un bilan de stérilité alors qu'elles ne sont pas encore mariées…

Pour une femme africaine, ne pas avoir d'enfant n'a pas de sens, le besoin de maternité passe avant le mariage. Elles veulent faire des bilans gynécologiques pour se rassurer, savoir qu'elles sont bien dans leur corps. C'est de la prévention. Elles auront un mari un jour, on ne reste pas seule toute sa vie. Faire un petit bilan peut être utile. En Afrique, on fait un prélèvement à la recherche de MST et une goutte épaisse. Elles ne demandent rien de plus coûteux, même pas de radiographies. Elles veulent se soigner pour préparer leurs futures grossesses.

Comment répondre aux demandes qui nous paraissent superflues, comme les produits pour la toilette, les crèmes hydratantes…



même si c'est un petit cadeau que la société peut faire, cela ne nous semble pas être de la médecine…

Les femmes africaines dans leur majorité utilisent des produits pour leur toilette, elles ne s'adressent pas souvent à des dermatologues, elles prennent leurs informations souvent auprès de leurs amies. Les médecins devraient leur en parler pour les conseiller. Certaines sont compliquées et ont besoin de choses sophistiquées. Cela dépend de l'éducation et du milieu. Parmi les exilés, il n'y a pas que des misérables, certains viennent de milieux très favorisés, contrairement à ceux qui viennent des villages. Ceux qui sont au gouvernement là-bas vivent comme des pachas. Leurs enfants viennent ici avec de petits moyens, ils ont du mal à vivre coincés dans des logements étroits en cohabitation…

Est-ce qu'il existe des savoir-faire traditionnels pour prendre en charge les problèmes de santé, quand un enfant est malade, par exemple ?

Oui, il existe des savoir-faire traditionnels pour prendre en charge des problèmes de santé : par exemple des suppositoires à base de savon contre la constipation chez l'enfant.

Là-bas, quand un enfant est malade, on se dépatouille, il y a des herbes que les mamans et les grand-mères connaissent, on vit en famille. Les femmes savent de petites choses, comme donner un bain à l'enfant qui a de la fièvre. Mais ici, elles ont besoin du médecin, même pour faire baisser la fièvre, parce qu'elles n'ont plus la famille avec elles.

Donner des explications aux soignants aide-t-il à mieux se comprendre ?

Oui, cela peut aider à mieux diagnostiquer un mal, à connaître les antécédents. On peut discuter : « Chez vous c'est comme ça, ici c'est de cette façon… » Il y a des situations où l'on a besoin de savoir ce qui a été fait au pays, on peut communiquer par fax avec les médecins de là-bas. C'est une façon de changer les pratiques.

Généralement, les immigrés ne sont pas exigeants. En leur donnant des informations sur leurs droits, on leur permet de demander ce dont ils ont besoin. Ne sachant pas, ils ne cherchent pas beaucoup. Au pays, le système est gratuit, on ne peut pas exiger plus que ce qu'on ne peut pas se fournir soi-même…

Les soignants sont peu habitués aux problèmes des autres pays. Comment peut-on favoriser la communication ?

On peut favoriser la communication par des voyages, des conférences, ou des échanges entre praticiens. Mais aussi en communicant avec les patients. Les soignants devraient demander au patient ce qu'il veut pour se soigner. Dernièrement j'ai vu une personne exilée qui souffre de spasmophilie. Il disait : « Ici on ne me donne pas de piqûre, au pays on me donnait du calcium, cela me chauffait le corps ». Je lui ai dit « Ici aussi on fait des piqûres, il faut en parler au médecin, mais il faudra payer des infirmiers dans la cité pour faire les piqûres ». Avant, je ne savais pas qu'il y avait des infirmiers qui faisaient des soins à domicile, au pays je ne connaissais que les infirmiers de l'hôpital.

Les gens attendent qu'on leur donne les mêmes soins que ceux qu'ils connaissent. Ils sont ambivalents. Ils aiment l'hôpital, mais quand il faut une hospitalisation, ils ont peur de l'hôpital à cause des maladies qu'on y attrape… On leur explique que les soins dont ils ont besoin ne peuvent être donnés qu'à l'hôpital. Il faut parler.

Propos recueillis par Martine Lalande et Elisabeth Maurel-Arrighi

---

1. L'association santé/bien-être (ASBE), créée en 1992, a pour objet l'amélioration des conditions de vie des habitants du quartier Francs-Moisins à Saint-Denis. Elle a développé une action d'habitants relais, qui exercent une fonction de médiation dans le quartier et la ville de Saint-Denis, en particulier sur les questions de santé (dans le sens défini par l'OMS : état de bien-être physique, psychique et social).

Marie-Rose Moro, *Enfants d'ici venus d'ailleurs, Naître et grandir en France,* **Editions La découverte et Syros, Paris, 2002**

Marie-Rose Moro, psychiatre d'enfants et directrice du service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent de l'Hôpital Avicenne à Paris, nous livre dans cet ouvrage plusieurs situations de jeunes déchirés entre la culture de leurs parents exilés et leur intégration dans le pays où ils sont nés et dans lequel ils vivent. Elle tente d'y réfléchir, avec une tolérance émouvante et l'envie de faire passer le message, qu'avant de juger et de soigner, il nous faut comprendre. Quelles que soient les réserves que l'on peut avoir vis à vis de l'ethno-psychiatrie, et de ses dérives où certains voudraient cantonner les étrangers à des soins « spécifiques » qui les priveraient des soins personnalisés habituellement réservés aux patients d'origine occidentale, ce livre offre des outils de compréhension précieux .

Les déchirements de ces jeunes nés de parents en exil ou immigrés ont des expressions diverses, parfois dans le registre de l'agressivité (y compris la délinquance), parfois dans le registre de la dépression. Ils sont pleins de ces questions parfois inavouées (c'est parfois tellement difficile de parler, de verbaliser à propos de cette vie antérieure, qu'ils ne se sont pas appropriée !).

Il appartient alors aux soignants, mais également aux éducateurs et autres acteurs sociaux, de décrypter ces expressions, qui sont souvent pleines de la richesse de leur métissage culturel. Ils ont beaucoup à nous apprendre. En même temps, d'où vient cette difficulté qu'ils ont à assumer la différence culturelle de leurs parents ?

Marie-Rose Moro appelle à une revalorisation des valeurs parentales qui sont, elles, issues d'un autre lieu, d'un autre pays, d'une autre culture… souvent négativées ou niées. Elle revendique ce paradoxe qui est de faire l'éloge du métissage, alors que dans le même temps, il nous faut en permanence reconnaître la spécificité culturelle de ces jeunes en grande difficulté.

La lecture de cet ouvrage peut nous aider à rester humbles et compréhensifs vis à vis de ces jeunes, en nous souvenant que « le trou sans fond signifie que personne au monde ne peut comprendre parfaitement les mystères de la vie ».

Philippe Regard

Comment accueillir pour soigner ? Les pratiques diffèrent, les publics aussi, l'essentiel est la préoccupation du soignant.

Fidélité au Serment d'Hippocrate

Georges Yoram Federmann

Médecin psychiatre, co-fondateur du Cercle Menachem Taffel, porte-parole du comité de soutien des Roms de Zamoly

Le médecin reste encore en France dépositaire d'une mission sociale qui consiste à favoriser l'accès aux filières de soins pour toute personne vivant sur le territoire de sa cité. Or cet accès peut être entravé par de nombreux obstacles financiers, administratifs, juridiques et socioculturels. Les personnes sans domicile fixe ou en situation irrégulière, les chômeurs, de nombreuses mères célibataires, les personnes au seuil de pauvreté et les toxicomanes : le médecin libéral a admis trop souvent que ces patients ne font plus partie de son champ de compétence, et force est de constater que certains dépendent entièrement des associations caritatives ou de l'assistance hospitalière.

De plus, l'extrême pauvreté ou la précarisation modifie le rapport au temps, le dévalue ou le surinvestit.

On a du mal à imaginer combien la journée d'un chômeur ou d'un « sans-papier » peut être dense de démarches multiples et souvent répétitives ; combien ils peuvent marcher ou emprunter les transports en commun ; combien ils sont obsédés par les comptes à rendre à l'ANPE ou à la préfecture.

Le plus douloureux étant probablement la mise en route du matin…

On voit que les précarisés peuvent avoir besoin de conserver l'initiative du rapport à leur temps et que respecter un rendez-vous peut constituer le sentiment de perdre le dernier bastion d'un libre arbitre quasiment effacé par la précarisation.

Aussi doit-on leur offrir la possibilité de venir au cabinet sans rendez-vous, aussi longtemps que nécessaire.

On imagine les difficultés que cela peut représenter dans une pratique de psychiatre libéral (décalage des patients payants, salle d'attente bondée d'une population cosmopolite, cuisine en activité pour servir de café ou de fumoir…), mais cette adaptation possible associée à une bonne connaissance du fonctionnement des autres partenaires sociaux (éducateurs, juges, travailleurs sociaux, avocats…) permet d'identifier la personne « élue » par le précarisé, souvent la première personne qui a eu de la compassion pour lui et de l'intérêt pour son histoire. Il s'agira pour le médecin de s'appuyer sur elle pour dynamiser les nombreuses interventions afin d'éviter que chaque intervenant ne travaille isolément, compartimentant la vie.

En même temps, il s'agit pour le médecin libéral de sortir de la logique du paiement à l'acte et de rendre au patient sa fonction centrale dans le système de soins. C'est l'occasion d'un retour pédagogique au Serment d'Hippocrate « Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent » et à la prière de Maïmonide (12e siècle) « O Dieu, soutiens la force de mon cœur pour qu'il soit toujours prêt à servir le pauvre et le riche ».

Le rendez-vous

Patrice Muller

Médecin généraliste

A part une ou deux fois par an où je laisse séance tenante, en plan, le patient pendant ma consultation car on m'appelle pour aller secourir le énième piéton qui vient de se faire renverser au carrefour très dangereux situé devant le cabinet médical, depuis toujours nous fonctionnons dans notre équipe sur le principe de la prise de rendez-vous, car ce mode d'organisation nous est apparu comme une des conditions de la qualité de nos soins. La « personne exilée » ne déroge pas à ce principe du fonctionnement ordinaire du cabinet médical, même si la première fois qu'elle prend contact avec nous, elle en est parfois surprise ou dépitée. Il me paraît, au contraire, que souvent elle en apprécie ensuite ce principe doublement : avoir à faire avec un soignant qui s'est organisé pour avoir du temps pour s'occuper d'elle, mais aussi sentir avec plaisir qu'on ne les traite plus en tant qu'exilé, mais comme tout un chacun dans le cabinet. Ni plus, ni moins.

Résumé : Les migrations, qui constituent un phénomène constant et nécessaire de l'histoire humaine, sont toujours perçues en termes d'exception juridique et sociale. A la période contemporaine, ce régime d'exception appliqué à une réalité de plus en plus massive conduit à une véritable déshumanisation des personnes. Revendiquer une responsabilité du médecin contre les abus institutionnels, c'est donc aussi revendiquer une responsabilité du migrant face à son propre devenir.

L'exception et la règle

Les migrations, règle toujours traitée sous le régime social de l'exception

Christiane Vollaire

Philosophe

Constantes dès les origines de l'humanité, nécessaires dans la constitution des langues et des cultures, indispensables à la dynamique des échanges économiques, constitutives de l'histoire, les migrations constituent aussi bien une réalité permanente qu'un modèle historique de l'existence humaine, de *l'Odyssée* d'Homère à l'arrivée héroïque des pèlerins du « Mayflower » en Amérique, en passant par l'hégire de Mahomet. Et les grandes figures d'exilés et d'expatriés scandent toute la culture littéraire occidentale telle que l'exploitera le romantisme, de Dante à Hugo ou Lord Byron.

En même temps, cette figure de l'héroïsme aventureux, du périple et de l'affrontement au danger est, dans la réalité de son incarnation contemporaine, renvoyée vers le honteux, le clandestin, l'infrahumain : étouffée dans des containers de transit, parquée dans des zones d'attente sans droit, renvoyée en charters, enfermée dans des camps, exploitée sans visibilité sociale. Un régime inhumain d'inavouable, réduit au vide juridique de l'exception. Plus grandit, à la période contemporaine de conflits ouverts ou larvés et de sabordage économique, le nombre exponentiel des émigrés, réfugiés et apatrides, plus leur statut, de fait ou de droit, les réduit, contre l'évidence même de leur accroissement numérique, aux confins de la marginalité. L'exil, règle de fait de l'humanité contemporaine, en demeure plus que jamais une exception de droit. Et chacun sait que les systèmes d'exception sont toujours juridiquement non viables, autant qu'humainement invivables.

Or, à cette frontière du regard sur la personne et du contrôle sur le corps migrant, il y aura, pour les meilleures ou les pires raisons, un soignant, dont la fonction politique mérite d'être interrogée ici.

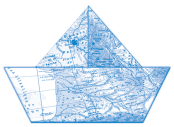
L'humanité sous le régime de l'appartenance

Cette fonction politique trouve déjà son origine dans la sédentarité que suppose toute institution, la médicale autant que les autres. Or, le paradoxe de l'exil est que, s'il a bien souvent fait l'objet d'un choix, ce choix est nécessairement contraint et, dès lors, douloureux ou violent. S'exiler, c'est poser un discrédit sur son origine, sans pour autant pouvoir définir un projet. C'est être entre deux temps : celui d'un passé impossible et celui d'un futur improbable. Mais c'est être aussi entre deux lieux : un territoire d'origine qui repousse et un territoire de destination qui n'accueille pas. Et cet entre-deux est précisément un non-lieu. En ce sens, que l'exil soit qualifié de « politique » ou d'« économique », sa véritable cause est toujours politique : c'est bien par suite de ses choix politiques qu'un système de pouvoir cesse d'assurer

la survie économique de ses ressortissants. Et du reste, on n'a guère d'exemple que des immigrés aient été protégés par leur pays d'origine des exactions ou mauvais traitements de leur pays d'accueil. C'est que les droits de l'Homme, dont la convocation est destinée à protéger tout sujet, sont, dans leur conception originelle au XVIIIe, des droits du citoyen. Et la perte de citoyenneté est de ce fait perçue comme une perte d'humanité. Raison pour laquelle la marchandisation économique du corps (prostitution, trafic d'organes) est corrélative de sa destitution politique.

Une telle indissociabilité s'inscrit dans une tradition bien antérieure encore. Lorsque, au IVe av. J.-C., Aristote écrit dans *La Politique* que « l'homme est par nature un animal politique », il veut dire par là que l'appartenance à une communauté est constitutive de la nature humaine. Et il ajoute que « celui qui est hors cité est soit un être dégradé, soit un être surhumain ». L'arrachement à la nature animale, qui caractérise l'homme, suppose ainsi l'intégration dans un système culturel donné, de langage, de savoir et de comportement. S'arracher à nouveau à cette appartenance, c'est être dénaturé. Lorsqu'on qualifie l'intégration dans une nation de « naturalisation », c'est bien cette idée qui est sous-entendue : rendre à l'appartenance communautaire, c'est réintégrer dans la nature humaine. La loi n'est pas seulement protectrice, elle est identifiante.

Or, cette appartenance est d'abord physiquement ancrée dans le géographique, dans le territorial, dans la présence affirmée d'un corps dans un lieu. Si les centres de transit, comme les camps de réfugiés ou les zones d'attente (auxquelles la revue *Drôle d'époque* a récemment consacré un numéro) peuvent être des lieux de non-droit, ce n'est pas par une perversion de ce système, mais par une manifestation de son essence. L'homme arraché à son sol est conçu comme absenté de l'espèce humaine et, en quelque sorte, désintégré au double sens du terme : ayant perdu son intégrité, son unité identifiante, parce qu'il n'est pas intégré dans un espace communautaire, et demeure ainsi, de manière organique, un corps étranger.

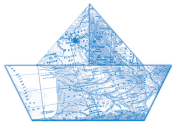


Représentation botanique de l'appartenance et réduction à la vie nue

Il y a ainsi, dans la représentation que les hommes se donnent d'eux-mêmes, quelque chose qui relève du botanique plutôt que du zoologique : c'est le besoin de racines, qui relativise la faculté de motricité, et fait ainsi de la mobilité même une figure de l'immobile. D'où dérive le désir de « faire souche », et de se représenter dans sa filiation sous la métaphore végétale de l'arbre : c'est sous sa forme généalogique que l'homme se raconte à lui-même sa propre histoire, et cette généalogie est toujours enracinée dans un lieu géographique. Le territoire, la terre où se poser, se nourrir et faire souche, l'arbre où enraciner sa filiation, sont les points de repère de son existence, moins animale que végétale, et tout ordre politique se fonde sur un rapport organique, et en quelque sorte tellurique, au territoire, qui donne au « natif », à celui qui est né sur son lieu de vie, l'assurance fondamentale de la survie.

C'est ce régime botanique de la survie par les racines que la position d'exil va détruire. Ce que dit le mythe biblique de l'Exode : la terre perdue ne peut être qu'une terre promise, la finalité d'un parcours. Lorsque Deleuze et Guattari, dans *Mille Plateaux*, parlent de « déterritorialisation », c'est précisément en remplaçant la racine par le rhizome : ce qui n'attache à aucune terre et rompt ainsi la dimension assujettissante de l'appartenance communautaire. Mais cette déterritorialisation nomade s'affirme aussi comme schizoïde : c'est une volonté positive de désidentification.

De cette représentation botanique et naturalisante de la communauté est tributaire précisément toute notre représentation de l'exil, comme exception à la règle d'or de la sédentarité. La déterritorialisation, dans la représentation ordinaire, n'est pas l'objet d'une volonté, elle s'inscrit comme un accident pathologique, sur le fond physiologique de l'inscription dans un territoire, définissant l'appartenance juridique à



un système de protection. La fixation des frontières nationales au XIXe est à cet égard corrélative de la mise en place des droits et, de ce fait nécessairement aussi, des exclusions. Mais dès lors, le corps en transit est un corps non protégé, un corps exposé parce que dénaturalisé sans être pour autant rendu à l'état de nature, une « vie nue », au sens où la définit Giogio Agamben à la suite d'Hannah Arendt pour qualifier la vie des camps, c'est-à-dire une vie dénaturée. Hors de la norme intégratrice, toute vie ne peut être qu'anormale, c'est-à-dire aussi anomale, privée d'une loi considérée non plus comme contraignante, mais essentiellement comme protectrice. La vie nue, c'est le régime de la peur, celui de la bête traquée qui défend sa survie. Mais précisément, un corps d'homme n'est pas un corps de bête, et le besoin biologique de survie est, chez tout homme, radicalement indissociable du besoin de droit.

Le différend entre malade et médecin

Le droit est ainsi ce qui réinscrit le corps physique dans l'espace géographique de la survie, ce qui donne lieu d'être à un sujet et le fait sortir du non-lieu de l'exil. C'est cet impact à la fois organique et politique du droit que met en évidence le sociologue Abdelmalek Sayad, dans une conférence intitulée « Santé et équilibre social chez les immigrés ». Encore témoigne-elle, publiée en 1980, d'une situation d'immigration « optimale » comparée aux conditions actuelles de clandestinité. Il y prend acte du phénomène répétitif que constitue, de la part de patients qui ont été effectivement soignés après un accident du travail ou une maladie professionnelle, le refus de se reconnaître guéris, engageant dès lors avec la médecine une relation qu'il qualifie de « procédurière ». Et il l'analyse à deux niveaux. D'une part, la guérison organique ne met pas fin à un vécu global de mal-être, que la pathologie a contribué à aggraver. Là où en effet la médecine ne reconnaît dans le corps qu'une dimension fonctionnelle que le traitement peut restituer, le patient y engage un vécu existentiel. La maladie ou l'accident, professionnellement induit, constitue un véritable déni d'existence, pour celui qui ne peut se reconnaître, s'identifier et s'intégrer, sur un territoire étranger qui tend en permanence à le rejeter, que par son activité professionnelle. Et ce déni, même temporaire, fait en quelque sorte traumatisme et agit bien au-delà de la guérison organique, mettant au jour le processus fondamental d'exclusion que la fonctionnalité du corps tend à masquer.

Mais d'autre part, le différend entre le patient et le médecin qui, de bonne foi, le déclare guéri, renvoie à un antagonisme beaucoup plus essentiel, qui s'analyse en termes de conflit de rationalité et renvoie tout simplement à un véritable conflit d'intérêts. Là où le médecin oppose sa scientificité au caractère « prélogique » de son patient, dans la plus pure tradition paternaliste issue de la colonisation (dont le phénomène migratoire est un des effets), il fait preuve en réalité d'une double méconnaissance.

Présupposés politiques de la rationalité médicale

Il méconnaît d'abord, et n'analyse pas, la position réelle dans laquelle il se trouve par rapport à son patient : non pas un « colloque singulier » entre deux sujets, mais une position institutionnelle de pouvoir. L'expertise médicale n'a pas valeur de savoir scientifique, mais de référent permettant la décision judiciaire, en termes d'indemnisation ou de reconnaissance d'un sujet par un État. Comme l'écrit Sayad, « l'avis consultatif est source de droit ».

Il méconnaît ensuite un second élément, plus essentiel : la rationalité médicale a, dans son essence même, fonction de légitimation d'un pouvoir social. Le comportement procédurier du patient migrant face au médecin, loin d'être une attitude prélogique, témoigne donc au contraire d'une conscience aiguë de ces relations positionnelles et, en l'occurrence, d'une lucidité parfaitement rationnelle sur leurs enjeux.

Sayad montre en définitive que la position objectiviste est une véritable position de classe, qui pose un déni sur son propre parti pris : il ne peut pas s'agir d'objectivité, là où il n'y a pas de neutralité possible. Là donc où le déséquilibre est manifeste, le premier geste authentiquement

thérapeutique du médecin consistera d'abord à se déplacer du camp institutionnel où sa formation et sa condition ne cessent de le renvoyer, pour tenter quelque part de rétablir, à partir de la prise en compte d'une globalité psycho-physique, un minimum d'équilibre juridique. Et l'enjeu n'y est rien de moins, pour le médecin, que de se rendre à lui-même un droit à soigner.

Accès à la responsabilité et transnationalité

La revendication d'un droit à soigner doit ainsi bien souvent être conçue par le médecin en termes d'affrontement à l'institution. Mais cet affrontement ne peut se faire qu'à partir d'une réinterprétation de la question du droit. Dans une allocution de 1997, intitulée « Ce que nous devons aux sans-papier » (publiée aux PUF en 2002 dans l'ouvrage *Droit de cité*), le philosophe Étienne Balibar affirmait que les sans-papier avaient « redonné vie à la politique démocratique » en passant du statut de victimes au statut d'acteurs, c'est-à-dire précisément en revendiquant des droits. C'est dire que la revendication du droit va beaucoup plus loin que la simple volonté d'intégration dans un système : elle pose une exigence de responsabilité. En mettant un État face à sa responsabilité, les migrants s'affirment eux-mêmes comme responsables et non comme assistés, et quittent par là même le système de l'exception pour intégrer un système de la règle dans lequel ils n'ont plus seulement fonction de soumission, mais de régulation. Le passage des sans-papier de la clandestinité à l'action politique avait ainsi fonction d'un véritable dynamiseur du lien social pour les citoyens eux-mêmes.

Cela signifie clairement que c'est désormais au-delà des frontières que doit être pensée la question du droit, si l'on veut pouvoir y adosser une pratique politique non discriminante. C'est pourquoi Balibar appelle dans son ouvrage à une « citoyenneté transnationale », c'est-à-dire précisément à une authentique transnationalité politique, qui puisse s'affronter à la diffusion ultralibérale (et de ce fait aussi mafieuse) des transnationalités économiques. Là où les délocalisations massives et arbitraires tiennent lieu de déterritorialisation, il est clair que les migrations, à l'encontre du statut d'exception auquel on les confine, sont devenues un enjeu central des politiques économiques internationales, en même temps qu'un argument électoral : comme l'écrit Balibar, l'impuissance inavouée des États à réguler les flux financiers est corrélative de leur volonté affichée de réguler les flux de population. En ce sens l'idée du « seuil de tolérance », comme celle de la « tolérance zéro », a fait muter le concept positif de tolérance, revendication essentielle de la philosophie des Lumières, en exception concessive d'une règle qui serait celle de l'exclusion. C'est cette règle implicite qu'il s'agit d'expliciter et de réfuter.

Dans *Clandestine*, paru chez Stock en 1993, Anne Tristan présentait l'enquête qu'elle avait faite l'année précédente dans les milieux de l'immigration, en se faisant passer pour Sonia, demandeuse d'asile, depuis la République dominicaine jusqu'aux lieux clandestins du territoire français, en passant par ses zones d'attente. Penser la nécessité de la règle, ce peut être aussi tenter d'éprouver, physiquement, ce qu'est le vécu quotidien d'un régime d'exception. C'est de ce vécu quotidien, dans son pays d'origine, que témoignait Svetlana Slapsak, anthropologue et historienne, dans un entretien paru en 1999 dans la revue *Transeuropéennes*, à propos de la Serbie nationaliste dont elle s'était exilée : « Nous avons vu notre pays émigrer et s'éloigner de nous. Ce n'est pas nous qui émigrons, mais le pays. » L'accueil des migrants manifeste ainsi cette première nécessité : de n'avoir pas à considérer notre territoire, fût-il d'origine, comme devenu, par ses pratiques d'exception, étranger à nous-mêmes.

Visages

Mort en exil

Martine Lalande - Médecin généraliste

Harki, pensionné de guerre, ancien ouvrier de l'automobile. Kabyle, immigré en France, il habite un foyer Sonacotra : route principale du port à Gennevilliers, au-delà de l'autoroute, hors de la ville, avec des copains et la solidarité. Invalidité, préretraite, séjours plus longs au pays : « C'est à la montagne, il y a l'eau au puits, jamais de viande », la femme et les enfants qui grandissent et attendent. L'autre moitié de l'année en France, le foyer va être démoli. Exil dans une autre ville de banlieue : « Je serais bien resté à Gennevilliers, mais c'est la préfecture qui reloge ». Foyer Sonacotra de Colombes : le bout du monde, mêmes chambres minuscules insalubres, sans les copains. « C'est loin, je ne connais personne ». Plus tard, de retour du pays : « J'ai craché du sang, à l'hôpital, ils disent qu'il n'y a plus de plaquettes, tu crois que c'est le cancer ? » Peut-être pas. Longs mois de trajets en métro pour transfusions à Paris. Un jour, ça se termine. Dernier exil, en centre de convalescence à 60 kilomètres : « Ça va très mal, docteur je n'ai que toi en France, ne viens pas jusqu'ici, c'est trop loin. » C'était surtout trop tard : coma le lendemain, personne au téléphone.

Ni ici, ni ailleurs

Dominique Tavé - Médecin généraliste

Nadia a traversé la Méditerranée à vingt ans, pour continuer ses études, mais aussi pour s'éloigner d'une pesanteur familiale et culturelle. En France, elle trouve son prince charmant, se marie, devient française, ne finit pas son diplôme, a des enfants, bref Nadia s'estime être une femme intégrée, sans problème de papiers ni de précarité. Mais un jour, le mari va travailler « en expatrié » à l'étranger. Pour les études des enfants, Nadia doit rester à quai, telle une femme de marin. Et là, elle réalise qu'elle n'a pas de port d'attache, ni ici ni ailleurs, que pendant des années elle a occulté la richesse de ses origines, qu'elle a voulu être conforme à l'image d'une femme de cadre français, qu'elle a fait « comme si ». Et là, à la mi-temps de sa vie, elle se sent isolée, en décalage, de nulle part. Et là, les larmes qui inondent son visage sont peut-être les premières gouttes qui irrigueront ses racines desséchées.

Le deuil du retour

Catherine Jung - Médecin généraliste

Venir en France pour gagner sa vie, faire vivre sa famille là-bas, payer ses dettes et rentrer au plus vite, dans un ou deux ans après s'être acheté une maison au pays… Ce rêve, beaucoup de migrants du Sud l'ont fait en s'exilant pour travailler. Mais les conditions de vie en France sont plus difficiles qu'ils ne l'imaginaient et le temps passé en exil s'allonge, ils s'installent dans un provisoire qui dure… Le retour devient plus lointain, mais certains en rêvent encore, jusqu'au jour au comme Chaib, 62 ans, bientôt retraité, fatigué d'avoir travaillé trente-quatre ans dans les travaux publics, le rêve se brise et il vient me dire en pleurant : « Docteur, je n'y arriverais jamais… »

Résumé : Devant l'inégalité entre Français et immigrés face à la maladie, aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, l'auteure montre la nécessité d'une plus grande visibilité des atteintes à la santé liées au travail des étrangers, d'autant que l'invisibilité de ces atteintes s'est renforcée avec les transformations du travail depuis vingt ans. Elle évoque aussi la question d'un droit à la retraite, notamment pour ceux que le travail a usé prématurément. (Nous reprenons de très larges extraits d'un article paru dans *Plein droit,* revue du GISTI après la journée d'études du 15 octobre 2003.)

Quel droit à la santé au travail ?

Annie Thébaud-Mony

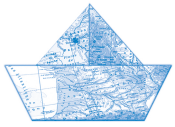
Sociologue, directrice de Recherche - Inserm E341 CRESP - Université Paris XIII

En France, les atteintes liées au travail concernent chaque année environ mille décès par accidents du travail, trois mille décès par cancers dus à l'amiante, sans parler des centaines de milliers d'autres accidents du travail et maladies professionnelles laissant les victimes handicapées. Parmi eux, les travailleurs étrangers ou issus de l'immigration sont sur représentés.

Depuis la fin des années soixante-dix, la sous-traitance et l'intérim sont devenus, pour les directions d'entreprises, les principaux outils de la gestion de l'emploi, du travail et des risques. Trois types de risque permettront d'en illustrer l'impact sur les conditions de santé au travail des travailleurs étrangers ou issus de l'immigration : risque immédiat - l'accident du travail -, risque d'usure par l'intensification du travail que permet la précarisation et l'individualisation des emplois, risques à effet différé quand tous les risques se cumulent en bout de cascade de sous-traitance.

« Sous-traitez vos accidents du travail »

A l'institut de veille sanitaire, on parle de mortalité évitable. Notamment pour celle des jeunes de moins de vingt-cinq ans. On met donc d'emblée l'accent sur la faute personnelle des victimes : les jeunes n'ont pas le sens du danger, ils « aiment » prendre des risques. Ce qu'oublient le plus souvent ces analystes de la mortalité précoce, c'est l'importance des accidents du travail dans cette mortalité juvénile : un accident du travail sur quatre touche un jeune de moins de vingt-cinq ans, alors que les jeunes de cette tranche d'âge ne représentent en moyenne que 7 % de la population salariée ayant un emploi. Les jeunes d'origine ouvrière sont les plus touchés. Parmi eux, nombreux sont ceux issus de l'immigration. L'histoire qui suit montre les conditions d'entrée dans la vie active de ces jeunes : intérimaires, préposés au travail dangereux, manquant de formation, ils subissent des rapports de domination au sein même du collectif de travail. Deux jeunes d'origine maghrébine sont recrutés en intérim par une société de sous-traitance. Il s'agit d'une opération de nettoyage de silos dans l'industrie alimentaire en Seine-Saint-Denis. Ils doivent pulvériser un produit étiqueté en allemand dans des silos de plusieurs mètres de haut. Aucune information ne leur a été donnée concernant la toxicité du produit et les précautions à prendre. Ils descendent dans un des silos, épandent le produit et meurent asphyxiés… Il n'y a pas eu de réunion extraordinaire ni d'enquête particulière du CHS-CT. Seul l'inspecteur du travail a établi un bilan des infractions commises. Mais les familles de ces jeunes ne l'ont pas su et personne ne leur a suggéré d'engager une action « en faute inexcusable de l'employeur » pour qu'au moins les responsabilités de l'accident soient établies et nommées par un juge, au nom d'un principe de



justice élémentaire et pourtant si rarement appliqué. Un accident d'intérimaire. Cela ne coûte pas cher à l'entreprise ! « Sous-traitez vos accidents du travail » proposait la plaquette publicitaire d'une entreprise de maintenance et d'entretien.

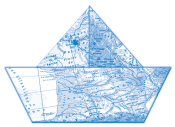
L'opacité de la sous-traitance et de l'intérim

Dans le cas de la catastrophe de Toulouse, personne ne veut incriminer le moteur de la richesse d'entreprises comme *Total-Fina-Elf*, à savoir le recours à la sous-traitance et à l'intérim qui, par leur opacité, permet aussi de faire porter l'entière responsabilité de l'accident sur l'intérimaire lui-même. Récusant d'emblée toute responsabilité dans la catastrophe, les dirigeants de la firme ont commencé par désigner un bouc émissaire, un intérimaire d'origine maghrébine travaillant sur le site, décédé dans l'explosion, qui a été suspecté d'être un « fou de Dieu ». Citée à témoigner dans le cadre de l'enquête de police, la famille de cet intérimaire a dû répondre dans la douleur à ces soupçons pour le disculper, mais n'a pu plaider la faute inexcusable de l'employeur puisque les responsabilités ne sont toujours pas établies.

Sous-traitance encore. Celle du nettoyage : universités, hôpitaux, bureaux, immeubles, TGV, avions, commerces sont nettoyés par des travailleurs invisibles. Si vous venez tôt le matin avant 8 heures ou si vous restez après 18 heures, vous les rencontrerez : elles sont Algériennes ou Antillaises, ils sont Turcs ou Maliens. Mais un jour, ils ne sont plus là, remplacés par d'autres… « Tous les ouvriers du nettoyage ont le dos foutu ! » Une personne algérienne est atteinte de leucémie à cinquante-deux ans. Serait-ce en raison des solvants et autres produits d'entretien qu'elle manipule depuis plus de vingt ans ? Le médecin s'est fait un peu tirer l'oreille pour faire un certificat médical de maladie professionnelle. Il ne connaît pas bien la législation et à quoi cela va servir : elle est déjà en « longue maladie ». Ce médecin et elle-même ignorent les droits associés à la reconnaissance en maladie professionnelle, notamment la revalorisation des indemnités journalières et la protection de l'emploi des personnes reconnues atteintes de maladie professionnelle. L'invisibilité des cancers professionnels commence par une sous-déclaration impressionnante. Selon les estimations des épidémiologistes les plus prudents en matière de chiffres, en France, moins de 1 % des cancers attribuables au travail seraient déclarés. Comme le montre la situation précédente, un cancer susceptible d'être indemnisé chez une ouvrière du nettoyage, cela vaut-il le temps médical nécessaire à la rédaction d'un certificat médical ? […]

Pas de vraie politique de prévention

Les enquêtes sur les conditions de travail du ministère du Travail montrent une évolution structurelle préoccupante, avec la persistance des risques classiques (expositions aux produits toxiques, au bruit, aux risques d'accident) et forte augmentation des contraintes temporelles et organisationnelles, marquant la croissance de la flexibilité du temps de travail et l'intensification du travail. Les processus de discrimination à l'embauche, face aux possibilités de qualification et dans l'affectation aux postes à risque (en particulier à risques cumulés) dessinent, pour nombre de travailleurs étrangers et issus de l'immigration, des parcours professionnels marqués par l'enfer-



mement dans les travaux non qualifiés, pénibles et insalubres, par l'intermittence dans l'emploi et par l'inscription dans des secteurs d'activité aux conventions collectives peu favorables. Une enquête en cours sur les cancers d'origine professionnelle en Seine-Saint-Denis, permet la reconstitution systématique des parcours professionnels de patients atteints de cancer dans trois hôpitaux du département (A. Thébaud-Mony, 2003). Dans la moitié des cas, les patients ont moins de soixante ans, et nombreux sont les travailleurs étrangers ou issus de l'immigration, notamment maghrébine. Ainsi, aux deux extrêmes de leur vie active subissent plus que les travailleurs français les conséquences de l'absence d'une véritable politique publique de prévention en milieu de travail et buttent sur des pratiques discriminatoires insidieuses ou directes des institutions sanitaires et sociales.

Ce bilan oblige à s'interroger non seulement sur l'évolution des droits à la santé au travail dans sa double dimension de réparation et de prévention, mais aussi à la manière dont les mouvements sociaux qui luttent pour la défense de ces droits prennent en compte la situation des travailleurs étrangers ou issus de l'immigration.

La lutte de l'amiante

La principale lutte en matière de santé au travail des dix dernières années a été celle de l'amiante. L'Association nationale de défense des victimes de l'amiante (ANDEVA) compte aujourd'hui plus de huit mille adhérents. Nombreux sont les étrangers salariés dans ces secteurs où le droit du travail est constamment bafoué. La lutte sur l'amiante a indéniablement permis des avancées importantes en droit de la santé au travail, à commencer par l'interdiction de la commercialisation et de l'usage de l'amiante en 1997. Elle n'a cependant pas vraiment permis d'agir sur l'inégalité de traitement entre travailleurs français et étrangers, en particulier pour l'accès à la cessation anticipée d'activité des anciens travailleurs de l'amiante (ACAATA), qui est un acquis important de la lutte sur l'amiante.

En premier lieu, peuvent bénéficier de l'ACAATA les travailleurs d'entreprises figurant sur la liste de celles reconnues comme ayant notoirement exposé leurs salariés à l'amiante. Cette liste est établie par le ministère, sur consultation d'une commission dans laquelle siègent l'Etat, les représentants des partenaires sociaux, les associations de défense des victimes de l'amiante. Figurent dans cette liste essentiellement les grands donneurs d'ordre concernés et les entreprises ayant transformé ou utilisé très directement l'amiante. En revanche, même dans des secteurs comme le BTP ou la réparation automobile, on compte peu d'entreprises figurant sur la liste, surtout lorsqu'il s'agit de celles situées en fin de cascade de sous-traitance. Or, dans les années d'usage intense de l'amiante (50-90), ce sont celles qui comptaient aussi la plus forte proportion de travailleurs immigrés. En second lieu, peuvent également bénéficier de l'ACAATA, les travailleurs reconnus atteints de maladie professionnelle liée à l'amiante. Or, la reconnaissance passe par une enquête sur l'exposition. Lorsque les postes de travail occupés par la victime sont peu spécifiques d'une exposition à l'amiante, les employeurs refusent de reconnaître cette exposition, ce qui entraîne le rejet de la déclaration de maladie professionnelle. C'est notamment le cas des travailleurs étrangers, polyvalents, manœuvres, anciens OS ou ayant occupé d'autres emplois non qualifiés. Pourtant, dans la démolition, par exemple, ou la réparation automobile, ils ont souvent été (et le sont encore) les préposés aux travaux les plus exposés. Enfin si, formellement, ayant réuni les conditions requises, les travailleurs étrangers et immigrés peuvent en bénéficier, le niveau de pension octroyé en a dissuadé plus d'un de demander l'accès à ce droit. Il faut ici souligner que certaines entreprises ont utilisé l'ACAATA pour licencier, ne laissant alors pas le choix aux

travailleurs concernés, ce qui leur a fait perdre leurs droits au licenciement.

Vers une retraite anticipée ?

On ne dispose pas de données fiables sur la mortalité précoce des travailleurs étrangers vivant ou ayant vécu en France. Mais, dans l'inégalité générale d'espérance de vie à trente-cinq ans entre ouvriers et cadres (huit ans en moyenne), on peut avancer l'hypothèse que les étrangers sont les plus concernés par la mortalité précoce. Leur insertion dans les secteurs de la production les plus exposés à l'amiante devrait leur permettre d'accéder de plein droit à la cessation anticipée d'activité des anciens travailleurs de l'amiante.

L'expérience de cette disposition est importante puisqu'elle anticipe peut-être sur des dispositifs à venir concernant l'accès à la retraite anticipée tenant compte de l'exposition à d'autres risques ou à la pénibilité du travail. Le conseil d'orientation des retraites en étudie actuellement la possibilité. Les syndicats et associations de défense des droits des étrangers ont là un champ important à investir pour qu'une égalité de droit devant la loi ne vienne pas renforcer encore une forte inégalité de fait en raison des conditions d'emploi, de salaire, de santé et de travail des travailleurs étrangers ou issus de l'immigration. La seule revendication permettant de surmonter ces processus discriminatoires serait d'introduire pour des postes de travail reconnus comme dangereux, pénibles ou fortement contraints, un droit à des points retraite supplémentaires : un an pouvant alors compter pour un an et demi, voire deux ans. Ce qui est aujourd'hui reconnu comme droit pour les parlementaires ou pour certains fonctionnaires affectés à l'étranger ne devrait-il pas figurer au premier rang des revendications pour les travailleurs, en grande majorité étrangers, victimes de l'usure au travail et de l'exposition à des risques professionnels à effet différé comme les cancers ?

Les atteintes à la santé liées au travail ont été considérées pendant un siècle comme une composante inéluctable du progrès industriel. La loi de 1898 sur les accidents du travail ouvrait seulement un droit à indemnisation des victimes et de leurs familles. La lutte sur l'amiante a remis en cause cette « fatalité » socialement construite. En février 2002, les arrêts de la chambre sociale de la Cour de cassation concernant la faute inexcusable d'employeurs ayant exposé leurs salariés à l'amiante ont introduit une brèche d'importance dans la logique univoque de l'indemnisation des atteintes liées au travail. Est désormais reconnue comme faute inexcusable de l'employeur le fait que celui-ci connaissait ou aurait dû connaître le risque et ses conséquences et qu'il n'a pas respecté l'obligation de sécurité. Cette jurisprudence obtenue par l'articulation d'un mouvement social et de stratégies judiciaires ouvre plus largement la voie de l'action en faute inexcusable devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale pour toutes les victimes concernées. Elle conduit à redonner sens à la prévention. C'est aussi le seul moyen de lutter contre inégalités et discriminations concernant les étrangers en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Références

Bretin H., *Le nettoyage, aux confins du jour et de la nuit,* Les Annales.

Thébaud-Mony A., Boujasson, M. Levy, C. Lepetit, P. Goulimaly, H. Carteron, M. Vincenti, Parcours-travail et cancers professionnels. Recherche-action en Seine-Saint-Denis (France), revue *PISTES* (Perspectives Interdisciplinaires sur la Santé et le Travail, Montréal), Vol. 5 N° 1, mai 2003.

L'immigrée

Elisabeth Pénide

Médecin généraliste

C'est peut-être d'avoir été l'immigrée en terre étrangère lors de mon enfance, avec des parents refusant de s'intégrer dans la culture locale, qui m'a conduite à ce choix de pratique dans un quartier à forte concentration étrangère, pratique à l'écoute de l'autre.
Cet « autre », qu'il soit Malien, Rwandais, Cambodgien, Maghrébin, ou Turc, immigré sous contrainte économique ou politique, pour survivre dans les deux cas, n'est pas tellement différent de nous, et parfois nous montre des ressources de courage, d'espoir, qui forcent l'estime et le respect.

N. ingénieur diplômé de France, vietnamien, a fui son pays à l'âge de quarante-cinq ans avec trois de ses six enfants, et pour tout bien les vêtements qu'il avait sur le dos. Sans prendre en compte ses diplômes, il sera ouvrier, reprenant des cours du soir pour pouvoir travailler sur les pupitres informatiques, et après vingt ans de loyaux services, touchera une demie retraite ne lui permettant aucun écart. « Docteur, nous avons appris à nous contenter de ce que nous avons : si cela est beaucoup tant mieux, si cela est peu, nous faisons aussi avec. »
A coté de ce refus de reconnaître certaines compétences, que dire de l'esclavage à la française, qui exploite à bas prix des médecins étrangers dans nos hôpitaux pendant plusieurs années avant de daigner accorder à quelques-uns un vrai statut et les laisser enfin prendre les fonctions qu'ils méritent, mais que la plupart des médecins français refusent d'assumer du fait du manque d'attrait financier par rapport à l'exercice privé ?

Esclavage… Cette boucherie casse régulièrement le dos de ses employés et cela sans aucune sanction : tous les cinq à dix ans, une nouvelle sciatique paralysante est déclarée pour avoir porté à dos d'homme des demi-bœufs, demi-moutons… Évidemment, des dos d'hommes immigrés, qui ne rechignent pas à la besogne et qui n'ont droit après qu'à un petit dédommagement de la Sécurité sociale et des fins de droits, car pour les recaser, c'est autre chose…
Combien de dos, d'épaules, de souffrances multiples chez ces ouvriers immigrés travaillant dans des entreprises du bâtiment, ou autre, accidents que l'on pourrait éviter en utilisant plus de matériel, de machines ?

Et pourtant, beaucoup essaient de s'intégrer ou au moins que leurs enfants réussissent dans la vie, mais ce n'est pas chose facile quand on est relégué dans un quartier comme le Neuhof. Lorsque son enfant présente des difficultés scolaires, cette femme se démène pour l'inscrire dans une SEGPA du centre-ville et ne manque aucune réunion, aucun rendez-vous fixé par l'école. L'enfant fait de nets progrès et les professeurs le félicitent, sauf le conseiller d'éducation qui n'oublie pas que cet enfant vient de la cité du Neuhof, et le décrit comme un caïd dans la cours de récréation menaçant sa mère de le renvoyer. La mère se demande si « Neuhof » est gravé sur le front de son fils…

Ce Maghrébin a perdu son fils d'un coup de pistolet dans la nuque lors d'un contrôle autoroutier. Sa peine n'est-elle pas assez grande pour qu'il reçoive à son domicile des torchons inqualifiables débordant d'insultes racistes et de menaces de mort ?

Comme dit mon vieil Amar, patient de bientôt 89 ans, âge canonique au Neuhof, qui a survécu à la canicule et à la mort de son chien : « Qu'on soit noir ou blanc, le sang, il est toujours rouge, docteur… ».

Abdelmalek Sayad, *La double absence,* Seuil, octobre 1999

L'auteur est un sociologue d'origine algérienne. Ce livre, réalisé à partir d'articles écrits au cours de sa vie, est préfacé par Pierre bourdieu. L'origine d'Abdelmalek Sayad, son statut d'immigré et d'émigré l'a prédisposé à s'engager au côté de ses semblables. Certains des articles qui ont servi à la publication de cet ouvrage ont déjà quelques années ; même si depuis, l'immigration s'est modifiée dans sa structure, la finesse de ses analyses et la force de son écriture nous éclairent considérablement sur la réalité des immigrés en France.

L'idée-force de cet ouvrage est que immigration et émigration sont indissociablement liées, comme le recto et le verso d'une même histoire. Mais ce livre nous démontre jusqu'à quel point le discours sur l'immigration est un discours construit, un discours de dominant, peut-être pour faire accepter l'inacceptable. Ce discours est cependant partagé par tous, pays d'émigration et travailleurs étrangers eux-mêmes, et c'est cela même l'effet de la colonisation : adopter les valeurs et le discours du pays dominant. L'étranger qui vient travailler en France est aussi un émigré qui a tout quitté, son pays et sa famille, sa langue et sa culture, pour venir gagner sa vie et celle des siens en acceptant des emplois difficiles. Nous percevons bien la précarité de sa situation en France, mais aussi sa solitude. Nous pouvons imaginer ce que représente d'économiser sous après sous, pour aider sa famille restée au pays. Nous ne les connaissons qu'en pays d'exil. Mais pourtant, avant d'arriver ici, ils viennent de quelque part. En partant, ils ont laissé plus que leur famille, ils ont perdu leurs repères, leurs savoirs, leur culture. Les migrants vont profondément modifier du fait de leur présence en France, la relation que la société dite d'accueil entretient avec eux, mais l'émigration va aussi bouleverser durablement la structure de la société d'origine. Les hommes valides partent, ils ne seront plus paysans. Ce n'est plus la terre qui fait vivre, c'est la France. Les enfants ne feront plus le même travail que leur père, et ainsi est remise en cause la valeur du savoir que leurs pères peuvent transmettre.

L'émigré/immigré fait l'expérience de l'exil. Il va perdre ses repères et se trouver confronté à d'autres valeurs, celles du pays dominant, qui a colonisé les hommes jusque dans leur tête. Pour lui, c'est jusqu'à la notion de temps qui est modifiée. Il apprend la différence entre-temps privé et temps public, temps du patron et temps dit de loisirs. La relation au corps social est modifiée : il fait l'apprentissage de l'individuation. Il apprend à travailler pour lui, à manger seul. Il n'est plus protégé par son groupe d'origine. Il a vécu dans un groupe social cohérent où l'individu n'avait pas de valeur en dehors du groupe. Ici c'est tout le contraire. Il apprend aussi le racisme, il développe des stratégies pour s'en protéger. Il se sent profondément coupable, coupable d'être ici, de « voler » son travail et les moyens de sa survie. Mais aussi coupable de ne plus être là-bas. Il est entre deux temps, entre deux lieux. Il n'a déjà plus sa place là-bas.

Ce livre est à lire absolument. Après l'avoir lu, en abordant un travailleur étranger, nous accueillerons autant l'émigré que l'immigré, nous nous intéresserons à cette autre part de lui-même celle qu'il ne montre plus, celle qu'il a laissée derrière lui, sans pour autant l'enfermer dans sa culture d'origine.

Catherine Jung

Le registre du politique

Jean-Pierre Lellouche

Médecin pédiatre

Le médecin est seul. Quels que soient les problèmes auxquels il est confronté, il est seul. Doit-il lutter contre le saturnisme, la varicelle ou la dépression du vieillard ? Il doit se débrouiller. Il n'y a pas de lieu où les problèmes sont identifiés et nommés et où une stratégie est pensée. Il n'y a pas non plus de surveillance épidémiologique ni d'évaluation et donc pas de réorientation d'une stratégie en fonction des résultats constatés. Il y a, par ailleurs, très peu de journaux indépendants (et ceux-ci ont de faibles moyens) et beaucoup de journaux dépendants (et ceux-ci ont des moyens considérables).

Solitude et absence de débats sont accentuées par les divisions entre spécialistes et généralistes entre médecins de ville et d'hôpital.

C'est dans ce contexte de solitude et d'absence de débat qu'il faut penser la rencontre entre le médecin et l'exilé. L'exilé, lui aussi, est seul, lui aussi souffre de non-communication. Le médecin n'est pas installé dans un système de santé cohérent organisé responsable, il est un marginal. On lui demande d'apporter un peu de chaleur, un peu de réconfort et quelques soins, mais on lui demande aussi de n'avoir pas trop d'exigences. Le discours tenu de façon plus ou moins explicite aux médecins est celui que tenait un laboratoire pharmaceutique : « Vous ne pouvez rien contre les stress de la vie quotidienne, vous pouvez par contre beaucoup contre leurs effets. »

Exilé de ce que serait une médecine responsable dans un système de santé rationnel, le médecin est perdu dans ses rêves. Il porte en lui l'aspiration à une médecine utopique, mais il a compris qu'elle ne se réalisera pas.

L'exilé est le lieu de projection idéal de toutes les frustrations. Mais il ne peut l'être que s'il se situe dans le registre de l'humanitaire et pas du politique. L'exilé déboussolé, désemparé, souffrant peut trouver une aide auprès du médecin et cette aide a une importance considérable avec deux réserves : elle ne concerne que cet exilé-là et ne peut jouer qu'à court et moyen terme. Mais l'exilé a aussi besoin que l'on comprenne l'expérience historique et politique qui est la sienne et celle de ses proches. Et là, l'écoute amicale du médecin, même si elle est essentielle, ne suffit plus. Il faut que la société d'accueil sache ce qu'a été la guerre d'Algérie et ce qu'a été le phénomène harki, il faut qu'elle sache ce qu'a été le castrisme et ce qu'il est devenu, il faut qu'elle sache ce qu'ont vécu les Hutus et les Tutsis. L'exilé a besoin de rencontrer la vie politique et sociale du pays d'accueil. Il n'est pas qu'un malade ou un malade potentiel, il doit devenir un citoyen.

La dynamique du chemin

Anne-Marie Pabois

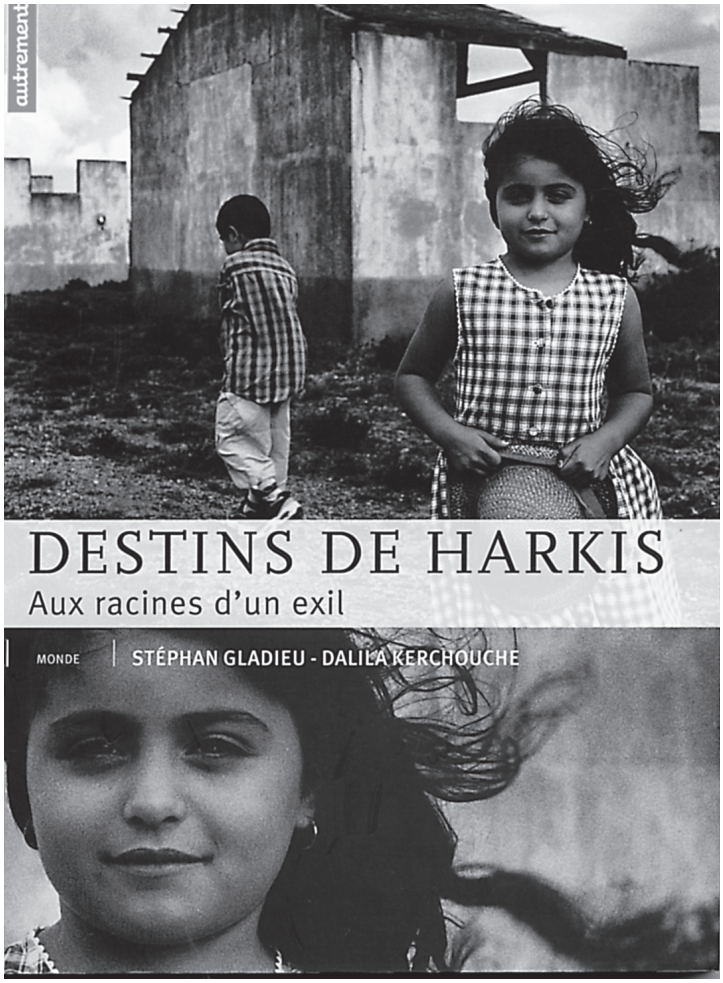
Médecin généraliste

Dans l'exil, il me semble qu'il y a à la fois le vide et le plein : vide de tout ce qui manque et fait souffrir et richesse de tout ce qu'on fabrique à bout de bras, à bout de cerveau, à bout d'énergie et qui rejaillit sur l'autre de cette dynamique du chemin.

Dans l'exil, il me semble qu'il est question non pas d'histoires spécifiques, mais d'histoires singulières, celles d'un sujet entremêlées à l'Histoire collective. Parcours vacillant fait d'efforts permanents pour tenter de s'ajuster, construction précaire approximative, à l'Histoire déjà écrite de la nouvelle terre.

Sous-jacente, lancinante, la question de l'identité : qui suis-je et qui est l'autre par rapport à moi ? Le même ou le différent pas tout à fait le même et un peu le même...

Stephan Gladieu et Dalila Kerchouche, *Destins de harkis, aux racines d'un exil,* collection Autrement, Monde/photographie, 2003



Un photographe et une journaliste (1) ont rassemblé des témoignages et des photos bouleversantes de femmes et de filles de harkis qui tentent de traduire « ce silence qui suit l'après-guerre, celui des camps de harkis en France, de l'opprobre et du rejet ». La préface de Jean-Jacques Jordi resitue le destin de ces Algériens devenus, souvent par nécessité, des combattants alliés des Français « jugés collaborateurs, traîtres, loyalistes ou légalistes » selon les différents points de vue. Le récit des tortures et des exactions commises par le FLN et l'ALN revient dans les récits, mais c'est sans doute les conditions d'exode, puis d'enfermement d'environ 85 000 harkis dans les camps du Sud de la France depuis 1962 dont nous connaissons le moins l'extrême violence. On commence seulement à percevoir à travers ces témoignages récents et le soutien d'associations les conséquences psychologiques, notamment sur les enfants nés dans ces lieux ignorés ou méprisés de tous. La récente journée d'hommage aux harkis le 25 septembre 2001 a sans doute permis la réalisation de ce « voyage intimiste et subjectif au cœur du drame des harkis » et cette publication, qui a reçu le soutien du ministère de la Défense. Les photos permettent de soutenir la violence des récits et d'ouvrir les yeux sur notre immense ignorance et inconscience entretenues par les gouvernements successifs. On y découvre tous ces visages empreints de fierté de désolation, de colère, de nostalgie et de résignation, on y voit la misère, l'insalubrité et les barbelés des camps français. Un livre qui suscite une réflexion et rend accessible à tous cet exil et cet accueil impossible. Les harkis symbolisent-ils encore, quarante ans après, une face peu glorieuse de l'histoire de France, l'engagement auquel beaucoup de Français et d'Algériens ont cru, celui des colonies et de cette France de « Dunkerque à Tamanrasset » ? Puissions-nous entendre le message de ces témoignages de harki, accepter de retrouver la mémoire et apprendre à reconstruire après les guerres ! Peut-être y découvrirons-nous un sens et une façon de vivre la citoyenneté dans une démocratie ?

Françoise Ducos

1. Dalila Kerchouche auteur de *Mon père, ce harki* au Seuil.

Résumé : Les stratégies sécuritaires des États face aux migrants, dans un contexte paradoxal de globalisation, conduisent, en creusant les écarts, à refuser aux peuples pauvres, réduits aux dangers de la survie, la transnationalité qui est, de fait, de plus en plus accordée aux peuples riches.

Migrations et exils

Rada Ivekovic

Philosophe

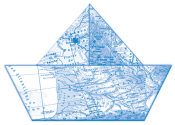
Dans les phénomènes de migrations de masse, qui ont lieu maintenant partout dans le monde (migrations parfois intérieures à un pays, ou bien le dépassant dans la région, ou clairement internationales), on reconnaît la construction d'une ethnicisation et d'une racialisation au service des intérêts dominants. Car ce sont, en général, les populations du Sud, du Tiers Monde, ainsi que les migrants, qui sont naturalisés et tribalisés. « La nation pour nous, l'ethnicité pour vous ; nous nous globalisons, tandis que vous vous fragmentez ; la nôtre est démocratie, la vôtre violence. » (1)

Les migrants aujourd'hui se confondent : on ne peut plus distinguer les déplacés politiques, les divers réfugiés, exilés, chassés par la guerre, des migrants économiques. La Convention de Genève de 1951 (Nations Unies) sur les réfugiés politiques et leur non-refoulement est aujourd'hui périmée pour trancher la question (R. Samaddar), puisqu'elle ne donne aucun rôle actif (aucun statut de sujet) à la personne intéressée (un organisme décidera pour elle) ; puisqu'elle suppose qu'il n'y a qu'un État pour pouvoir se situer en amont des poursuites que l'individu fuit ; et puisque la guerre ou la misère ne sont pas reconnues comme pouvant être à l'origine d'une demande d'asile politique. On l'a vu pendant la décennie des guerres yougoslaves : les États européens et l'Union Européenne ont tout fait pour appliquer la convention de manière restrictive et n'ont accueilli les migrants demandeurs d'asile qu'à contrecœur et en quantités inférieures à leurs capacités (sauf à mettre en question leur propre confort ou, plus probablement, leur imaginaire sécuritaire). Au contraire, les populations des pays européens étaient souvent, elles, mieux disposées à accueillir les demandeurs d'asile que les gouvernements.

Alors que le nombre des migrants croît de manière exponentielle partout dans le monde, les intégrations régionales comme celles de l'Europe ou de la Zone de libre-échange des Amériques ne semblent encore prêtes ni à penser ni à construire leur citoyenneté en conséquence, mais elles cherchent surtout à endiguer les arrivées et à se « protéger » par des stratégies sécuritaires. (2) Et si certains génocides ont pu, par le passé, déboucher sur l'établissement d'un État appelé à redresser le tort subi par les victimes (les Juifs auxquels l'État d'Israël fut concédé au détriment même des populations palestiniennes), d'autres génocides (Rwanda) n'ont pu être suivis de « l'exportation du problème ». C'est ainsi que l'Afrique des Grands Lacs n'a pu que garder ses populations victimes dans la région, répandant le problème à l'origine des violences et déchirant ainsi les sociétés d'une bonne demi-douzaine de pays. (3)

Tandis que les populations du Sud, d'anciennes colonies du Tiers-Monde, des pays de l'ancien « bloc de l'Est » et les laissés pour compte du Nord ont de plus en plus de mal à se déplacer librement et individuellement vers une vie meilleure, en raison de leur paupérisation générale et des systèmes de visa prohibitifs des pays riches, des masses considérables y sont tout de même contraintes. Ces déplacements de pauvres touchent d'abord la région et les pays proches, et

http://www.mondialisations.org/php/public/art_visu.php?r=tout&txt_rech=Ivekovic



précipitent seulement une infime partie, la plus désespérée ou la plus persévérante, sur des embarcations de fortune destinées à s'échouer sur des rivages supposés de cocagne. Des murs s'érigent par endroits contre ces malheureux (comme entre le Mexique et les États-Unis, ou en Palestine construits par Israël). Mais les capitaux, eux, se déplacent sans entrave vers la main-d'œuvre la moins chère. Les nouvelles technologies font voyager virtuellement les plus fortunés. Une vraie élite transnationale et cosmopolite de cadres, d'industriels, de banquiers, de spécialistes, de politiciens, de privilégiés, voyage comme elle le désire. Pour elle, c'est devenu parfaitement banal. Des hordes sans cesse croissantes de touristes à la chasse de la particularité « tribale » (qu'ainsi elles reproduisent), pratiquent de leur côté « l'évasion », creusant ainsi toujours un peu plus le fossé. Les riches voyagent de plus en plus à leur gré (même en navette spatiale…), les autres forcés et contraints par les effets pervers de la globalisation. La planète devient toujours plus petite pour certains, et toujours plus hors portée pour d'autres à qui la nourriture, l'eau et même l'air viennent à manquer, pour ne rien dire d'une maison, de l'éducation et de la santé.

1. *Those Accords. A Bunch of Documents,* South Asia Forum for Human Rights, Paper Series 4, Kathmandu, 2000.
2. Étienne Balibar, *Nous, citoyens d'Europe ? Les frontières, l'État, le peuple,* Paris, La Découverte 2001.
3. Mahmood Mamdani, *When Victims Become Killers. Colonialism, Nativism, and the Genocide in Rwanda,* Princeton University Press (NJ), 2001.

L'impossible retour

Mohammed K.

Enseignant militant exilé

Pourquoi serais-je tant attaché à la terre où je suis né ?

Pendant onze ans, je n'ai pas pu rentrer dans ma famille à cause de l'oppression de la dictature marocaine, ce n'est pas un attachement à une terre, c'est un lien viscéral à un peuple en lutte. Mon village est le lieu où j'ai dû apprendre des versets du Coran par cœur, où les maîtres de mon enfance m'ont frappé les doigts avec leurs règles, ils m'ont appris l'injustice et la haine ; c'est à cause d'eux que la lutte est pour moi devenu une nécessité.

Mais ce pays est aussi celui du visage qui me reste en souvenir, celui de l'ouvrier qui m'a tendu sa blouse de travail pour échapper au barrage de police. Être attaché à un pays sans pouvoir y retourner, ce n'est pas construire une autre vie dans un pays d'accueil, ce n'est pas fuir la misère, c'est s'inscrire dans la durée, c'est trouver l'énergie de la lutte d'aujourd'hui dans l'appartenance à une lutte au-delà du temps. Je peux soutenir la cause des Palestiniens avec toute la force dont je suis capable, mais la libération de mon pays est ancrée dans mes tripes.

Se dire citoyen du monde est peut-être un luxe que peuvent se permettre ceux qui n'ont pas été déracinés de force, ceux dont le nomadisme, le lieu de vie relèvent d'un choix et non de l'oppression.

Impossible de faire médecin

Martine Devries

Médecin généraliste

J'ai assez râlé lorsque je travaillais à Sangatte (1)… mais, depuis que le camp est fermé, je ne peux plus « faire médecin » auprès des réfugiés : ces personnes, entre 100 et 200 chaque jour, sont dans les rues ou les squats, chalets de la plage, blockhaus, hangars, ils viennent prendre un « repas » à 14 heures sur un terrain vague qui leur est affecté, et un pique-nique le soir près d'un hangar du port.

Sur le terrain vague, la camionnette « Médecins du monde - Secours catholique », conduite et occupée par Monique, l'infirmière et parfois par d'autres, est présente, presque tous les jours, les réfugiés malades s'y rendent. L'infirmière, pliée en deux (la camionnette est petite) écoute, nettoie, panse, plaisante et console, petits bobos et grosse pathologie. Si le cas est grave, elle adresse à l'hôpital, si elle se pose des questions, elle me téléphone et, lorsque c'est possible, je reçois la personne au cabinet, dans tous les autres cas, elle se débrouille, dans la plus grande des solitudes, distribuant, paracétamol et antibiotiques, au petit bonheur, et avec la plus grande conscience professionnelle : les deux sont compatibles, je vous assure. Les réfugiés sont Iraniens, Africains, Tchétchènes… il n'y a pas d'interprète et ils parlent rarement anglais.

En dehors des lieux et heures de « repas », ils sont discrets dans la ville, on ne les voit pas, tellement ils craignent d'être raflés par la police.

Alors, se rendre chez un médecin, attendre l'après-midi ou le lendemain, revenir pour voir si ça va, surveiller l'évolution, tout cela dont « ma » médecine est faite est impossible. Encore moins établir une anamnèse, savoir ce qui a été fait comme traitement auparavant. Imaginer que le traitement puisse être suivi : n'en parlons pas ! Le moindre élément de l'acte médical est renvoyé à l'absurdité et à l'invraisemblance de leur situation : ils ne peuvent pas revenir demain, parce qu'ils seront en Angleterre, ou, plus vraisemblable, en centre de rétention ! Ils ne peuvent pas garder un traitement sur eux : la police, la pluie… ils ne peuvent pas prendre un comprimé effervescent : ils ne boivent pas dans un verre ! Quant à aborder les pathologies, comment traiter des maux de tête, une constipation ou un mal de ventre chez une personne qui n'a même pas une pierre pour mettre sous sa tête ? Et comment traiter une pathologie cutanée, alors qu'il n'y a pas d'endroit pour prendre une douche ?

Alors moi, je ne peux pas faire médecin, même pas faire semblant, je renonce. Je ne suis pas fière.

1. Voir *Pratiques* n° 20.

Médecin agréé

Philippe Regard

Médecin généraliste

Le médecin agréé est nommé par le Préfet du Département. Une de ses prérogatives est d'examiner les étrangers en demande de permis de séjour pour raison de santé…

A ce titre, un de mes premiers chocs a été la vision de cet enfant turc, brûlé sévèrement aux deux jambes, à l'occasion d'une violence institutionnelle dans son pays. Ses parents n'avaient pas obtenu le statut de réfugié politique. L'état de l'enfant nécessitait des greffes. A dialogue difficile (contrainte de la langue), situation de détresse extrême, violence insupportable, photos comme moyen de communication, et des yeux apeurés de l'enfant…

Autre situation dantesque, la rencontre avec cette grand-mère rwandaise, qui avait vécu l'incendie de son village et sa famille décimée devant ses propres yeux dans des conditions indicibles… Elle s'était vue également refuser le statut de réfugiée politique. Elle s'était rapprochée de sa petite fille qui vivait dans la région. Elle ne parlait plus. Comment entrer en contact avec elle ?

Dans ses conditions la loi « Chevènement » demande à ce que le requérant présente une pathologie d'« une exceptionnelle gravité », qu'il ne puisse pas être soigné dans son pays d'origine, et que l'absence de traitement entraîne pour lui un « risque vital ».

Est-ce que les autorités seront d'accord pour comprendre que la dépression de cette vieille dame comme les cicatrices de ce jeune enfant sont aussi graves qu'un cancer ou que le Sida ?

Résumé : Déjà fragilisée par les traumatismes de l'exil et des persécutions, la santé des exilés est encore altérée par la précarité de leur statut juridique qui résulte de la crise du droit d'asile, sur fond d'inhospitalité légitimée par le discours sur les « faux réfugiés ». Face à la demande de prise en charge induite par cette situation, où le bénéfice socio-juridique se mêle aux attentes médico-psychologiques, les soignants sont amenés à élaborer des stratégies thérapeutiques parfois difficiles, pour concilier les objectifs du soin et de la dignité de la personne.

La santé en exil

Arnaud Veïsse

Médecin généraliste, directeur du Comede (Comité Médical pour les Exilés)

Voilà donc à quoi ça ressemble, un héros : un Congolais de cinquante-deux ans qui dort au Samu Social. Chauffeur de taxi à Kinshasa, il a été arrêté et torturé pour avoir donné asile à des amis de sa femme, d'origine Tutsi, au plus fort des pogroms qui ont suivi le retournement d'alliance entre feu Kabila père et ses alliés rwandais. Il l'a fait parce que « c'était normal » - la solidarité comme règle de politesse. Il consulte pour son diabète, difficile à équilibrer avec un régime constitué d'aide alimentaire quotidienne. Fréquente dans la rencontre thérapeutique, cette prise de conscience qu'un « héros » se présente sous l'aspect d'un SDF semble plus difficile à réaliser par le biais des médias. Les réfugiés de nos journaux télévisés, fort nombreux et forts plaints, sont ainsi devenus des êtres virtuels. Arrivés en Europe et en France, c'est-à-dire sur le trottoir d'en face, ils se transforment alors sous nos yeux en « faux » réfugiés, suspectés de chercher dans la migration un bénéfice toujours économique, et parfois médical.

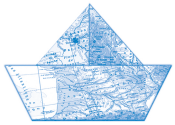
De la protection vers la compassion

Le contexte économique et politique n'incite pas à regarder mieux. Notre myopie collective permet ainsi que se poursuive le démantèlement progressif du droit d'asile opéré par tous les gouvernements depuis la suppression du droit au travail pour les demandeurs d'asile en 1991. Depuis lors, les conditions de survie dans lesquelles la plupart des exilés sont maintenus par la précarité de leur situation administrative renforcent les effets médico-psychologiques délétères des traumatismes de l'exil et des persécutions. De « réfugiés » dans les années quatre-vingts, les exilés sont devenus des « demandeurs d'asile », puis des « sans-papiers » : en 2003, parmi 54 429 demandeurs d'asile, 9 790 ont été « reconnus réfugiés » et les autres déboutés. Avec ou sans papiers, et toujours sans droits, la plupart devront patienter pendant plusieurs années dans la salle d'attente de la société, jusqu'à la reconnaissance tardive du statut de réfugié ou la délivrance d'une carte de séjour « *vie privée et familiale* ».

Avec 80 000 patients de plus de 130 nationalités pris en charge depuis 25 ans, le Comede représente un poste d'observation unique de la santé des exilés en France. Ces personnes s'adressent au centre de santé du Comede pour une demande souvent associée de soins médico-psychologiques, d'accès aux soins, de bilan de santé et de conseil médico-juridique. Pour la plupart des patients, la demande de soins recouvre une demande de relation, de réparation et de reconnaissance, dans une symptomatologie dominante de névrose traumatique plus souvent que de dépression réactionnelle. L'accès aux soins a connu des progrès importants au cours des dix dernières années, mais au prix de l'exclusion progressive des *sans-papiers*. L'Aide Médicale Etat, qui leur a été réservée par la réforme CMU, risque fort de devenir virtuelle à son tour depuis la suppression législative de la procédure d'admission immédiate.

Pour les demandeurs d'asile en cours de procédure, le droit systématique au régime de base de l'Assurance maladie et à la complémentaire CMU devrait leur épargner l'exclusion des soins. Mais, en

Comede
Hôpital de Bicêtre
78, rue du Général-Leclerc, BP 31, 94272 Le Kremlin-Bicêtre Cedex
Standard : 01 45 21 38 40
Permanence Suivi Médical : 01 45 21 39 59
Permanence Accès aux Soins : 01 45 21 63 12
http://www.comede.org



raison de la complexité de la réglementation et à cause de la méconnaissance persistante par de nombreux acteurs du système de santé, y compris des agents de la Sécurité sociale, il reste nécessaire d'intervenir régulièrement face à des refus illégaux à toutes les étapes : immatriculation, affiliation et ouverture de droit à la protection complémentaire, notamment en cas de demande d'admission immédiate justifiée par l'état de santé du patient. En outre, si la CMU base et complémentaire permet d'obtenir l'intégralité des soins médicaux nécessaires, des prestations aussi indispensables que l'interprétariat ou la psychothérapie restent financièrement inaccessibles en dehors de dispositifs spécifiques souvent surchargés.

Le bilan de santé constitue également une demande fréquente des patients du Comede. Le plus souvent, il s'agit de faire le point sur le corps maltraité par les persécutions, et les patients sont alors rassurés par l'absence de maladie grave. Lorsque le traumatisme est important, il arrive que le patient accueille douloureusement l'annonce de résultats « normaux », ce qui ouvre généralement la voie à la psychothérapie. Le bilan de santé conduit aussi le médecin à annoncer de mauvaises nouvelles, en premier lieu la maladie grave ou chronique, qui complique encore les perspectives de survie en France comme au pays d'origine. Mais une autre annonce est de plus en plus souvent douloureuse : votre maladie ne permettra pas d'avoir des papiers. Non, le certificat médical n'y changera rien. Oui, vous êtes atteint d'une maladie grave et chronique : débouté de l'asile, vous êtes sans-papiers, probablement pour longtemps.

La tentation du certificat

Au cours des dernières années, les demandes de certificat médical pour l'asile et de rapport médical pour la préfecture ont connu une progression considérable à mesure que les conditions juridiques et administratives se sont aggravées. En matière de droit d'asile, le discours sur les « faux » réfugiés s'est accompagné de l'exigence toujours plus grande de « preuves » de persécutions. Dans ce contexte, le certificat médical de « sévices et tortures » est actuellement très prisé, et sa composante « traumatisme psychologique » particulièrement à la mode dans les demandes formulées par les avocats, souvent au mépris des effets d'une telle demande sur la santé de survivants renvoyés au statut de « victimes » pour les besoins de la procédure. Fondée sur le mythe de la « preuve », cette « prime à la torture » témoigne d'une application restrictive de la convention de Genève, qui évoque des craintes de persécutions et non des persécutions avérées. Pour les recalés de l'asile, la régularisation pour raison médicale peut être utilisée comme voie de recours, en cas d'affection grave qui ne peut être prise en charge au pays d'origine. Or six ans après sa création, le droit au séjour des étrangers malades est entré à son tour en crise, avec de multiples refus de renouvellement de cartes auparavant délivrées depuis une ou plusieurs années. Refus et recours portent actuellement sur la notion de « risque d'exceptionnelle gravité » et sur les diff cultés d'appréciation de l'accès aux soins au pays d'origine, notions qui doivent être précisées par un décret d'application de la loi Sarkozy en cours de parution. Ces demandes de rapports et recours sont particulièrement délicates à gérer en cas de pathologie anxio-dépressive. En matière de psychothérapie, l'illusion tragique que la souffrance donnerait des droits conduit à des impasses redoutables.

La préservation de la relation thérapeutique repose sur une prise de conscience adéquate des réactions de contre-transfert : la toute-puissance du « sauveur » convaincu de faire de « bons certifi-

cats », le rejet provoqué par un sentiment d'impuissance, la partialité de celui qui veut dire sa « conviction », la colère vis-à-vis des tortionnaires avec risque de subjectivité, colère parfois transférée sur les instances de décision, sur l'avocat ou sur l'association de soutien. La colère peut également se retourner contre le patient en raison de l'exposition à un degré inhabituel d'anxiété ou de l'impression d'être « utilisé » par le demandeur. Ces réactions sont potentialisées par la frustration du soignant qui ne peut soigner, puisqu'il ne doit pas guérir au risque de compromettre les projets du patient.

La réponse à ces demandes suppose des connaissances médico-psychologiques, mais aussi des repères juridiques et éthiques, afin d'élaborer les compromis les moins nocifs et de les réévaluer à intervalle régulier. L'impartialité de l'expertise est indispensable, mais la neutralité n'est ni possible, ni souhaitable. En outre, l'actualité du droit d'asile et du droit aux soins promet d'intensifier les problèmes de santé et les attentes des exilés. La loi Villepin va conduire à multiplier les déboutés, la loi Sarkozy à multiplier les statuts administratifs précaires, alors que l'Aide Médicale Etat subit actuellement sa troisième amputation en dix-huit mois. Au-delà de l'exclusion des soins consécutive à la suppression programmée de l'AME, ce contexte politique va renforcer encore la demande de soins médicaux, comme il va renforcer la demande de soutien sous-jacent : soutien psychologique, social et juridique.

Comede, *Le Guide du Comede 2003*

Comment rédiger un certificat médical pour appuyer une demande de droit au séjour pour une personne malade ? Quelle différence avec un certificat médical pour demande d'asile conventionnel ? Comment faire au cours de l'entretien pour ne pas réactiver les souvenirs douloureux et les troubles post-traumatiques ? Vaut-il mieux, pour un réfugié, demander l'asile pour soins ou l'asile conventionnel ? Quels sont les recours possibles en cas de refus, et où les adresser ? Faut-il chercher les services d'un avocat spécialisé ? Celui qui a fait une telle demande, a-t-il le droit de travailler ? Comment peut-il ouvrir un compte en banque ? Peut-il obtenir la CMU ou l'AME ? Quel bilan de santé pratiquer ?

Si vous n'avez pas répondu, il faut vous procurer l'excellent *Guide du Comede*, très précis : il donne la liste des organismes en Île de France, et des bureaux, parfois le nom des personnes ressources ! Il prend également le temps dans l'introduction de décrire le traumatisme psychique et émotionnel du départ imprévu, de l'éloignement définitif du pays et son retentissement somatique. Et même si vous êtes familier de cette pathologie, cela la remet dans un cadre élargi. Le chapitre sur la torture aborde définition et contexte, les sentiments qui accompagnent, les processus d'aliénation physique et mentale, la clinique et les grandes lignes de la prise en charge médicale.

L'ouvrage entier repose sur la constatation que le professionnel de santé est un interlocuteur de premier plan pour le demandeur d'asile, il lui faut à la fois répondre à une demande de soins et se préoccuper de l'accès aux soins : connaître les aspects médicaux, psychologiques, sociaux et administratifs du parcours des exilés est déterminant dans la prise en charge proposée.

Martine Devries

A se procurer auprès du Comede : *Hôpital de Bicêtre, 78 rue du Général Leclerc, BP 31, 94272 Le Kremlin-Bicêtre Cedex.*
http://www.comede.org

Résumé : En offrant l'espace d'un atelier d'écriture à des réfugiés politiques, une enseignante fait œuvre de soin.

Écrire pour vivre

Josette Verhenneman

Enseignante de français langue étrangère

Formatrice en français langue étrangère, j'enseigne à des réfugiés. Mais comment faire dans l'animation d'une classe pour faire jaillir le rire et, surtout, le désir ? L'exil est là, présent, immédiat, pesant et est un véritable frein à l'insertion, à la vie. L'ombre du passé recouvre le présent et installe le problème du sens de son existence. Dans l'idée d'exil, l'idée de contrainte y est omniprésente. L'exilé fuit un régime totalitaire, qui par ses lois répressives, cherche à soumettre une population.

Par ailleurs la torture, l'emprisonnement sont des processus de « déculturation » visant à obtenir une désaffiliation de l'homme à son groupe d'appartenance. Par la peur, la menace, les mauvais traitements, le pouvoir cherche à faire accréditer qu'il est légitime et normatif, la victime est considérée comme étant le « salaud », celui qui ne pense pas « normalement ». On ne torture pas pour faire parler, pour faire souffrir un corps, mais pour faire taire, pour faire renoncer l'homme à ses valeurs, à sa filiation avec son groupe. Le moment d'apprentissage du français par des réfugiés est alors un moment d'acculturation unique où les démarches, les exercices doivent favoriser un travail de réflexion, d'élaboration psychique et de singularisation dans l'usage de la langue. C'est pourquoi j'ai choisi de mettre en place des ateliers d'écriture où les démarches partent du sujet, se fondent sur l'individualité de chacun et aident à la construction de l'identité. En effet, l'écrit est un moyen remarquable de reconnaissance, puisqu'il est trace, inscription, qu'il aide à l'élaboration de la pensée. Les réfugiés sont majoritairement d'origine socioprofessionnelle élevée et l'écrit a construit leurs savoirs, il a été l'arme de leurs combats. Journalistes, poètes, médecins, syndicalistes sont emprisonnés à cause de publications, de prises de position, d'engagement. Redonner l'espace pour dire, pour écrire dans une quête de sens, en dehors de savoirs purement pragmatiques (comme c'est généralement le cas en classe de français langue étrangère), c'est donner le pouvoir de se remettre en marche, c'est redonner la possibilité de penser. De plus, le groupe des autres étudiants qui ont des expériences similaires assure un sentiment d'appartenance.

Mais la torture entraîne des fractures psychiques, le tortionnaire pénètre l'intime de l'être. Souvent, la torture est accompagnée d'insultes, de paroles dégradantes et celui qui est torturé est pensé par le bourreau comme non humain, car avouer, c'est se plier à la volonté omnipotente du tortionnaire et à partir de là, souffrir l'atroce transparence de la dépersonnalisation. Le secret et l'opacité intimes sont fondements de l'identité. Le temps de la maladie ou de l'apprentissage d'une langue de survie renvoie l'exilé à un sentiment de dépendance, d'influence. Le soignant ou l'enseignant qui fait fonction d'exécutant semble avoir le pouvoir de vie et de mort et réactive des sentiments de méfiance qu'il faut savoir entendre. Ce n'est peut-être pas pour rien que j'ai choisi de travailler ainsi, car petite, j'ai été longtemps hospitalisée, confrontée à un pouvoir médical silencieux, ignorant de la souffrance des enfants.

Mais l'exil est aussi une chance… Celle de vivre… C'est un drame, mais ceux qui ne bougent pas, n'ont pas la chance d'être en mouvement, de s'ouvrir à l'expérience, au savoir. Car vivre, ce n'est pas être dans un repli narcissique, ni suivre la route du semblable… Faire partie de la communauté des hommes, c'est être parmi les autres.

Résumé : Les permanences juridiques des associations de soutien aux immigrés alertent sur le refus des services préfectoraux d'appliquer les procédures légales de régularisation.

Le parcours du combattant de la régularisation

Quand la France abandonne son devoir d'accueil et de protection.

Cédric Gratton

Coprésident de la FASTI et du GASProm

La FASTI (Fédération des Associations de Solidarité avec les Travailleurs Immigrés), grâce à son réseau (les ASTIs), connaît, à travers ses permanences juridiques, tous les types de demandes de régularisation. Toutes les procédures sont mises à mal, et ce depuis des années. Néanmoins, les nouvelles lois de M. Sarkozy n'ont fait qu'empirer les choses, rendant toute personne étrangère demandant une régularisation une probable menteuse et délinquante. A Nantes, le GASProm (Groupement accueil service promotion du travailleur immigré) (ASTI de Nantes) connaît de nombreuses situations lors de chacune de ses permanences juridiques.

La situation d'Aïssa (1) est symbolique de ces soupçons perpétuels. Arrivée de Sierra-Leone sans visa, elle fait une demande d'asile. Son village a été attaqué par des miliciens et cela fait des semaines qu'elle n'a pas de nouvelles de son frère. Elle craint pour sa vie. Sa demande d'asile est étudiée en trois semaines et elle est négative. L'argument de l'OFPRA est que le récit n'est pas assez circonstancié et manque de preuves. Il faut dire que, depuis la nouvelle loi Sarkozy, les dossiers de demande d'asile doivent être remplis en trois semaines. Ce qui est quasiment impossible et rend caduque toute recherche de preuves, tentative de contacts avec de la famille restée sur place... De plus, étant Sierra-Léonnaise, la préfecture la surveille tout particulièrement, car il y a de grandes chances, selon l'autorité, qu'elle soit une personne prostituée…

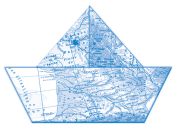
Son voisin, Soriba (1), est marié avec une Française depuis un an. Avant la nouvelle loi Sarkozy, il aurait pu obtenir de plein droit une carte de résidant « Vie Privée et Familiale mention conjoint de française » avec bien le droit au travail. Or, malheureusement, son anniversaire de mariage tombait le 3 décembre 2003, soit trois jours après la mise en application de la nouvelle loi. Il doit désormais attendre encore un an sans travailler, soit deux ans de vie commune pour obtenir sa carte de résident. Vous croyez toujours au discours de M. Sarkozy sur l'intégration ?

A une autre table, la famille Sékouba (1). La mère et leurs trois enfants sont venus rejoindre leur père à Nantes. Ils sont surpris de la carte de résidents qu'ils obtiennent : carte de un an sans droit au travail. Là encore, ces personnes subissent de plein fouet la nouvelle loi qui n'accorde pas, comme c'était le cas avant, le même titre de résident que celui qui est rejoint. En l'occurrence, dans le cas présent, la carte de 10 ans.

Ces personnes rencontrées lors d'une permanence juridique ne sont pas des caricatures. Ces situations sont vécues tous les jours par ces personnes qui « bataillent » pied à pied pour obtenir leur régularisation. Ce tour d'horizon d'une per-

FASTI
58, rue des Amandiers
75020 Paris
Tél. : 01 58 53 58 53
e-mail : solidarite@fasti.org

GASProm
24, rue Fouré
44000 Nantes
e-mail : gasprom@nantes.fr



manence juridique au GASProm n'éclaire pas, malheureusement, l'ensemble de la situation. Tous les niveaux d'entrée, de séjour, d'aides sociales et de droits : au travail, à un logement… sont remis en cause. Pêle-mêle, il faut citer le contrat d'accueil et d'intégration, peau de banane que nous agite le gouvernement pour prouver qu'il œuvre pour l'intégration des personnes ; l'attaque appuyée et répétée depuis deux ans sur l'AME (Aide Médicale État), la quasi-disparition de la carte de malade, les difficultés de plus en plus grande à obtenir une place d'hébergement d'urgence pour des personnes en demande d'asile, compétence et obligation de l'État. Mais celui-ci préfère fermer des foyers et mettre à la rue, comme cela est prévu au 30 mai à Nantes, des familles avec enfants.

Nous rappelons que la situation n'est réglable qu'avec la régularisation totale de toutes les personnes. Vous avez dit France, pays des droits de l'Homme ?

1. Les prénoms sont attribués au hasard.

Résumé : La remise en cause de l'Aide Médicale Etat (AME) et l'augmentation des refus de régularisation d'étrangers gravement malades, nous donnent à voir deux signes alarmants de la dé-légitimation des questions de santé dans l'espace public.

Insécurité sanitaire et sociale

Didier Maille

Responsable du service social et juridique du Comede, membre du Gisti

La remise en cause de l'Aide Médicale Etat (AME) et l'augmentation des refus de régularisation d'étrangers gravement malades, nous donnent à voir deux signes alarmants de la dé-légitimation des questions de santé dans l'espace public.

Résumé des attaques contre la protection maladie et le droit au séjour des étrangers.

Au cours du XX[e] siècle, la légitimité des questions de santé a permis la conquête de nouveaux droits pour tous. Décembre 2002 marque un premier retour en arrière, pour les étrangers.

Côté protection maladie d'abord, le Parlement a voté en deux fois la mise hors jeu des populations sans-ressource-sans-papier, exclusion permise par le gouvernement précédent qui leur avait refusé l'accès à la couverture maladie universelle. Les conditions nécessaires à l'exclusion des soins sont désormais réunies, par exemple (1) :

1 – Suppression de la possibilité d'admission immédiate à l'AME.

2 – Fin de la gratuité par l'instauration d'un ticket modérateur « plafonné » défini par décret (en attente de publication depuis 14 mois).

3 – Ancienneté du séjour en France de trois mois minimum.

La suppression de l'AME limitée aux seuls soins hospitaliers devrait permettre un accès théorique à la médecine de ville pour tous. Il n'en est rien au vu des obstacles pratiques instaurés depuis quatorze mois pour empêcher l'ouverture des droits (la disparition nocive du « régime des attestations sur l'honneur » est attendue par voie de décret mais déjà pratiquée).

Côté droit au séjour pour raison médicale, la tendance est également à l'effritement des droits.

- D'abord par les textes : trois circulaires en six mois mettant en cause médecins traitants et médecins inspecteurs de santé publique, et officialisant les allégations de fraude dont les étrangers et de leurs médecins seraient coupables ; la loi Sarkozy de novembre 2003, qui n'a pas remis en cause l'existence même du dispositif de régularisation des étrangers atteints de pathologie grave (2), mais l'alourdit d'une commission régionale.

– Ensuite, par les pratiques des préfectures et des médecins inspecteurs, qui ont organisés la résistance à l'application du droit (3), conduisant à une épidémie de refus de renouvellement de titre de séjour pour raison médicale (4) y compris, dans cinq départements, pour des personnes séropositives VIH, exposées à un renvoi vers l'Afrique.

Il s'agit donc d'un dangereux repli humanitaire aux dépens du droit résumé par deux régressions : le choix d'une part de créer un obstacle financier pour empêcher l'accès aux soins d'une population notoirement démunie, et d'autre part de transformer le droit au séjour stable avec droit au travail par une tolérance discrétionnaire sans droit au travail sous le couperet d'un non renouvellement.

Note :

Le Comede est membre de l'ODSE, L'Observatoire du Droit à la Santé des Étrangers, qui est un collectif d'associations qui entendent dénoncer les difficultés rencontrées par les étrangers dans les domaines de l'accès aux soins et du droit au séjour pour raison médicale. Il est composé à ce jour des organisations suivantes : Act-Up Paris, AFVS, AIDES, Arcat, CATRED, Cimade, CNCDP-MIB, Comede, FTCR, Giti, Médecins du Monde, MRAP, PASTT, Sida Info Service, Solidarité Sida. ODSE, c/o Sida Info Service, 190, boulevard de Charonne, 75020 Paris - Site : http://www.odse.eu.org

1. Pour un aide mémoire exhaustif de la réforme AME, voir site de l'ODSE : www.odse.eu.org

2. Le vocable « pathologie grave » est ici un raccourci. Pour la définition exacte, voir article 12 *bis*, 11° de l'ordonnance du 2 novembre 1945 : www.gisti.org

3. Voir rapport de l'ODSE de juin 2003.

4. Pour les patients du Comede, le taux d'accord est passé de 94 % en 2002 à 68 % en 2003. Voir rapport 2003 du Comede sur www.comede.org

Comede (Comité médical pour les exilés)
Hôpital de Bicêtre
78, rue du Général-Leclerc,
BP 31
94272 Le Kremlin-Bicêtre Cedex
didier.maille@comede.org

Gisti *(Groupe d'information et de soutien des immigrés)*
3, villa Marcès, 75011 Paris
Tél. : 01 43 14 84 84

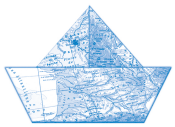
Résumé : Alors que les rapports Nord/Sud empêchent le Sud de se soigner, un médecin hospitalier donne des visages aux étrangers malades qu'elle soigne et témoigne de sa pratique.

Sida, solitudes, rencontres…

Lisadie Fournier

Praticien hospitalier

Entre deux cultures, entre deux histoires, entre ici et là-bas, ils vacillent, ils chancellent, ils espèrent. Dans les hôpitaux franciliens, tous ces patients, concernés par le Sida, attendent avec incertitude et la peur de la vie à venir. Tous ces patients de là ou d'ailleurs. Ceux qui vivent en France depuis longtemps ou ceux qui sont arrivés récemment.
Rencontre d'étrangers.
Seuls, éloignés de leurs villages, de leurs pays. De ces pays au sud du Sahara, mosaïques de paysages et de contrastes, territoires du « pleurer rire » et des paradoxes, continent de lumières et de tumultes, cette Afrique qui vit un désastre épidémique… Isolés dans leurs propres familles, dans leurs communautés d'appartenance, ne pouvant rien dire de cette maladie taboue, de la malédiction, du secret qui tourmente.
A Melun, au sud est de l'Ile-de-France, et ailleurs dans la région, les soignants peuvent témoigner de cette réalité, de l'inquiétude éprouvée, de l'absurdité parfois. Praticien hospitalier et coordinatrice du réseau HIV 77, j'aimerais transmettre cette expérience d'accompagnement de ces patients. Aventure à la fois ordinaire, épuisante et passionnante.
Au-delà des logiques actuelles de contrôle et de répression, au-delà de notre engagement d'équipe souvent trop réduite, dans ces hôpitaux de service public en crise où le droit à la santé devrait être théoriquement applicable à chacun, la situation est complexe.
Les caractéristiques communes de ces populations sont connues : découverte de la séropositivité à un stade tardif, dépistage à l'occasion d'une grossesse, précarité sociale, en particulier pour ceux dont l'arrivée est récente (sans papiers, sans travail, sans ressources, sans logement stable) et relations difficiles avec les institutions sanitaires. Au-delà des difficultés sémantiques concernant la notion de migrant ou d'étranger, autour de la notification du lieu de naissance ou du pays d'origine, la problématique évoque d'abord le thème du déplacement, de l'exil, l'image du manque et de l'absence.
L'étranger même en situation régulière n'a pas tout à fait la même légitimité à faire valoir ses droits. D'après le rapport de l'ODSE (Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers), les exemples cités, quotidiens et banals, des initiatives plus ou moins individuelles de la xénophobie ambiante peuvent aller du commentaire vexatoire à l'intervention néfaste. Selon le collectif, les dérives préfectorales et l'application arbitraire de mesures gouvernementales évoquent une politique restrictive fondée sur une présomption de fraude s'étendant des étrangers malades aux professionnels.
L'accès au séjour pour raisons médicales s'appuie sur l'application de l'article 12 bis11 de l'ordonnance du 2/11/45 modifié qui prévoit la délivrance de plein droit d'une carte de séjour temporaire à l'étranger « *résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement béné-*



ficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire ». L'article, à la base des certificats parfois suspectés de complaisance, deviendrait-il controversé ? La délivrance d'une APS (autorisation provisoire de séjour pour soins) n'est-elle pas un véritable passeport pour l'exclusion, car dépourvue de droit au travail ou à des ressources légales ?

L'accès aux droits, le respect du secret médical, la parfaite compréhension des enjeux, un minimum de qualité de vie sont pourtant des préalables à toute thérapeutique.

Appréhender l'infection VIH est aussi un voyage au-delà des pays d'origine, une rencontre avec l'autre, sa différence, son chemin d'errance, son futur possible… En tant que médecin des hôpitaux, je vais savoir probablement l'examiner cet autre, rechercher une pathologie opportuniste, proposer un suivi, mais que pourrais-je savoir de la souffrance, de la peur si je ne prends pas le temps de trouver la confiance ? D'écouter la vie difficile, l'accès à l'hôpital bourré d'obstacles, la malédiction et la mort annoncée, le rêve brisé dans ce pays idéalisé comme terre d'accueil.

Résonance des parcours de vie : Marie accouchée par césarienne, qui ne doit pas allaiter son enfant, mais sans argent pour le lait et les couches ; Michel refusant les médicaments, car sa femme infectée au pays ne pourra pas recevoir d'antiviraux ; Jeannette qui ne comprend pas le français et, du coup, ne peut avoir l'information ; Marguerite qui a subi des viols en fuyant la dictature et qui souffre de problèmes d'identité ; Théophile qui a perdu la trace des siens et qui se sent inutile au monde ; Awa qui a honte et ne peut parler du préservatif à son mari puisqu'il ignore sa maladie ; Calixte obligée de se prostituer pour nourrir ses enfants ne pouvant mettre son traitement au frigidaire, car ils vivent à l'hôtel…

Nous avons tant à apprendre de ces histoires. Parcours de vies, d'interactions au sein de groupes communautaires qui perdent le sens de la solidarité, d'interventions divines et de prières, de culpabilité et d'interrogations sur l'origine et le sens de la maladie. Offrir une écoute des éléments infra cliniques - entre indicible et inexprimable - demande un temps supplémentaire. Créer des espaces, travailler sur nos représentations, de cet autre, étrange/étranger, approfondir le sens de la relation thérapeutique autour de l'irréductible différence, afin de mieux nous connaître nous-mêmes. Selon le dicton africain, *« la parole appartient pour moitié à celui qui la dit et pour moitié à celui qui l'écoute ».*

Nos réponses locales sont modestes, à la mesure de notre effectif, ridicules devant l'ampleur de la tâche, mais ambitieuses suivant notre volonté opiniâtre de changer ce monde. Objectifs autour de la triade « prévention, dépistage, accès aux soins ». Autour de la prise en charge individuelle et de la vigilance collective, hors les murs et plus loin encore… Il faudrait être plus nombreux, encore motivés et volontaires. De différents horizons, et unis par une éthique commune, ouverts aux collaborations et toujours créatifs. L'épuisement des professionnels, les difficultés d'aménagement du temps de travail, l'indifférence de l'opinion publique, les aberrations des décisions préfectorales sont des contraintes quotidiennes.

Alors, gardant espoir ensemble, poursuivant les chemins de réseaux, ouvrant la parole, réalisant les conditions d'une véritable alliance thérapeutique, nous lutterons contre la solitude. Car *« la solitude est pire que la mort en Afrique, pire que le désert, pire que l'absence d'eau, pire que le pire. La solitude (…) te sépare de tes souvenirs, de tes regards, de tes rêves, elle te retire de ton nom, de ton sol, de ton fleuve, du soleil(…) Elle n'arrêtera jamais. Elle te veut délié. Détissé(…) Elle a des dents pour poursuivre son travail, elle mangera la dernière des traces que tu as pu laisser et elle tuera ton repos. A jamais. Vous comprenez ? »* (1)

1. Dixit « Madame Ba », personnage d'Erik Orsenna.

Que savent-ils (vraiment) des dépenses de l'AME ?

Pierre Volovitch

Chercheur en économie à l'Institut de recherches économiques et sociales (IRES)

N'importe quel responsable qui veut restreindre l'accès à l'AME affirmera qu'elle coûte trop cher. La bonne réponse, c'est que ce n'est pas le problème. Et que la vraie question est celle des besoins des personnes.

Mais, même si c'est secondaire, on peut avoir envie de voir d'où il sort cette affirmation. La seule étude sur le sujet est le rapport IGAS de février 2003. Qu'est-ce qu'on y trouve ? Sur le nombre de bénéficiaires, page 8, « Il a fallu retraiter les chiffres qui incluaient des personnes dont les droits à l'AME n'avaient pas été renouvelés. », page 12 « il est possible que plusieurs personnes utilisent la même attestation, d'où une surestimation de la dépense moyenne », page 32 « il y a des admissions à l'AME de façon transitoire de personnes qui pourraient bénéficier de la CMU ». Sur les caractéristiques (sexes et âges) de la population, page 9, les auteurs ne disposent d'« aucune donnée nationale par sexe et âge ». Sur les dépenses, page 10, « cette comparaison (avec des données de la CNAM) est néanmoins peu conclusive, d'une part car les méthodologies employées diffèrent, d'autres part et surtout car elle ne tient pas compte de l'état de santé des populations étudiées. ». Sur les dépenses hospitalières : la valorisation des dépenses « ne reflète pas réellement le coût économique de chaque séjour ». Enfin « les données disponibles ne permettent pas de connaître la dispersion des dépenses » alors que la dispersion est une information capitale si l'on veut interpréter correctement la dépense.

Bref, la prochaine fois que vous rencontrer un responsable qui vous affirme que l'AME coûte trop cher, vous pouvez ricaner. Dans les faits, avec les informations dont il dispose, il n'en sait RIEN.

IRES
16, boulevard du Mont-d'Est
93142 Noisy-le-Grand Cedex
pierre.volovitch@ires-fr.org

Le meilleur de nos soins, le plus tôt possible

Patrice Muller

Médecin généraliste

Les bénéficiaires de l'AME sont le plus souvent dans des galères de vie. Déracinés, fuyants un pays leur étant devenu insupportable, ils vivent chez nous dans un climat hostile : pauvreté, difficultés de la langue, racisme, conditions de logement souvent épouvantables, travail-au-noir-précaire-dangereux, avec la menace permanente de l'expulsion. Quand un de ces exilés fait une démarche de soin, dans cette ambiance de peur et d'insécurité permanentes, c'est le plus souvent qu'il est à bout et n'arrive plus à tenir le coup physiquement. La première demande de soin est faite à un moment où la maladie est déjà très évoluée : c'est d'emblée un diabétique compliqué ou un cardiaque décompensé qu'il va falloir traiter. La réalité que nous voyons est une sous-utilisation de notre système de soins, in extremis. Il reste beaucoup à faire pour que ces personnes en danger, puissent être prises en charge le plus tôt possible.

Résumé : Après être partie à la rencontre des exilés depuis Sangatte à l'Australie, en passant par l'Afghanistan, Ariane Mnouchkine et sa troupe de comédiens souvent eux-mêmes exilés ont mis en scène en 2003 le Dernier Caravansérail, un spectacle bouleversant fait d' une succession de tableaux sur la vie des réfugiés... Elle a bien voulu répondre à nos questions sur les liens qui relient le rôle politique du théâtre, l'enjeu de l'exil sur nos sociétés et le cheminement de la création artistique.

Une immense interrogation

Entretien avec Ariane Mnouchkine

Fondatrice du Théâtre du Soleil. Depuis 40 ans, elle a créé des œuvres théâtrales sur les questions de notre temps et les tragédies des peuples, notamment 1789 *sur les cahiers de doléance d'avant la révolution,* la Ville Parjure *sur le sang contaminé, et aujourd'hui* le Dernier Caravansérail *sur les exilés*

C'est dans le lieu mythique de la Cartoucherie qui a vu la création d'œuvres qui ont marqué des générations et qui a hébergé, en 1996, des sans papiers en lutte, qu'Ariane Mnouchkine nous a reçu. Elle se relevait à peine d'une grippe, venait d'accueillir comme à l'accoutumée les spectateurs, était attentive au déroulement du spectacle dont on entendait les paroles et la musique à côté, s'inquiétait de la future collation des comédiens pour l'entracte tout en se rendant disponible à nos interrogations.

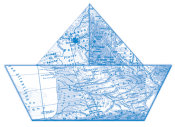
Pratiques : Pendant qu'il y a un repli dans notre société et qu'aujourd'hui, certains disent que beaucoup de réfugiés sont des profiteurs, votre spectacle met en scène la situation dramatique des exilés et ose montrer que parmi eux, il y en a qui exploitent la misère des autres.

Ariane Mnouchkine : Il ne faut pas nier la terrible vérité : il y a des réfugiés qui ne sont pas honnêtes, qui sont des bandits. Dans tous les domaines, que ce soit le domaine social, de l'immigration, des intermittents, qu'il y ait des profiteurs, comment le nier ? Bien sûr qu'il faut lutter contre ces profiteurs, car ce sont eux qui dépossèdent. Il faut laisser les gens dire qu'il y a des profiteurs, car si on n'écoute pas leurs inquiétudes, après ils penseront pire. C'est exactement la même chose en médecine, il y a des médecins qui ne sont pas généreux, qui soignent mal, qui ne suivent pas les progrès de la médecine, qui n'écoutent pas leurs malades. De même, il y a des réfugiés qui sont des bandits. Et alors, qu'est-ce que ça change quant aux autres ? Rien, si ce n'est que les transgresseurs ne compliquent encore plus la vie des autres. Malgré cela, il y a un grand nombre de gens qui ont vraiment besoin d'aide. De même, il faut aussi leur dire qu'ici, aussi, il y a des Français qui souffrent. Il faut dire à un réfugié qu'il ne peut pas passer avant tout le monde. Certains réfugiés croient arriver dans un pays où l'or pousse sur les arbres. Un jour, quelqu'un se plaignait amèrement de Sangatte, disant que c'était un lieu sordide, c'est vrai, mais que c'était un camp de la mort. J'ai été obligée de dire que non, que ce n'était qu'une soupe populaire, une terrible soupe populaire, pas luxueuse par définition. Par contre, les étrangers sans papiers ont, eux, à faire face à des difficultés encore plus grandes, ce n'est pas la peine de le nier.

Là, Ariane Mnouchkine s'interrompt pour s'assurer que le cuisinier a bien préparé un tapioca à la vanille et à la cannelle pour compléter la compote de pommes qui était prévue à l'entracte pour les comédiens.

Alors que les débats sur les problèmes de société, que ce soient ceux de l'immigration comme du soin, sont en général très pauvres, nous avons tous été impressionnés par la façon dont votre théâtre a su s'emparer des

Cartoucherie
Route Champ de manœuvres
75012 Paris
Location : individuel :
01 43 74 24 08 ;
collectivités : 01 43 74 88 50
soleil@theatre-du-soleil.fr
http://www.theatre-du-soleil.fr



questions de l'exil et rendre compte de leur complexité. Est-ce que seul le théâtre peut faire réfléchir à la politique ?

Le débat politique est toujours hélas un débat non pas du tout de persuasion, mais un débat de pouvoir. Il s'agit de prouver que tu as tort, et que j'ai raison. Le spectacle ne pose pas les questions dans ces termes. Il induit une immense interrogation de la part de tout le monde. Si on était dans un vrai débat, il s'agirait non pas de se vaincre, mais de s'éclairer. Cela est vrai pour toutes sortes de sujets. Par exemple sur l'Assurance maladie, la gauche va résister au mot gabegie, et la droite va résister au discours de la solidarité. Le sujet n'est pas simple. Où sont les profiteurs parmi les malades et les médecins ? Où se trouvent l'insuffisance d'argent et le trop d'argent ? Cela renvoie à des conceptions de l'homme différentes. Si nous, les citoyens, nous débattions pour éclairer un sujet et non pas pour imposer notre point de vue, on arriverait à des résultats. Le mot de consultation en médecine est souvent mal employé, car il rare qu'un médecin, quand il ne sait pas, dise qu'il a besoin de consulter un confrère. Quand cela arrive, je me dis « voilà un vrai médecin, un homme ou une femme honnête ».

Si les enjeux de pouvoir sont intrinsèques à la condition humaine, pourquoi s'en débrouille-t-on si mal ?

Nous le savons, Freud nous l'a expliqué, dans le débat politique, nous sommes sur un terrain d'enjeu de pouvoir : je ne suis pas en train d'éclairer, je manifeste mon pouvoir. Je ne voudrais non plus pas diaboliser les politiques. Il y a un terrible engrenage, les médias poussent les politiques à une concision mensongère, qui élimine toute contradiction, toute ambiguïté. Alors que justement ils parlent de sujets à double face.

Quel dépérissement du débat ! Ne faudrait-il pas qu'il y ait du théâtre partout ?

Le théâtre est la place du débat, car il laisse la place à l'inconscient, au trouble, à l'hésitation, sans que immédiatement je ne te piège en flagrant délit d'erreur. Alors que au même moment, notre planète est en train de se fendiller.

Une de nos premières revendications est la nécessité de créer des lieux de confrontation, poser une table et des chaises.

Oui, il faut laisser les fusils, les stylos, les caméras à venin au vestiaire.

Il nous semble que votre spectacle en s'emparant de l'outil politique du théâtre est thérapeutique pour notre société ; est-ce que les hommes politiques sont venus voir le spectacle ?

Malheureusement, aucun homme politique n'est venu à l'exception de deux personnes… Par contre, beaucoup de gens qui sont venus ont parlé de thérapie, de réconciliation avec soi-même. Le spectacle a touché très profondément les gens de notre âge et les plus jeunes.

Les médecins que nous sommes et qui sont venus ont tous été bouleversés. Ce qui est formidable dans ce spectacle, c'est l'alliance entre la misère, la méchanceté et la richesse humaines. L'enjeu de l'exil, c'est la richesse que nous offrent les exilés. Comment se fait-il qu'on ne l'entende pas ?

Les politiques ont perdu le sens de la pensée. Ils nous méprisent, nous, les citoyens, ils n'ont pas le courage d'envisager la complexité des choses. Ils entendent des propos xénophobes. Ils ne savent pas que ces propos pourraient se réduire au noyau fascisant, et qu'on pourrait détacher de ce noyau plein de gens, qui disent des choses scandaleuses, mais qui pourraient lâcher prise sur cette histoire si on leur donnait les vrais chiffres, si on parlait.

Sans nier les problèmes. Personne ne dit qu'il y a de la place pour six millions de réfugiés. Je ne suis pas d'accord avec les deux discours, ni celui qui dit « frontières fermées », ni l'autre qui dit « frontières totalement ouvertes ». Je me bats avec mes amis du Gisti qui font par ailleurs un travail for-

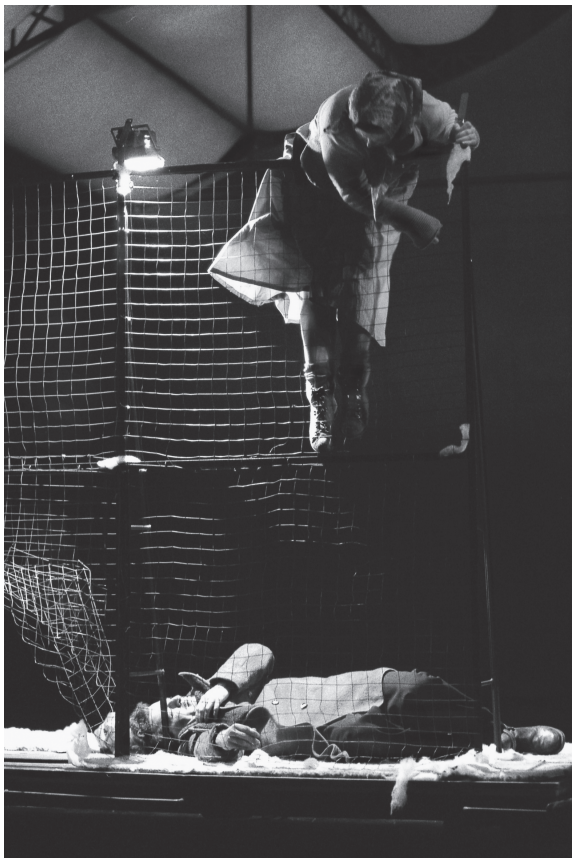
midable. On ne peut pas continuer à bêler « frontières ouvertes » quand on voit ce qui se passe dans nos banlieues. Les gens qui viennent chez nous, ils ont droit à la protection. Si on laisse rentrer n'importe qui, on laisse les bourreaux entrer avec leurs victimes. C'est ce qui s'est passé avec les réfugiés cambodgiens, où les Khmers rouges sont arrivés avant leurs victimes.

Et si on reparlait du spectacle lui-même, de ce choix de mise en scène où les personnages sont transportés sur des plateaux ? Quelle était l'idée de départ ? Comment l'avez-vous trouvée ?

C'est la seule chose dont je n'aime pas parler. Le premier jour, on a commencé par mettre en scène un camion, car tous les réfugiés partent en camion. Ce n'était pas une idée. C'est venu comme cela. L'artiste ne trouve pas, l'artiste reçoit quelque chose, puis il le transforme, puis ensuite il sait pourquoi. Je ne vous dirai rien de mieux que le public. Le public parle de territoires arrachés, d'impossibilités de se fixer, de choisir où aller. Par ailleurs, aussi, je me suis rendue compte que le spectacle allait se dérouler sur toute la planète. Il fallait un vaste espace pour de petits territoires, des espaces en miniature, comme des bonzaïs.

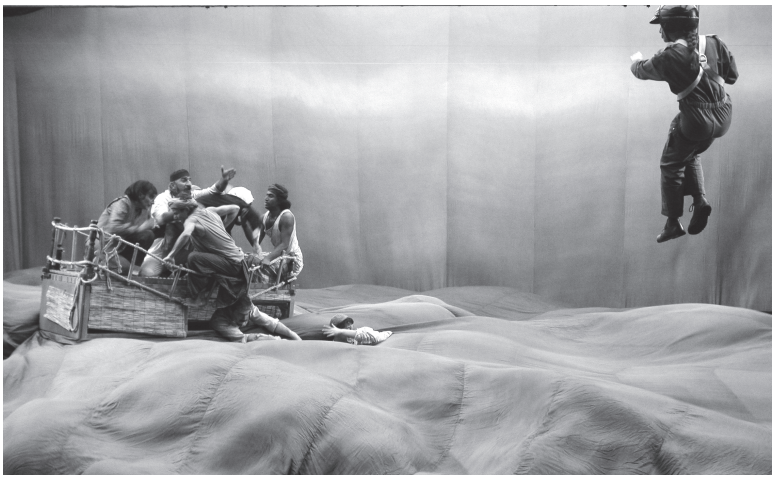
Le spectacle a une rigueur, une énergie, une beauté formelle, une distance qui bouleversent et suscitent une empathie profonde chez les spectateurs. Comment expliquez-vous cette alchimie ?

Au théâtre, on est comme dans un arc entre deux charbons, entre distance et complète identification. Je ne suis pas d'accord avec Brecht qui disait qu'il ne faut pas d'identification. Il faut y croire et en même temps savoir que c'est du théâtre. C'est comme un arc incandescent, c'est un équilibre à recevoir. Bien sûr, c'est du théâtre, il y a les projecteurs, les acteurs sont sur des planches à roulettes, on ne prétend pas à l'illusion, c'est une manifestation ouverte honnête, « d'accord, vous êtes au théâtre, mais c'est la vérité ». C'est ça le théâtre, ce sont des cercles d'annonces successifs, « vous êtes au théâtre », doublé d'un cercle magique, un cercle d'oubli. On voit la vérité, puis on décide d'oublier que l'on est au théâtre. Un œil sait et décide d'oublier, l'autre œil intérieur rentre et voit la vie. Nous sommes comme des paons, il y a plus que nos deux yeux, il y a les yeux de nos oreilles, les yeux de notre peau.



Il y a un parallélisme entre la mise en scène théâtrale et la mise en scène en médecine avec l'interprétation des signes.

L'art du comédien est justement une symptomatique, c'est de trouver les symptômes des passions intérieures. Alors que le médecin, s'il est un bon médecin, va en sens inverse, il va chercher l'interprétation du symptôme, le comédien va, lui, chercher la maladie, la passion. En Occident, on a un langage du corps très bridé.



L'infirmière de Sangatte est le seul personnage de soignant que vous avez mis en scène, personnage très touchant, un peu dérisoire et drôle, qui rudoie, qui croit à ce qu'elle fait.
L'infirmerie de Sangatte était un lieu de cristallisation, elle était assiégée, c'était un lieu chaud et propre, il y avait une queue de gens qui se battaient pour venir chercher des remèdes et des calmants. Il y avait quatre infirmières, dont certaines étaient de vrais numéros. On a aussi improvisé sur un médecin qui avait fait des choses très belles, mais ce n'est pas resté. Heureusement que les soignants sont là et qu'ils croient à ce qu'ils font. On a vraiment besoin de vous.

Le spectacle montre bien combien les exilés partent à regret, fuient leur pays, car ils n'y sont pas bien. Et combien ils n'osent dire à ceux qui sont restés combien la vie ici est rude pour eux. Dans un tableau, une jeune fille iranienne perdue avec son frère en France dit à sa famille qu'« elle est logée dans une famille française à Paris, la mariée du monde, sur les Champs d'Elysées, que les Français sont très gentils, qu'ils lui ouvrent leurs portes ».
Les réfugiés ont des illusions. Ceux qui sont déjà partis continuent à leur mentir et à leur laisser leurs illusions. Quand on vient de pays invivables, et que l'on voit dans les journaux ou à la télévision l'Europe, elle brille de tous ses feux, de consommation, de liberté, de facilité de vie, même si ils se trompent.
Ariane Mnouchkine s'interrompt à nouveau en prévision du prochain entracte et de la collation de ses comédiens.

Comment se mettre en position d'accueil ? Comment dépasser la peur de l'autre qui serait potentiellement dangereux ?
Les exilés sont des gens qui nous ressemblent, ce sont des médecins, des avocats, ce sont des gens qui ne savent ni lire, ni écrire, mais qui ont une culture formidable, qui connaissent des tas de poèmes.

Est-ce que d'avoir été exilé d'une manière ou d'une autre aide à accueillir les exilés ?
A Calais, j'ai vu des familles très franco-françaises qui étaient très accueillantes. Il y a des gens qui savent avoir assez d'imagination pour se mettre à la place des exilés, qui savent se battre pour accueillir, même si il y en a d'autres qui ont beaucoup d'imagination perverse pour leur faire du mal.

Que pouvez-vous dire de la musique qui est très présente dans le spectacle ?
La musique de Jean-Jacques Lemêtre sous-tend tout le spectacle. Il nous accompagne dès le début du travail. Il compose au fur et à mesure des improvisations. Il « trouve » pendant que nous, nous « cherchons ». Souvent, il est en avance. Cela nous aide énormément.
Le spectacle se termine. Ariane Mnouchkine nous quitte pour rejoindre les spectateurs et nous partons en gardant en nous les interrogations d'Hélène Cixous rassemblés dans un texte d'annonce du spectacle : « Face aux fugitifs jetés par les guerres sur toute notre planète, qui sommes nous, nous, assis dans nos pays relativement modérés, qui sommes nous ? Leurs semblables ? Leurs témoins ? Leurs ennemis ? Leurs amis ? D'anciens voyageurs qui ont oublié ? Ou des gens que le voyage attend au tournant ? »

Propos recueillis par Patrice Muller et Elisabeth Maurel-Arrighi

E D I T O

Le soir avant de dormir, racontez à vos enfants une affreuse histoire de sorcières. Effrayés et ravis, ils vont s'endormir sans douter que c'est pour de faux, confiants envers les adultes qui les protégeront toujours, c'est sûr, des ogres des dragons ou des loups-garous.
Mais dans la vraie vie, n'avons-nous pas laissé prospérer des monstres autrement plus effrayants que nos terribles sorcières ? Depuis le milieu du siècle dernier, la production de produits dangereux a connu un essor exceptionnel sans que les fabricants ne se soient beaucoup embarrassés à les tester. Dans le même temps, les hommes et les animaux sont toujours plus nombreux à souffrir de stérilités, de malformations, d'allergies ou de cancers.

Lorsque l'Europe a prévu de tester les substances chimiques pour limiter ou remplacer les plus dangereuses, un bras de fer s'est engagé au plus haut niveau. L'administration Bush a trouvé des appuis auprès de la France, de l'Angleterre et de l'Allemagne pour s'opposer au programme REACH (1). Ces funestes alliances n'ont aucune ambition de santé, aucun projet de société, aucun souci de nos enfants et des générations futures. Ce qui les rapproche est la position de leurs industries, pour un objectif unique, défendre à tout prix un secteur, quelles que soient les conséquences sur le monde vivant. Quelques-uns, de l'intérieur, ont compris leur responsabilité et les mutations qui s'imposent. Ils ne sont pas nombreux.

Des professionnels de la santé s'engagent. Le 7 mai, un colloque à l'UNESCO a réuni plus de 500 personnes autour du thème « Cancer, environnement et société » à l'initiative du professeur Belpomme, seul cancérologue en France qui se prononce publiquement et très clairement en faveur de la prévention. Il ne sert à rien de lutter contre le cancer, dit-il en substance, si l'on ne pose pas sérieusement la question des substances cancérigènes, mutagènes ou toxiques. Cette position irrite. Curieusement elle ne rencontre aucun écho parmi les responsables du plan de lutte contre le cancer initié par Jacques Chirac. Elle a néanmoins recueilli de nombreuses signatures autour de « l'Appel de Paris » qui alerte l'opinion sur les dangers de la pollution chimique, et que nous vous invitons à signer et à faire circuler (2). Cherchons nos alliés, bousculons nos élus, défendons le futur et celui de nos enfants.

Geneviève Barbier, médecin généraliste

---

1. Registration, Evaluation and Authorisation of Chemicals
2. Disponible sur www.artac.info ou par téléphone à l'Artac : 01 45 78 53 53

Pour une véritable assurance santé solidaire

Le gouvernement veut nous imposer sa « contre-réforme » de l'Assurance maladie.
Par sa présentation décousue et ses effets d'annonce, le ministre de la Santé tente de masquer un autre projet très cohérent : il s'agit de baisser la prise en charge par le système d'Assurance maladie obligatoire et d'étendre les lois de l'économie libérale à l'ensemble de notre système de soins.
Le gouvernement compte faire passer son projet à la sauvette en juillet au Parlement.
Ce sont là des choix politiques, il faut les refuser, des alternatives sont possibles nous devons les imposer.

Un projet gouvernemental qui amène à une privatisation

Le but du projet a été clairement énoncé : il faut diminuer le montant, dramatisé à souhait, des dépenses prises en charge par le système solidaire d'Assurance maladie obligatoire.

Le contexte : cette privatisation des services réclamée depuis longtemps par le Medef entre dans le cadre plus global de l'Accord général sur le Commerce des services au sein de l'Organisation mondiale du commerce et du projet européen de directive Bolkestein de privatisation des services (voir l'article page 64).
La privatisation du système de soins a déjà été partiellement engagée en France : diminution de la part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire avec augmentation de la place des assurances complémentaires, restrictions budgétaires au niveau de l'hôpital public avec développement de l'hospitalisation privée, développement « sauvage » et non sanctionné d'un secteur avec dépassements tarifaires.

Une nouvelle gouvernance qui est celle du rapport Chadelat

L'État aura la totale mainmise sur le système, il fixera « les conditions de l'équilibre pluriannuel des comptes sociaux » qui devra obligatoirement être respecté.
Une haute autorité de santé sera créée : « autorité scientifique indépendante » dont le rôle sera « d'évaluer les pratiques et les processus diagnostiques et thérapeutiques et de déterminer ce qui doit être admis au remboursement ».
L'Union des Caisses d'Assurance maladie (dont les directeurs seront nommés à tous les échelons par l'État) gèrera le périmètre de ce qui est remboursé. Si les dépenses sont trop importantes par rapport aux prévisions, l'union des caisses aura pour charge de faire varier les taux de remboursements dans un « couloir » défini à l'avance : ainsi le taux de remboursement de la consultation à 70 % qui ne peut être modifié aujourd'hui que par décret pourra demain être baissé si l'enveloppe budgétaire est dépassée.
Entre ainsi en jeu l'Union nationale des organismes de protection complémentaire regroupant mutuelles et assurances privées. Plus les citoyens auront à assurer le financement hors Assurance maladie de leur santé, plus ils seront obligés de cotiser à une assurance complémentaire dont les prix augmenteront. On passe ainsi d'un système de solidarité à un système marchand. Parallèlement, les organismes complémentaires auront un nouveau rôle dans la gestion-régulation du système de soins avec ainsi, à terme, l'instauration de filières de soins sur le modèle américain dans lequel les citoyens sont remboursés en fonction de leur capacité à s'assurer et du type de contrat liant le professionnel du soin à leur assurance.
L'Institut des Données de Santé qui « centralisera l'ensemble des données disponibles pour les pathologies et les soins » sera pour les complémentaires l'outil gratuit rêvé pour ajuster leurs tarifs aux profils des malades.

Une réforme du système en trompe l'œil

Le dossier informatisé partagé présenté comme une baguette magique permettant la coordination des soignants et l'accompagnement des patients fait courir un risque énorme pour des libertés individuelles, un risque de récupération des données par les assurances complémentaires sans garantir aucunement une meilleure coordination des soins.

Comment parler de coordination des soins quand le ministre critique la part de paiement forfaitaire lié au statut de « médecin référent » et propose comme coordonnateur du dossier un « médecin traitant » qui pourrait être un spécialiste… Quand, à côté d'une filière encadrée et mieux remboursée, est généralisé le secteur à honoraires libres, véritable cadeau aux spécialistes fait sous la pression d'une partie du corps médical.

Les référentiels et recommandations ne sont jamais que des outils, la qualité des soins dépend de la qualité des pratiques mises en place pour utiliser ces outils en fonction des besoins exprimés.

Le projet réduit la prévention à des consultations individuelles au lieu de construire une véritable politique de prévention sur la santé au travail, contre les pathologies de l'environnement, sur les problèmes de santé liés à la situation sociale… on reste dans le traitement des maladies et on se garde bien d'oser agir sur la cause de celles-ci.

De nouvelles sources de financement pour mieux privatiser le système

Aucune des propositions concernant la maîtrise médicalisée, la politique du médicament, le contrôle des abus… n'est réalisable sans véritablement changer le modèle d'organisation des soins, ce que ne veut pas ce gouvernement.

Les économies attendues vont venir de la baisse progressive des remboursements par l'Assurance maladie obligatoire déjà annoncée par la baisse de 5 % de la prise en charge des consultations (un euro), la nouvelle augmentation du forfait hospitalier et par l'augmentation des prélèvements qui porteront essentiellement sur les citoyens : augmentation de la CSG. Ces mesures aggraveront les inégalités d'accès aux soins en décourageant ceux qui ont de faibles revenus à consulter et à se faire hospitaliser et n'auront aucune efficacité sur la prévention.

Il est possible de faire autrement : il faut passer du soin à la santé

Nous affirmons qu'il est possible aujourd'hui de construire un authentique système de santé. Nous devons transformer le système de soins organisé autour de la réparation et de la consommation en un système de santé organisé autour de la prévention. Il n'y aura jamais de diminution du coût des soins si on ne lutte pas contre les causes des maladies. Il faut inverser les processus à l'origine des maladies en faisant des choix politiques.

Un système d'Assurance solidaire qui garantisse un égal accès aux soins pour tous : les principes en sont un financement solidaire, une prise en charge à 100 % pour tous (ce qui pose la question de la place des complémentaires), une dispense d'avance de frais, des tarifs respectés par les professionnels.

Les inégalités de répartition démographique des soignants et des équipements doivent être corrigées dans le cadre plus large de l'aménagement du territoire.

La permanence et la continuité des soins doivent être assurées.

Passer du soin à la santé : il faut passer de la notion de « citoyen-patient » à celle de « citoyen-acteur », ce qui nécessite information préalable et éducation à la santé ; c'est l'usager qui doit avoir la connaissance de son dossier médical (ce qui est différent du concept de dossier partagé et très différent du dossier sur carte informatique) ; la relation soignant-soigné doit changer ; il faut reconnaître l'expertise de chaque citoyen sur ses propres conditions de vie et de travail.

Un système d'identification et de prise en compte le plus tôt possible des facteurs pathogènes à l'origine des maladies doit être mis en place : maladies professionnelles et environnementales (problème des pesticides, éthers de glycol, du saturnisme…), souffrance morale au travail, pathogénie liée à la précarité socio-économique croissante d'une partie de la population ; ceci suppose l'étude réelle de ces causes, l'instauration d'un travail coopératif entre professionnels

du soin, techniciens et citoyens, la mise en place d'agences sanitaires véritablement indépendantes face aux pouvoirs politiques et financiers et des pouvoirs publics capables de s'opposer aux pressions de l'industrie (cas des OGM…).
Organiser le système de santé pour permettre ce passage du soin à la santé : mettre en place d'autres modes de coordination en soins primaires (réseau de santé de proximité, pratiques coopératives entre professionnels du soin et professionnels sociaux) et développer la coopération entre les différents lieux du système de soin.
La formation des soignants doit être indépendante de l'industrie pharmaceutique obligatoire et rémunérée et sortir d'un enseignement biomédical pour être une véritable formation à la santé.
Il faut promouvoir d'autres modes d'exercice permettant ce travail global et une autre politique des revenus des soignants avec la possibilité de sortir du paiement à l'acte.

Sortir de la logique marchande actuelle
La politique du médicament doit être indépendante de l'industrie pharmaceutique et au service de la santé publique.
L'organisation globale du système de soins doit être centrée sur l'accès et la prise en charge, et non sur le profit : il faut donner aux structures d'hospitalisation publiques les moyens financiers de leur mission.

Pour mener à bien cette politique de santé, il faut redémocratiser les institutions médicales et revoir l'organisation du système
Les grandes orientations de la politique de soin et de santé publique doivent être définies au niveau national, ainsi que les budgets de dépenses et recettes pour les soins et la santé publique.
Au niveau local et régional doivent être redéfinis les rôles et attributions des trois acteurs principaux : usagers, professionnels du soin et du social, gestionnaires avec la mise en place de « chambres de santé » : lieu d'expertise sur les besoins d'un bassin de population.
Il faut revoir les modalités de représentation aux différents échelons pour un fonctionnement réellement démocratique.
Pour une Assurance santé ainsi définie, il faut débattre d'un mode de financement solidaire.

Contrôle patronal des arrêts de travail

Parmi les dispositions de la dernière loi de financement de la Sécurité sociale 2004, votée en novembre 2003, l'article 42 prévoit de laisser le contrôle des arrêts de travail à des médecins recrutés par des sociétés privées au service des employeurs.
Ce dispositif de contrôle existait déjà, mais ne s'exerçait que pour la part « complémentaire » versée pendant la période de maladie. Si ce médecin concluait à une absence de justification de l'arrêt de travail, le salarié ne percevait plus cette part.
Désormais, le médecin-conseil de la Cpam pourra suspendre immédiatement le versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale sur le seul avis de ce médecin contrôleur privé, et il n'y aura pas de recours possible.
Pour le moment, les décrets d'application ne sont pas parus. Mais déjà des sociétés privées nous proposent des contrats de médecins contrôleurs : « un outil de gestion de l'absentéisme ; sans surcharge de travail ; avec des honoraires avantageux, à forte valeur ajoutée ; parce que l'expertise médicale est un droit de l'employeur (code du travail) », mais en mettant bien en avant que « le droit à la santé pour tous est un acquis que nous devons conserver… » (1).
Cette mesure n'attend plus que les décrets d'application pour entrer en vigueur. Ne laissons pas au Medef le soin d'imposer sa conception du droit à la santé. Nous nous opposerons à ce que notre profession soit associée aux intérêts des employeurs.

1. Courrier de la société T.I.S. adressé à des médecins.

Signer la pétition de la fondation Copernic

Le gouvernement prépare actuellement une « contre-réforme » de l'Assurance maladie ; si les modalités exactes ne sont pas encore mises à la connaissance des citoyens, les principes guidant cette « contre-réforme » sont connus : il s'agit de diminuer la part des soins remboursée par le système d'assurance maladie obligatoire, ce qui rendra plus difficile l'accès aux soins de tous ceux qui n'auront pas les moyens de se payer des assurances complémentaires (mutuelles ou assurances privées). Cette loi risque d'être votée à la sauvette en juillet !

Il est indispensable que les citoyens se mobilisent pour dénoncer cette menace sur l'accès aux soins et exigent un véritable débat sur notre système de santé.

C'est pourquoi en tant que Syndicat de la Médecine Générale :

– nous appelons nos adhérents et sympathisants à signer l'Appel contre la privatisation de l'Assurance maladie qui a été initié par la fondation Copernic ;
– nous affirmons qu'il existe des alternatives aux projets gouvernementaux actuels et qu'il est possible de mettre en place un véritable système de santé solidaire ;
– nous demandons qu'un réel débat public se déroule.

Site : http://www.fondation-copernic.org/

Dates à retenir sur vos agendas :

✓ **Congrès du SMG samedi 26 et dimanche 27 novembre 2004**

Le congrès annuel du Syndicat de la médecine générale se déroulera cette année les samedis 26 et dimanche 27 novembre 2004 dans la bonne ville d'Angers. Le thème du congrès sera fixé ultérieurement, mais de toute façon, ce sera une excellente occasion de rencontrer dans la détente et la bonne humeur toute l'équipe de fabrication de la revue *Pratiques*. Nous discuterons ensemble du contenu de la revue, des thématiques que vous avez envie de voir traiter pour le dossier, des nouvelles rubriques. Deux jours à bloquer tout de suite sur votre agenda.

Europe :
Contre la libéralisation des services

Raoul Marc Jennar

Le 13 janvier, la Commission européenne a fait connaître un projet de directive, dite directive Bolkenstein, « relative à la libéralisation des services dans le marché intérieur. » Il contient plusieurs types de dispositions : une levée de tous les obstacles à la liberté d'établissement des prestataires de services et à la libre circulation des services entre Etats membres, l'exigence d'une simplification administrative, un principe de pays d'origine au terme duquel le fournisseur de services n'est tenu d'appliquer que les lois du pays où il établit son siège social, quel que soit le pays où il exerce ses activités.
On peut en prendre connaissance sur le site suivant : http://www.europa.eu.int/comm/internal_maket/fr/services/services/index.htm
Cette proposition de directive doit, en l'état, être combattue et rejetée.

Elle ruine le modèle social et menace la cohésion de la société européenne :
– en organisant un dumping généralisé qui exercera une pression sur les salaires, les conditions de travail, la sécurité et les normes environnementales ;
– en ne protégeant pas les services publics, mais au contraire en ouvrant ceux qui ne le sont pas déjà à la libéralisation ;
– en rendant impossible le contrôle de l'application des législations sociales sur le marché intérieur et en encourageant ainsi le développement d'un marché noir et la prolifération des mafias et des négriers ;
– en déstructurant des pans entiers de la Sécurité sociale, notamment le secteur des soins de santé ;
– en torpillant la démocratie économique et sociale qui s'exprime dans la négociation de conventions collectives dont la portée sera réduite à néant ;
– en handicapant la défense des intérêts et la représentation des travailleurs réunis sur un même site, mais issus d'États-membres différents et relevant de législations nationales différentes ;
– en réduisant la capacité des pouvoirs publics d'encore réguler l'économie de manière à tenir compte de spécificités régionales, par exemple.

Son fondement légal est hasardeux
Le principe du pays d'origine et son application se heurtent à la protection de la rémunération et des conditions de travail prévues à l'article 50 du Traité. Le principe de subsidiarité est bafoué, notamment dans les conséquences sur la Sécurité sociale (compétence nationale) de la directive.

Cette proposition est un pas dans la direction de la marchandisation globale des biens communs et des services publics
Tous les services visés par la directive européenne sous le prétexte d'achever le « marché intérieur » feront demain l'objet d'une libéralisation à l'échelle globale dans le cadre de l'AGCS (Accord général sur le commerce des services).

Il y a d'autres propositions à faire :
– proposer une directive protégeant les missions des services publics (garantir l'accès aux droits civils, économiques, sociaux et culturels ; fournir des biens et des services collectifs ; assurer aux pouvoirs publics la maîtrise de secteurs stratégiques ; participer à la régulation de l'économie) ;
– organiser une harmonisation des politiques fiscales et des politiques sociales, de manière, d'une part, à ne pas assécher les finances publiques des Etats et, d'autre part, à ne pas faire du travail la variable d'ajustement des économies européennes ;
– reconnaître les droits syndicaux transnationaux.
Ces dispositions doivent, dans tous les cas, être préalables à toute libéralisation du commerce des services) dans le marché intérieur de l'Union européenne.

Unité de Recherche, de Formation et d'Information sur la Globalisation (URFIG)
7, El Placal 66500 Mosset
Tél. : 04 68 05 84 25
e-mail : rmj@urfig.org
www.urfig.org

Résumé : L'auteure nous invite à lire ou relire *La Peste* d'Albert Camus. La force du roman tient à la contemporanéité des incarnations des différentes dimensions de l'exil : l'exil qui fait peur, l'exil expérience de l'isolement absolu et de la déterritorialisation des sentiments. Monique Sicard retrouve dans la propre vie de Camus les sources de cette profonde analyse de l'exil.

Monique Sicard

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

Les pestiférés
Corps en exil

Plus encore qu'une métonymie de la catastrophe, qu'une métaphore du nazisme, *La Peste* (Albert Camus, 1947) est un roman de l'exil. Pour l'écrivain, le thème est récurrent. Quelques années plus tôt, il écrivait Le *Malentendu* (1943), pièce de théâtre dont le titre provisoire fut *L'exilé*. L'auteur avait alors suivi l'équipe du journal *Combat* réfugiée à Clermont-ferrand. L'écriture, disait-il, s'est effectuée au cœur d'un pays « encerclé, occupé » alors que, loin de ce qu'il aimait, il vivait « contre sa volonté dans les montagnes du Centre de la France » et souffrait de claustrophobie. Un encerclement, un déplacement forcé suffisent à l'exil. Mais aussi, l'éloignement d'un être aimé, la maladie, la simple différence – pas même l'anomalie. Nos exilés contemporains, les « pas comme les autres » se nomment sans-papiers, licenciés, sans domicile, handicapés, étrangers, âgés… ceux de Camus, eux, sont journalistes, médecins, juges, concierges, pères de famille, tous pris au piège d'une ville fermée pour déclaration de peste. Tous, triplement pestiférés. Parce qu'ils sont effectivement porteurs du virus, parce qu'ils sont désignés comme exclus, parce qu'ils sont sans soupçons, c'est-à-dire, sans conscience. Simultanément victimes et bourreaux, susceptibles, aussi, de faire le mal. Le roman foisonne de détails autobiographiques. Camus, atteint très jeune par la tuberculose, connaissait les éloignements pour soins en station de montagne, les cas de conscience des médecins, écartelés entre « être là parmi eux » et « les fuir et partir ». Il connaissait, en outre, l'exil de la séparation. Une dizaine d'années plus tôt, Simone Hié et lui-même avaient divorcé. Le mariage n'avait pas duré deux ans. La souffrance profonde de tous les exilés est de vivre avec une mémoire qui ne sert à rien, dit Camus. L'exil serait donc une maladie du souvenir, une pathologie de l'image. A chacun ses blessures. Pour Rambert, le journaliste parisien, pris au piège d'une ville d'Algérie, elles ont nom gare du Nord, pigeons du Palais-Royal, quartier déserts du Panthéon. Cartes postales en vrac d'une ville « qu'il ne savait pas avoir tant aimée » (1). Pour Camus, journaliste bloqué en Auvergne par une armée d'occupation, on imagine l'éclatante blancheur des médinas, les ruelles immobiles, la perfection banale de la courbe d'une baie. Le mal-être, le malaise, la maladie sont d'autant plus graves que les images sont belles. On est plus exigeant avec le passé qu'avec le présent : on l'aimerait, après coup, lisse, magnifique, intact : il s'alourdit le plus souvent du remord (de re-mordre). « Ils n'avaient eu le temps de rien » (1) : cela suffirait à la définition de l'exilé, « sans mémoire comme sans espoir » (1). Pour lui, ce « monde extérieur qui peut toujours sauver n'existe pas » (1). L'imaginaire est amputé. Le malade est d'autant plus isolé que le reste du monde vaque à ses propres affaires. Dans les villes où prime la seule conscience individuelle, dans ces lieux habités par la monotonie et l'insignifiance (où rien ne fait signe), « tout

Photographie : Monique Sicard

demande la bonne santé ». Ce que réclament, chez nous, de nos jours, les réclames : bronzage, bonheur, jeunesse, réussite. Un malade, dès lors, se trouve bien seul. « Il n'est jamais agréable d'être malade, mais il y a des villes ou des pays qui vous soutiennent dans la maladie, où l'on peut, en quelque sorte, se laisser aller » (1). Un malade a besoin de douceur et de piliers d'appui. Quand l'argent tient lieu de toute finalité, les canons relèguent l'exilé dans une grande difficulté à supporter la maladie. Et dans nos villes, nos nations, nos supra-nations, empêtrées de murs, victimes de pestes et de catastrophes, il souffre d'être seul à réfléchir à la singularité de sa situation. Ses paroles sont reçues comme une surface sans importance. L'exil s'alourdit d'un indicible malentendu. « Ce qu'il y a d'original dans les villes sans soupçons, » dit Camus, « est la difficulté qu'on peut y trouver à mourir (…). Qu'on pense à celui qui (…) pris au piège derrière des murs crépitants de chaleur, pendant qu'à la même minute, toute une population au téléphone ou dans les cafés, parle de traites, de connaissances et d'escompte. On comprendra ce qu'il peut y avoir d'inconfortable dans la mort, même moderne, lorsqu'elle survient dans un milieu aussi sec. » Tarrou, le médecin qui a décidé de ne pas se battre, mais de devenir un héros, un saint laïc, en choisissant le chemin de la sympathie et de l'humanisme, sait qu'à partir du moment « où il a renoncé à tout » (1), il ne vaudra plus rien pour personne. Ce baisser-de-bras loin du combat, le condamne, il le sait, à l'exil définitif. Bernard Rieux, médecin, choisit simple-

Photographie : Monique Sicard

ment d'être – non pas au-dessus – mais « homme ». « Cela est difficile (1) remarque Tarrou. Pour Rieux, porte-parole principal d'Albert Camus, il faut rejoindre les hommes dans les seules certitudes qu'ils ont en commun : l'amour, la souffrance et l'exil. D'autres choisiront, finalement, comme lui, le chemin d'un exil volontaire, « parmi eux ». Et lorsque le télégramme finira par tomber, annonçant à Rieux la mort de sa femme, au loin, dans une station de montagne, il recevra la nouvelle avec calme. Sa souffrance sera sans surprise. La séparation par la mort n'est ni moindre, ni pire que la douleur née du déplacement ou de l'enfermement. Rieux, depuis longtemps, avait fait ses choix : « Depuis des mois et deux jours, c'était la même douleur qui continuait » (1). Il est possible que l'exil ne puisse se dire pleinement que par l'écriture et la fiction. Si, de nos jours, l'humanitaire est parfois plus à la mode que le combat ; si Oran ne peut plus être le symbole d'une ville médiocre, nous vivons pleinement l'individualisme triomphant et l'anéantissement des valeurs du collectif. Cette seule raison suffirait : il faut, d'urgence, relire Camus.

1. Cette expression est d'Albert Camus lui-même.

Photographie : Monique Sicard

Petits hold-up en gants blancs

Denis Labayle

Médecin gastro-entérologue hospitalier

Après un équilibrage des comptes sous le gouvernement Jospin, la Sécurité sociale est de nouveau en crise, avec un déficit record depuis que la droite a repris le pouvoir. Bravo pour la gestion ! A moins qu'il ne s'agisse d'un brillant calcul pour nous démontrer que ce système de solidarité n'est plus à l'ordre du jour et qu'il faut en changer. Quel mauvais esprit pourrait imaginer un calcul si machiavélique, alors que tous nos ministres jurent « croix de fer-croix de bois » qu'ils n'ont qu'un souci : sauver cet héritage magnifique de la Résistance ? Seulement voilà, il faudra faire des sacrifices. Soit, mais des sacrifices pour qui ? Quelle question ! Mais pour vous, petits citoyens lambda : déremboursement des médicaments, augmentation du forfait hospitalier, création d'un forfait pour les consultations, contrôles ici et contrôles là, augmentation des cotisations… Quant aux soins dentaires, il faudra patienter encore quelques années. Bientôt vous n'aurez plus de dents et le problème sera résolu.

Alors, que la Sécurité sociale ait besoin d'une gestion plus dynamique, nul n'en disconviendra ; que sa structure manque d'imagination, c'est hélas le triste bilan de ces hautes directions administratives qui n'ont pas su intervenir dans l'adaptation des structures de soins à l'évolution des besoins : mauvaise utilisation de l'hôpital pour résoudre toutes sortes de problèmes sociaux ou sanitaires mineurs ; que le contrôle des dépenses soit totalement archaïque, c'est une évidence : aucune conséquence effective des enquêtes montrant les disparités régionales de la fréquence de certaines interventions chirurgicales… Bref des réformes, il faut en faire à tous les niveaux. Cela devrait inciter les pouvoirs publics à mobiliser l'ensemble des partenaires. Mais pour cela, encore faut-il que les efforts soient équitablement répartis. Nul ne doit abuser du bien public pour son seul profit. Pas plus le consommateur, que le praticien, que le gestionnaire, que tous les autres… Or, certains s'excluent de cette politique de recherche du meilleur rapport coût-qualité et, sans complexe, ils l'affichent avec une arrogance de petits malfrats assurés de leur invulnérabilité. Ainsi, aujourd'hui, on voit flamber le prix des médicaments. Certaines drogues thérapeutiques atteignent des prix exorbitants, encore inconcevables il y a peu de temps. De la quadrithérapie du Sida au traitement de l'hépatite C, en passant par les nouveaux anti-inflammatoires et les médicaments de la polyarthrite, du coût de certains médicaments anticancéreux à celui des stimulateurs des lignées érythrocytaires ou leucocytaires, on ne parle plus en dizaines d'euros, mais en centaines et même, le plus souvent, en milliers d'euros pour un traitement mensuel, voire hebdomadaire ou journalier. Face à cette évolution exponentielle, aucun système ne pourra tenir longtemps. Ni la Sécurité sociale française, ni les mutuelles, ni même les assurances privées. Pour l'instant, le système social paye, mais jusqu'à quand ?

Pour expliquer ces hausses tarifaires, les entreprises pharmaceutiques n'ont qu'une réponse : le coût de la recherche. On pourrait presque les croire si quelques aventures industrielles ne nous révélaient les dessous des cartes. Quand Sanofi-Synthélabo s'empare d'Aventis, on apprend que les premiers doivent, au dernier moment, allonger la sauce de quelques milliards d'euros pour satisfaire les actionnaires, et que le P.d.g. d'Aventis, M. Landau quitterait son poste avec un chèque évalué par le journal *Le Monde* à 30 millions d'euros. Une bagatelle ! Comment dans

ces conditions rappeler à l'ordre le citoyen de base qui abuse d'une consultation de spécialiste ou d'un remboursement injustifié de transport ! La recherche a bon dos pour expliquer ce pillage tranquille et légal de l'organisme social. D'autant qu'en terme de recherche, qui finance, si ce n'est les organismes publics qui signent les accords d'achats ? Sans oublier l'hôpital public qui accepte que ses médecins prennent sur leur temps de travail pour participer aux études, sans réclamer de compensation équitable. Au final, dans le domaine de l'industrie pharmaceutique, c'est de l'argent public géré par des structures privées avec comme objectif une répartition des profits entre les dirigeants et les actionnaires. Mais ces dirigeants ne s'arrêtent pas là, ils exigent de jouer un rôle de plus en plus important dans l'organisation sanitaire comme ils l'ont exprimé en avril 2004 dans la réunion du « G5 », nouvel organisme regroupant les patrons des cinq laboratoires pharmaceutiques français : l'une de leurs premières manifestations a été de s'opposer au projet d'une centrale d'achat du médicament, imaginée dans le cadre de la réforme de l'Assurance maladie.

Alors, pour une gestion rigoureuse et innovante de la Sécurité sociale ? Oui. Mais aux pilleurs en gants blancs, nous leur disons : bas les pattes !

Patrick Pelloux, *Urgentiste,* Fayard, 14 avril 2004

Patrick Pelloux, bouillonnant urgentiste de l'hôpital Saint-Antoine et président de l'Association des Médecins Urgentistes Hospitaliers de France, revient dans ce livre sur la canicule de l'été 2003 et s'interroge de manière plus générale sur l'hôpital public.

Sur la canicule, il nous livre sa chronologie des faits, n'hésitant pas à brocarder les vacances du pouvoir, les hésitations, le cynisme et l'incompétence de certains responsables et ceci jusqu'au plus haut niveau de l'Etat, les opposant à l'héroïsme « des femmes ou hommes d'honneur » (soignants, familles, pompiers, volontaires) présents sur le terrain.

Revenant sur son parcours d'urgentiste, il nous livre ensuite sa vision d'un hôpital public éthique, « reflet et expression d'une civilisation à visage humain », garantissant un accès au soin égal pour tous à l'abri de la logique financière et concurrentielle rampante.

Pourfendant la nomenklatura médicale (les mandarins et leurs privilèges, le cloisonnement des spécialités, l'ordre des médecins), « l'armée administrative » des hôpitaux, il réclame une place plus juste pour les services d'urgences au sein de cet hôpital ainsi qu'une réforme de la formation médicale.

En somme un livre attachant et dérangeant par un médecin militant.

Franck Wilmart

Résumé : A l'aide d'exemples puisés dans son exercice quotidien, l'auteur, médecin généraliste exerçant dans une zone rurale d'ores et déjà plongée au cœur de la crise démographique médicale et paramédicale, décrit les difficultés croissantes d'accès aux soins rencontrées par ses patients.

Franck Wilmart

Médecin généraliste

Lucien, Fernand et les autres

Il s'appelle Lucien : insuffisant respiratoire, il est rentré hier du centre hospitalier après une nouvelle décompensation pour surinfection bronchique. Le pneumologue hospitalier lui a prescrit de la kinésithérapie à domicile. Mais Lucien habite en campagne, à 10 kilomètres du cabinet de kinésithérapie le plus proche : le kiné refuse de se déplacer, il faut qu'il vienne en VSL (1) ! Lucien est encore faible et un peu encombré comme d'habitude. Lucien n'aime pas l'hôpital et la dernière fois, il a fallu vingt minutes pour le convaincre que c'était vital d'y aller : le Smur était d'ailleurs venu le chercher, délai d'intervention : vingt nouvelles minutes (2) . Avec un peu de chance, le kiné pourra le prendre deux fois par semaine et ça ne se terminera pas par une énième hospitalisation pour décompensation sur encombrement majeur.

Pour Fernand, « riche » de toutes ses insuffisances, respiratoire, coronarienne, surrénalienne, thyroïdienne, ça avait été le même cirque que pour Lucien, mais ce coup-ci en « pleurant au téléphone », j'avais réussi à avoir une séance de kiné à la maison. On avait enseigné à sa femme comment faire et tous les deux avaient attendu quatre jours avant de pouvoir avoir une deuxième séance. Il est costaud, Lucien, et il a encore passé le cap. Sa femme Agathe, elle fait drôlement bien la kiné respiratoire pour une ancienne postière.

Je ne jette pas la pierre aux kinés : peu nombreux dans les campagnes, embourbés dans un système de quotas débiles et dangereux pour la population, ils sont dans une situation aussi inconfortable que nous tous. Ils nous dépannent très souvent et font des miracles encore plus souvent, mais le système est au bord de la rupture et ils, ou elles, n'en peuvent plus. Les infirmières prennent le même chemin : de moins en moins nombreuses, débordées par des tournées de plus en plus longues, mal rétribuées au vu de l'énergie et du temps qu'elles déploient, il leur est de plus en plus difficile de répondre à nos demandes urgentes.

Je vous ne parlerai pas de Lucile avec son cancer du sein et ses allergies multiples aux antibiotiques : le jour, où, en aplasie fébrile, il fallut plus de quarante-cinq minutes au téléphone pour finalement trouver une place à plus d'un heure de distance et après avoir appelé un Centre hospitalier Universitaire, deux Centres hospitaliers généraux, un centre de cancérologie et deux cliniques.

Je n'oublierai pas non plus Camille qui, faute de moyens, de soutien familial ou amical, m'apprit quelques jours après sa visite chez un chirurgien (elle a sa fierté, Camille), qu'elle avait marché douze kilomètres aller et retour (retour de nuit) le long d'une nationale connue pour ses accidents mortels, pour aller voir le chirurgien. J'ai eu honte ce jour là. Elle fut opérée quelques temps plus tard pour ce qui se révéla être une tumeur cancéreuse. Elle va bien maintenant. Et comme c'était un cancer, elle a droit aux VSL pour ses consultations.

L'accès aux soins a toujours dépendu grandement de la situation économique et sociale de nos patients. Mais aujourd'hui, les situations géographiques et démographiques (médicales et paramédicales) viennent ajouter de nouveaux facteurs compliquant l'accès à des soins de qualité. Et il y a fort à parier que demain ce sera pire. Alors, quand vous êtes ou serez malade, au chômage ou avec une petite retraite et que vous habitez ou habiterez dans une zone de pénurie médicale et paramédicale, loin des enfants et petits-enfants partis faute de travail sur place, comme disait Coluche : « Pas gagné d'avance ! »

1. Véhicule sanitaire léger.

2. Mieux vaux ne pas faire d'arrêt cardiaque par chez nous, car malgré leur rapidité et leur dévouement, il faut compter 20 minutes, parfois 30 ou 40 pour qu'ils arrivent.

Résumé : Souvent placé dans l'urgence de la réparation du corps, révélant l'ambiguïté du travail, l'éphémère du corps, cette expérience, soigner les artistes, concentre les difficultés du travail du soignant.

Jean-Daniel Escande
Marie-Jeanne Martin
Bertrand Riff

Médecins généralistes

Soigner les artistes

Nous sommes des artisans à défaut d'être artistes et pourtant on nous parle d'art médical.
Nous travaillons dans une maison médicale où nous sommes trois médecins généralistes.
À côté de notre pratique de médecine générale, nous avons une clientèle de sportifs de haut niveau, une pratique dans le domaine des addictions et notamment de l'addiction au mouvement et une clientèle d'artistes : comédiens, danseurs, circassiens, plasticiens, chanteurs…
Nous avons assisté à cette évolution vers une réelle polyvalence et un décloisonnement des genres : la scène chante, danse, cirque, clowne, musique, et un même artiste se doit d'intervenir dans plusieurs registres.

Gérer dans l'urgence

La première rencontre est souvent une rencontre dans l'urgence.
Il faut que le *show must go on.*
Il faut réparer, rendre le corps opérationnel pour le soir, après on verra.
Cela nous amène à des réponses absolument pas codifiées, pas validées, et que l'on utilise de façon très peu habituelle.
Il faut rendre la voix, supprimer les douleurs, calmer les articulations, enlever la fièvre, gommer la fatigue, faire disparaître les angoisses.
Souvent la cortisone est là, en inhalateur, en injectable, en infiltration ou par voie orale.
Pas le temps de débattre de notre angoisse des lendemains à force de forcer un corps qui n'en peut plus, à force de ne pouvoir l'écouter pour des tas de raison : le *show must go on.*
Souvent, on arrive après des traitements maison : un copain m'a dit que, un collègue m'a dit que, et puis le metteur en scène m'a dit que l'on comptait sur moi…
Souvent, on s'intercale entre d'autres thérapeutes, dans l'urgence et l'angoisse on ne sait plus à quel saint se vouer. Vous y croyez, vous docteur, à la médecine ayurvédique…

Gérer dans le temps

Bien souvent l'histoire nécessite une prise en charge sur du long terme.
Bien souvent, il s'agit de problèmes ostéo-articulaires. Là les choses se compliquent. Il n'est pas rare que nous rencontrions un artiste pour qui l'accident de travail n'a pas été déclaré. Les artistes n'ont pas l'impression de travailler.
Bien souvent, il y a itinérance avec de multiples thérapeutes, de multiples diagnostics et de multiples propositions thérapeutiques. Presque toujours, le repos souvent indispensable est mal accepté, voire refusé, chez ses addicts au mouvement.
Et puis, il y a l'angoisse de l'instant, mais aussi de l'après, quand le raté du corps permet d'entrevoir le jour où le corps n'assurera plus.
Le corps outil qui perd en performance, en capacité à cause de l'accident, un jour perdra en compétence et ne répondra plus à la perfection à cause du temps qui a passé.

Le corps image aujourd'hui d'une plastie admirable, aujourd'hui beau, qu'en sera-t-il dans quelques années ?
Il nous faut choisir les meilleurs techniciens, c'est-à-dire les plus disponibles comme les plus au clair avec leur technique. La disponibilité est autant temporelle qu'à l'écoute et au débat.
Il semble y avoir des similitudes entre la condition de l'artiste d'aujourd'hui et celle de l'ouvrier du début du XX[e] siècle.
Le corps outil ne doit pas flancher. Un homme, un vrai ne se plaint pas, ne courbe pas l'échine et encaisse les conditions les plus dures. L'ouvrier était un homme, un vrai, l'artiste est un homme, un vrai.
La difficulté à reconnaître et faire reconnaître le mal causé par le travail (absence de couverture sociale, absence de déclaration d'accident du travail…) se réfère à cette condition.
Tout cela se complique avec les circassiens qui, en plus d'être des surhommes, sont des itinérants. Comment donner une permanence à l'itinérance

et à l'éphémère ? Comment permettre à quelqu'un qui ne sait pas s'asseoir de se poser quelque temps, de s'arrêter à un endroit et d'engager un débat avec une même équipe sur cette articulation qui n'en peut plus ou tout autre problème de santé ?

Résumé : Beaucoup d'enfants sont malheureux à l'école, souffrent de brimades, de harcèlement, de moqueries et de coups. Ces phénomènes sont mal connus et insuffisamment pris en compte. Mais peut-être faudrait-il au préalable savoir les nommer ?

Bullying

Jean-Pierre Lellouche

Médecin pédiatre

Il y a à l'école des enfants qui sont l'objet de moqueries de la part de leurs camarades ; d'autres qui sont mis à l'écart des jeux ou sur lesquels on fait courir des rumeurs. Certains sont menacés, frappés, humiliés.
En anglais, on parle de « bullying » pour ces brimades, le persécuteur étant le « bully » et la victime le « bullied ».
Ces phénomènes sont très peu décrits dans la littérature médicopsychologique en France. On en sous-estime la fréquence et l'importance. Et on dispose de très peu de vocabulaire pour en parler.
Deux éditoriaux disent l'essentiel de ce qu'il faut savoir sur cette question : *The need to adress bullying : an important component of violence prevention* (JAMA, april 25, 2001, vol. 285 N° 16, pages 21-31-32) *et Bullying why all the fuss ?* (*Pediatrics* 6-12 2003, pages 1421-22).
Ils disent que le phénomène est fréquent et qu'il a des conséquences très importantes. Ils disent aussi que le phénomène est très sous-estimé. Les brimades ne sont pas perçues comme un poison

rendant la vie de certains enfants extrêmement pénible, elles sont considérées comme un rite de passage…

Avant de parler des brimades et menaces intimidations qui sont rencontrées dans le « bullying », je voudrais signaler deux définitions d'un phénomène voisin : le bizutage.

Bizutage : cérémonie estudiantine d'initiation des bizuts, comportant des brimades amusantes (*le Petit Robert*, Edition 1983) ; Bizuter, argot scolaire : soumettre un nouveau à des brimades, à titre d'initiation, avant de l'admettre au sein d'une société scolaire ou universitaire déterminée (*Grand Larousse universel,* 1982).

Cérémonie, amusante, initiation, rien n'est dit de la cruauté des uns et de la souffrance des autres.

Quand on cherche la traduction en français du mot « bully », on a brute, petit dur, tyran, tyranneau, brimeur, coupeur d'oreilles. On trouve aussi « to play the bully » faire le fendant. « Bully », c'est aussi le souteneur.

On constate que plusieurs de ces mots sont très peu utilisés ou très vieillis. On constate aussi que les expressions souffre-douleur et tête de turc ne sont pas proposées. Par ailleurs, le mot brimeur est fréquemment proposé pour traduire « bully ».

Ce mot a toutes les qualités d'un mot français. Il existe un verbe brimer, il y a des gens qui subissent des brimades. Il y a donc des gens qui briment, qui font subir des brimades. Il devrait donc en toute logique y avoir des brimeurs. Or, dans aucun des dictionnaires que j'ai consultés, je n'ai trouvé ce mot.

Si le mot brimeur existait, on aurait un éventail de mots permettant de parler de tous les aspects de ce phénomène. On aurait des élèves qui briment d'autres élèves. Les premiers seraient les brimeurs, les seconds les brimés. Les brimés subiraient des brimades du fait des brimeurs. Le fait que ce mot ne soit pas mentionné dans de nombreux dictionnaires témoigne de ce que ce phénomène de brimades à l'école n'a pas reçu l'attention qu'il mériterait

À l'école, on parle souvent de souffre-douleur pour parler du brimé, mais il n'y a pas de mot pour parler de celui qui agresse. On ne dit pas un souffre-dolorigène ou un souffre-dolorigénérateur.

De même, l'expression tête de turc ne permet pas de nommer celui qui persécute ni l'acte de persécuter. Il faudrait par ailleurs s'interroger sur l'origine de cette expression. « L'expression tête de turc retenue par l'usage à propos d'un être en butte aux railleries de quelqu'un vient de la foire : on y appelait ainsi (1866) une sorte de dynamomètre sur laquelle (sic) on frappait une tête coiffée d'un turban » (*Dictionnaire historique de la langue française,* Alain Rey).

Je pourrais finir en faisant appel à l'orgueil national et au patriotisme : je dirais que les Américains ont des mots pour qualifier ces phénomènes. Pourquoi nous, patrie des droits de l'homme, ne serions-nous pas capables de faire aussi bien et mieux ?

En fait, quand on y réfléchit, eux non plus ne sont pas irréprochables. Le mot « bully » n'est pas parfaitement adapté à ce phénomène. En effet, il ne signifie pas seulement brute et tyran, on parle aussi de « bully » pour la mise en jeu au hockey. Et surtout, ce mot n'est pas régulièrement négatif. Il veut dire aussi fameux, épatant. Et l'expression « bully for you » signifie vous avez de la chance ou t'es un chef ou bravo. On a même, selon le dictionnaire Webster, d'autres significations : chéri (darling sweetheart), bon camarade ; homme aux pouvoirs physiques remarquables…

Comment parler sérieusement de pratiques qui empoisonnent la vie de nombreux écoliers si le terme qui qualifie leurs persécuteurs signifie bon camarade ?

Les médecins de ville se sentent souvent ignorés ou méprisés par les médecins hospitaliers. Un praticien de ville analyse les raisons possibles de ce malentendu et provoque de vives réactions, dont nous publions des extraits. L'organisation sérieuse d'un travail en commun reste nécessaire.

Médecins de ville et médecins d'hôpital

Jean-Pierre Lellouche

Médecin pédiatre

Chaque médecin a vécu plusieurs dizaines de fois la situation suivante : il voit un enfant dont l'état de santé et le contexte socio-familial lui font penser qu'il doit être hospitalisé. Il téléphone à l'hôpital pour expliquer les raisons pour lesquelles il souhaite que l'enfant soit hospitalisé. Il écrit une lettre très nette et explicite. Il apprendra plus tard par la famille que l'enfant n'a pas été hospitalisé.

Très souvent, ou du moins trop souvent, le médecin de l'hôpital a, vis-à-vis du médecin de ville, un comportement qu'on ne rencontre dans aucun autre domaine de la vie sociale.

Il peut arriver qu'un ministre soit prétentieux, exigeant, orgueilleux, cassant, il peut s'autoriser à parler sèchement au garçon d'ascenseur. Mais le garçon d'ascenseur a un statut, il a des droits. Le médecin de ville n'a aucun statut à l'hôpital. Ce qui sera fait de ses désirs, de ses attentes, de sa demande, dépend du bon vouloir du médecin hospitalier ou du mauvais vouloir de l'institution hospitalière.

Le médecin hospitalier qui, trop souvent, se comporte comme un petit roi boudeur, qui n'a pas le temps de répondre au téléphone, qui n'a pas le temps d'écouter sérieusement et d'échanger sérieusement, serait ridicule dans un autre contexte.

Dans le domaine hautement passionnel de notre rapport à la santé, à la maladie et à la mort, chacun refuse les lois générales. On y répond habituellement par le moi-je. « Moi, j'obtiens toujours que les médecins hospitaliers m'informent. » « Moi, j'ai toujours rencontré des médecins hospitaliers qui ont plaisir à échanger qui ne demandent que cela. » « Moi je… »

Pour ceux qui pensent que la relation entre médecin de ville et d'hôpital est imparfaite, il me semble important de poursuivre la réflexion.

Les médecins d'hôpital ne sont pas différents des médecins de ville. Ils ont envie de soigner de soulager. Ils ont envie de comprendre ce dont souffrent les malades et de les soigner au mieux. Partageant le même but, ces deux catégories de médecins devraient se parler et tenter d'harmoniser leurs actions.

A partir de mon expérience personnelle, mais aussi de très nombreux témoignages, j'affirme que cette harmonisation est loin d'avoir lieu de façon satisfaisante. Mais je l'affirme d'autant plus que je crois savoir au moins en partie comment et pourquoi cette harmonisation n'a pas lieu.

Je ne dirai que quelques mots du comment pour essayer d'aborder de façon plus approfondie la question plus complexe et beaucoup plus importante du pourquoi.

Comment l'harmonisation n'a-t-elle pas lieu ?

L'harmonisation du travail des médecins de ville et des médecins d'hôpital ne peut pas se faire toute seule. Il faudrait la vouloir et l'organiser. On sait qu'en France (comme dans à peu près tous

les pays) il n'y a pas de politique de santé, il n'y a pas de pensée, de projet, d'organisation, de surveillance, ni d'évaluation. Les médecins cotisent à l'Ordre des médecins et à des syndicats corporatistes ; ils lisent des revues médicales éditées ou sponsorisées par l'industrie pharmaceutique ; ils assistent à des réunions post universitaires organisées ou sponsorisées par cette même industrie. Il n'y a pas d'organisation sérieuse de leur travail en commun.

Mais la question la plus importante est pourquoi ? Pourquoi les médecins hospitaliers s'enferment-ils dans leur tour d'ivoire ? Pourquoi ne cherchent-ils pas à échanger ? Et pourquoi les médecins de ville ne dénoncent-ils pas ce système et ne travaillent-ils pas à le modifier ?

Au centre de ce système, il y a la peur de la mort. La médecine hospitalière est construite autour d'une croyance. Nous allons nous battre contre la mort « afin que nul ne meure ».

Si ce projet était clairement énoncé, il serait ridicule. Pour avoir valeur organisatrice et mobilisatrice, il faut que ce mot d'ordre soit présent implicitement dans l'esprit de chacun, mais qu'il ne soit ni exposé ni objet de discours.

Comment, dès lors, s'organiser autour de cette utopie non dite ? En lui substituant une autre affirmation très proche qui peut, elle, être dite et célébrée et qui peut s'énoncer ainsi. « Nous hôpital, nous sommes le lieu où s'exerce la médecine qui est la plus proche de l'idéal. » (l'idéal ce sera le jour où tout le génome sera connu et maîtrisé, le jour où tous les métabolites et les catabolites danseront harmonieusement des danses prévues et organisées au sein de chaque cellule. Le jour où les cellules ne mourront plus ou bien leur mort sera organisée et « gérée » par toutes les autres cellules réunies en conclave. L'idéal peut être d'autres utopies, mais ce qui importe, c'est qu'il y ait tension vers un idéal et que l'hôpital soit déclaré champion indiscutable de la course vers cet idéal).

Pour que ce système fonctionne, il faut qu'il soit accepté par les médecins hospitaliers, mais aussi par les médecins de ville.

Aux médecins hospitaliers, le système dit : « Vous êtes les meilleurs, vous avez passé des concours très difficiles, vous acceptez de travailler en étant salariés, alors que trop souvent les médecins de ville, qui ne voient que des bobos, font une course à la multiplication des actes. »

Les médecins de ville ont fait leurs études pendant huit ou dix ans à l'hôpital. Ils ont baigné pendant de longues années dans un milieu dans lequel on dit et on répète « La vraie médecine c'est ici. Tout ce qui se passe ailleurs est méprisable. » Ou plus exactement on ne le dit pas, on le vit comme une évidence qui n'a pas besoin d'être dite. Quand le médecin s'installe en ville, il découvre que son travail n'est pas nul et méprisable, mais il le découvre alors qu'il est seul. Il n'a aucun moyen de le faire savoir à l'intérieur de la citadelle hospitalière.

Il faut s'arrêter un moment à ce qui distingue nettement la médecine hospitalière de la médecine de ville. La médecine hospitalière a une supériorité très nette lorsqu'il s'agit d'une maladie organique grave ponctuelle ou accidentelle. Le médecin de ville peut être très utile lorsqu'il accompagne tout au long de la vie, ou au moins sur plusieurs années, une personne confrontée à des maladies ou symptômes organiques ou psychologiques touchant spécifiquement un organe ou non. Il peut être utile pour aider une famille à faire face à un deuil, à une naissance.

Le médecin de ville qui est proche, sans être un ami ou un intime, peut être un conseiller, un orienteur. Mais en même temps, il est le témoin de choses déplaisantes. Tout d'abord, il constate que les gens meurent et ils meurent après avoir vieilli. Il constate aussi que les relations entre êtres humains ne sont pas simples. Il y a de la haine, de la volonté, de la vengeance, des ruptures, mais il y aussi de la compassion, de la générosité. En d'autres termes, il est le témoin de ce que la vie des gens, c'est complexe ; les relations aussi sont complexes et ça se termine par la mort. Il est le témoin de ce que le chômage et les délocalisations entraînent comme ravages dans la vie la plus intime.

La supériorité de l'hôpital est indiscutable quand il s'agit de transplanter un cœur. L'hôpital est supérieur dans le court terme, visible, montrable. La supériorité du médecin de ville est dans le nuancé, complexe, interférant. S'il s'agit de cas à montrer, la supériorité de l'hôpital est indiscutable, s'il s'agit d'histoires complexes, ramifiées, faisant intervenir aussi le social et le psychique sur le long terme, le médecin de ville a beaucoup plus à en dire. Cela passe par la parole et par l'écoute.

A l'entrée de chaque hôpital, il y a un panneau « hôpital silence ». L'hôpital est un lieu où la parole est suspecte. On se montre des scanners et des IRM, on se montre des examens de laboratoires, mais on n'a pas le temps d'écouter une histoire. Et encore moins des histoires embrouillées, balbutiantes, qui se cherchent. L'hôpital privilégie ce qui se voit, ce qui se donne à voir, et pas ce qui se cherche dans l'écoute attentive, patiente, modeste.

La division entre médecine hospitalière noble et médecine de ville méprisable a pour fonction de rendre sans intérêt tout ce qui est le quotidien des médecins de ville et tout ce qui est le quotidien de ceux qui demandent de l'aide aux médecins de ville. Le système s'organise de façon telle que les médecins d'hôpital sont infantilisés. « Vous êtes les plus forts, les plus gentils, les plus désintéressés, et à terme, vous allez nous apporter l'immortalité et vous en bénéficierez avec nous ».

Les médecins hospitaliers sont maintenus dans l'infantile par des instances parentales qui ne les aiment pas et qui les méprisent. Et comme des enfants mal aimés par des parents médiocres, ils n'arrêtent pas de se battre entre eux. Pour le grand public, la confrontation entre le grand professeur A et le grand professeur B s'appelle de l'émulation. Ils aiment tellement leur métier, ils sont tellement préoccupés à trouver et trouver encore des moyens toujours plus performants de guérir, qu'ils en arrivent à se chamailler, mais au fond, c'est pour le bien de tous…

Cet édifice tient sur quelques grands piliers qui s'entrecroisent et s'entre-soutiennent : mépris des médecins d'hôpital pour les médecins de ville, isolement des médecins de ville et coupure entre la ville et l'hôpital, survalorisation de la technique visible, du court terme de l'organique, désintérêt pour le long terme, pour le psychosocial, désintérêt pour l'évaluation et l'épidémiologie, absence d'organisation de la communication, intervention massive des firmes pharmaceutiques qui, par d'innombrables journaux sponsorisés, distillent une ambiance d'irresponsabilité et d'infantilisme.

Mais je me demande si, au-delà de tous ces facteurs qui ont une importance réelle, il ne faut pas rechercher d'autres pistes pour expliquer le comportement des hospitaliers. Peut-être qu'au fond d'eux-mêmes, ils ne sont pas dupes. Peut-être savent-ils que leur action n'a pas l'efficacité qu'elle pourrait avoir si elle était en harmonie avec d'autres actions dans le cadre d'un plan et d'un projet. Ils savent, ou sentent, que le système leur donne pour fonction de jouer, de s'agiter et de faire semblant, et que ce même système leur interdit de penser de projeter, d'harmoniser, d'évaluer.

Courrier des internautes

L'article précédent a suscité un débat parmi les membres du comité de rédaction

L'auteur ne fait pas la différence entre les pratiques de certains services des grands CHU et les pratiques des hôpitaux locaux. Au niveau de l'hôpital local, la dimension psychosociale me semble beaucoup plus prise en compte. En tout cas, c'est ce qu'on essaie de faire au Loroux-Bottereau (44), entre professionnels du soin et du social, malgré le poids de l'organisation hiérarchique et pour l'instant l'absence de démocratie participative pour les usagers. (...)

Bien sûr, il y a du mépris de la part des hospitaliers, je l'ai vécu en tant qu'externe et même assez durement et seul, je n'ai pas pu exprimer ma souffrance à l'époque... ça change.

Le problème c'était l'inaccessibilité des généralistes pour bosser à l'hôpital, c'était aussi l'absence de vraie formation universitaire à la médecine générale, ce qui change aussi lentement...

Patrick Dubreil, médecin généraliste, praticien hospitalier

Ce qui permettrait de départager ces deux points de vue serait, à mon avis, une analyse psychosociologue quantitative (par des sondages d'opinion ?) de deux corps professionnels très proches qui tantôt s'aiment tantôt se détestent confraternellement en classifiant les causes d'amour et de détestation réciproque. Combien aujourd'hui de médecins ambulatoires se plaignent-ils (et pourquoi ?) de leurs rapports (ou absence de rapport) avec les médecins hospitaliers (et vice versa) : 3 %, 30 % ou 65 % ? Qui peut répondre de cette façon aujourd'hui ? On en est donc à relater nos ressentis individuels qui ne sont validés que par des trajectoires professionnelles. Comment donc passer d'une analyse psychosociologique (celle de Jean-Pierre Lellouche dans son texte) à une analyse socio-psychologique qui, d'un point de vue politique, me semble plus féconde pour l'avenir.

Patrice Muller, médecin généraliste

Dans ce débat, bien qu'étant praticien de terrain, « libéral » par non-choix, je pense que ce que décrit Jean-Pierre Lellouche existe, je l'ai vécu, a contrario, l'inverse existe aussi : le problème posé est celui du dialogue et de l'information. La question posée est aussi celle de la compétence, il s'agit d'un vaste débat, qui ne peut se résumer à cet article polémique.

Christian Bonnaud, médecin généraliste

Je crois me souvenir que le SMG a déjà produit des réflexions excellentes sur les coopérations médicales entre praticiens de divers modes d'exercice, dans ou hors de réseaux, je crois que cela mérite d'être cultivé, réaffirmé, amélioré peut-être, sans poser des affirmations premières qui décrédibiliseraient la démarche. (...)

(...) Au cœur de l'hôpital depuis trente ans, je n'ignore rien des défauts des uns et des autres, mais je crois que les choses « bougent ». Sans doute pas assez vite, et sans doute aussi pas partout, mais l'amélioration des relations et de la considération envers nos amis et confrères « libéraux » est une préoccupation réelle depuis longtemps. Faisons plus s'il le faut, mais ne le faisons pas les uns contre les autres !

Jacques Richaud, praticien hospitalier

Résumé : Un plan de renforcement des moyens de dépistage et de soin ne représente pas un plan « anti » cancer mais un plan d'accompagnement « avec » cancer. Une vraie prévention suppose un registre sécurisé alimenté par une déclaration obligatoire et rendant possible dans chaque cas une enquête épidémiologique à la recherche de causes environnementales ou professionnelles que l'on se proposerait d'éradiquer.

Avons-nous un plan « anti » cancer ?

2e partie : Une déclaration pour une épidémiologie active

Jacques Richaud

Praticien hospitalier

Préambule

Dans une première partie « La fausse route » (in *Pratiques* n° 25- avril 2004 73-77), nous avons montré que le plan annoncé le 24 mars 2003 n'était pas un plan « anti » cancer, mais un plan d'accompagnement « avec » cancer. Face à ce fléau croissant, il est prévu un renforcement des moyens de dépistage et de soins dont nous ne songeons pas à sous-estimer l'intérêt ; mais les véritables causes ne sont pas recherchées, comme si le cancer n'était qu'un « dégât collatéral » d'une société industrielle, libérale, productiviste et devenue cancérigène, vouée à la fatalité de son autodestruction.

Les causes environnementales évoquées, connues de longue date, ont été soulignées aussi par Geneviève Barbier et Armand Farrachi dans *La société cancérigène, lutte-t-on vraiment contre le cancer ?* et par le Pr. Belpomme dans *Ces maladies créées par l'homme.* Le 7 mai 2004, un colloque dont la portée devrait être considérable s'est tenu à l'Unesco à Paris sur le thème « Cancer, environnement et société », suivi par un « Appel de Paris » signé par de nombreuses personnalités dont les prix Nobel de médecine François Jacob et Luc Montagnier, ainsi que par l'ancien secrétaire de l'Organisation des Nations Unies, Boutros Boutros-Ghali.

Pour une autre réponse possible à ce défi de civilisation et de santé publique sans précédent, nous avons posé déjà l'exigence d'un vrai registre du cancer qui ne soit pas seulement un répertoire utile pour coordonner la lutte contre les cancers déjà déclarés, mais qui soit aussi un outil conçu pour une épidémiologie active destinée à tenter de prévenir des cancers non encore déclarés dans des populations exposées à des risques enfin identifiés. Alors seulement nous aurons les moyens d'un plan « anti-cancer ».

Il est déjà reconnu qu'une partie du monde du travail, industriel ou agricole est surexposée à certains risques. On doit donc accepter que le mouvement social et syndical soit un partenaire naturel dans ce combat pour la santé de tous. Le rapport Imbernon de l'institut de veille sanitaire sur « Santé et Travail » estime à au moins 20 000 par an les cancers d'origine professionnelle en France. Une société démocratique ne saurait consentir à cette forme d'inégalité qui tolère l'exposition de certains travailleurs à des risques reconnus. Alors même que d'utiles et efficaces campagnes d'information et de prévention sont développées pour diminuer le risque de l'exposition solaire dans

notre société de loisir, à quand les campagnes d'envergure comparable dans le monde du travail chez ceux qui « risquent leur vie à la gagner » ?

Assurément, un des enjeux est de récuser un certain formatage de la pensée médicale, confinée dans sa mission de soin. Pour passer « du soin à la santé », il faut rendre chaque acteur moins complaisant, plus responsable et plus citoyen.

C'est en fait à la société tout entière, une fois informée, de déterminer démocratiquement si elle souhaite la révision d'un modèle économique et productiviste aux effets mortifères. Encore faut-il que ces effets ne soient pas dissimulés, même aux victimes. Peut-être que les médias auraient un rôle à jouer autre que de glorifier les progrès de la médecine, pour décrire aussi le champ de son impuissance ou le caractère inégal du combat mené contre une société cancérigène qui s'accepte comme telle.

Un authentique plan « anti » cancer est nécessaire, mais il supposerait des mesures nouvelles que nous envisagerons successivement, indissociables les unes des autres si nous voulons vraiment réduire la progression du fléau.

Une registre, pour un nouvel usage

Le registre, nous l'avons vu, ne peut-être un simple recensement des tumeurs qui permettrait au mieux d'adapter les moyens de lutte aux conséquences d'un processus dont nous renoncerions à maîtriser les causes.

Il convient que ce registre soit pensé autrement. Il doit devenir un véritable outil épidémiologique, c'est-à-dire contenir des données exploitables pour initier une authentique démarche de prévention.

Les soignants ne peuvent revendiquer de créer seuls le registre : le fait d'être au contact des pathologies ne signifie pas que la compétence entière requise soit disponible. Les soignants ne peuvent accomplir cette tâche qu'avec l'aide d'autres scientifiques, dont le statut d'indépendance serait protégé, pour accomplir cette mission de veille et d'alerte. Le modèle de registre du cancer souhaitable ne peut être élaboré que par des professionnels de santé en collaboration étroite avec d'autres scientifiques possédant d'autres moyens d'expertise fondés sur d'autres savoirs. Ils doivent les uns et les autres être comptables devant le corps social de leur « savoir » sur les conséquences biologiques des facteurs qu'ils auront su détecter comme à l'origine de pathologies et, au premier rang de celles-ci, les cancers.

La méthodologie une fois proposée, il est prévisible qu'apparaissent face à cette démarche des « postures idéologiques » extrêmes dont il faudra dépasser les polémiques inévitables. Nous connaissons déjà les « négationnistes » des dangers environnementaux, mais aussi les « fatalistes » qui considèrent que notre monde ne peut échapper à la dynamique de son modèle économique et industriel, même si celui-ci pouvait s'avérer à l'origine de son déclin ou de sa mort programmée.

Les « négationnistes » ont alimenté déjà le sottisier médical autour de l'amiante il y a quelques années. Une frange de l'opinion refuse les questions nouvelles et dérangeantes lorsqu'elles mettent en cause un modèle sociétal perçu comme confortable malgré tout. Ce courant est aussi conforté par l'idéologie consumériste, encouragée par la publicité dont c'est la fonction première. Le plus grand nombre se satisfaisant de la part artificielle croissante de nos produits de consommation et même de notre alimentation. L'idéologie libérale, fondamentalement demandeuse de liberté d'entreprise et de dérégulation, a toujours su stigmatiser ceux qui mettaient l'opinion en garde contre certains de ses excès, y compris lorsqu'il s'agissait de menace présumée sur la santé publique.

Les « fatalistes » occupent souvent les postes de pouvoir et ce n'est que par souci électoraliste qu'ils se disent parfois sensibles aux problèmes environnementaux. Mais leur pratique contredit le plus souvent leurs dires et, qui plus est, leurs efforts dans ce domaine aboutissent parfois à

mieux réglementer le « droit à la pollution », sans se donner même les moyens de sanctionner les débordements.

Dans ce débat, les professionnels de santé occupent la place privilégiée de ceux qui recueillent les données humaines et peuvent participer à donner l'alarme. Notre qualité de soignant ne nous exonère pas de notre responsabilité sociale collective lorsque certains faits viennent à notre connaissance ou lorsque nous sommes les seuls à pouvoir signaler leur existence à d'autres experts scientifiques mieux armés pour poursuivre les investigations. Aucune éthique professionnelle ne pourrait se satisfaire d'une rétention d'information en cas de mise en danger de la collectivité. Le médecin ne peut consentir à être réduit à son rôle de soignant confiné dans une médecine curative bientôt débordée par l'ampleur de fléaux sociétaux. Le médecin a aussi une légitimité à intervenir dans le champ du questionnement social et ce peut être, dans certains domaines, le plus grand service qu'il puisse rendre à ses patients.

Une déclaration obligatoire de toutes les pathologies cancéreuses

Cette exigence (MDO) existe déjà dans 26 autres pathologies et a été récemment étendue à la séropositivité. Dans ces cas, l'objectif n'est pas le soin, mais la protection de la collectivité. Cette obligation peut être étendue à la nécessité de connaître l'incidence réelle de pathologies cancéreuses pour protéger demain une population encore saine de pathologies peut-être évitables. Le rapport 2002 de l'institut de veille sanitaire énonçait (p. 86) que « la surveillance française actuelle des cancers n'est pas adaptée aux nouveaux enjeux de la lutte contre le cancer » et proposait déjà un enregistrement exhaustif des cas déclarés à partir des sources disponibles telles que le PMSI ou les ALD30 des Caisses d'Assurance maladie, ou des certificats de décès. Ce seul recueil serait inefficace au regard du but recherché.

La déclaration obligatoire des cancers est rendue possible déjà par la loi du 1er juillet 1994 et devrait intervenir lors du premier diagnostic ; mais elle nécessite une double précaution : s'assurer de la pertinence des données et assurer la protection des personnes concernées.

Les données recueillies doivent éviter les redondances ou les oublis. C'est aux cytoanatomopathologistes qu'il faut imputer la responsabilité et l'obligation de cette primo-déclaration. Mais des dispositions doivent permettre la déclaration clinique dans les cas beaucoup plus rares de diagnostic « probabiliste » non fondé sur une preuve anatomique.

La protection des personnes impose que les mêmes précautions d'anonymat déjà appliquées dans d'autres domaines soient respectées. La protection des registres en même temps que la protection des données sont le corollaire indispensable de la déclaration obligatoire, qui ne peut donc être confiée qu'à un organisme public. Il s'agit d'un enjeu majeur pour éviter une utilisation sociale négative ou mercantile des données recueillies. Cette précaution est rendue plus encore nécessaire en cas d'intervention d'opérateurs privés dans la protection sociale et la santé publique dont les intérêts pourraient être mêlés avec ceux du secteur assuranciel, patronal ou bancaire. L'expérience déjà vécue aux Etats-Unis de la « perméabilité » de certains registres a démontré la gravité des dérives possibles. Certaines compagnies d'assurances se sont spécialisées dans le rachat de contrats d'assurance-vie avec le versement anticipé généralement de 50 % de la prime initialement prévue au décès, réalisant un gain égal que la seule révélation du cancer aura rendu possible. L'assuré ainsi sollicité bénéficie d'un capital inespéré qui, dans un pays à la protection sociale restreinte, est perçu comme une aubaine pour payer des soins souvent très coûteux. Le plus souvent, cette somme versée par anticipation réintègre le « marché de la maladie » et échappe aux ayants droit lors du décès. On perçoit une menace réelle de perver-

sion d'un système initialement conçu pour l'assistance aux tiers et la solidarité. N'oublions pas que, pour certains acteurs, le cancer est un marché comme les autres ! Ce sont les mêmes ambitions qui font souhaiter à ceux-ci d'avoir accès aux données médicales pour l'obtention du meilleur « profil clientèle » possible avec menace sur le secret professionnel. Le rapport Babusiaux rédigé pour le compte du ministère de la santé en 2003 envisage sans ambiguïté les conditions juridiques et techniques qui permettraient d'accéder à cette exigence commune de certaines mutuelles et des assureurs. Le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie explicite que « Le partage des informations doit être la règle et la rétention l'exception » ! Malgré ces craintes, dont il faut prendre la mesure pour une vigilance maintenue dans la durée, l'enjeu de société que représente la lutte contre les causes de cancer ne justifie pas que l'on renonce à cet objectif. La déclaration obligatoire est bien l'acte premier qui rend une véritable enquête épidémiologique possible.

Une enquête épidémiologique pour tout cancer déclaré

L'élaboration du modèle de cette enquête ne relève pas de la compétence des seuls médecins. L'objectif est de reconstituer un véritable « parcours de vie », avec l'aide de médecins épidémiologistes secondés par des oncologues, des spécialistes de la santé au travail, mais aussi des toxicologues et des spécialistes de l'évaluation de l'environnement.

Cette enquête déborde donc le cadre d'un simple recueil de données médicales pour englober les facteurs environnementaux, les migrations personnelles, la reconstitution du parcours professionnel et de ses risques, les habitudes alimentaires et les données familiales. Chaque cancer a une histoire et peut être perçu comme la conséquence d'un processus à élucider. La démarche de recueil de données vise à reconstituer une « pathogenèse possible » et à valider la pertinence de celle-ci pour la corréler avec des facteurs de risque connus ou suspectés ou recherchés. On ne peut bien sûr attendre une évidence de cause pour chaque cancer, la tâche est complexe tant le nombre de facteurs environnementaux créés par l'homme est considérable. On peut espérer, par l'accumulation des données, suspecter ou démontrer des facteurs de risques que nous ignorons encore. Cette nouvelle tâche est un « nouveau métier » complexe, parallèle à la prise en charge des soins, mais indépendante de celle-ci. Cette enquête pourrait être effectuée par des soignants formés ou par délégation à une équipe épidémiologique régionale. La faisabilité de ce recueil de données nécessite une évolution de la législation du travail sur laquelle nous reviendrons.

Le registre des données recueillies, corrélé à la déclaration du type de cancer, doit répondre à la même exigence de protection que la déclaration elle-même et obtenir le consentement du patient partageant aussi cette information dans la perspective de pouvoir faire valoir ses droits.

Conclusion

La mise en place d'un tel outil se heurtera à des résistances culturelles et institutionnelles qui ne permettront pas de faire l'économie d'un plus large débat politique et d'autres propositions qui feront l'objet de la dernière partie de ce travail : définir une « veille sanitaire » dans le domaine du cancer, fonder une véritable agence nationale de prévention des risques de cancers évitables, affirmer l'indispensable adaptation d'un arsenal juridique qui, en l'état, non seulement n'autoriserait pas une telle démarche, mais entraverait son déroulement.

Nul ne peut ignorer en effet qu'il existe un conflit d'intérêt majeur entre les agences soucieuses de préserver la santé et l'environnement et un monde industriel en recherche de productivité et de dérégulation.

(A suivre…)

Résumé : « Des ongles jaunis, épaissis, décollés. C'est peut être le signe d'un risque… de décès par intoxication hépatique à la terbinafine. » Une publicité directe au consommateur français (direct-to-consumer advertising) qui fait prendre un risque mortel aux patients pour une affection bénigne. En plus, c'est remboursé, alors pourquoi se gêner.

Alain Martinole
Laurent Nevo

Médecins généralistes

Vu à la télé

La formation des médecins passera-t-elle par les spots de pub TV ?

Une campagne de publicité a été lancée à la télévision par la firme Novartis pour inciter les Français à traiter les onychomycoses : la firme Novartis commercialise un produit remboursé par la Sécurité sociale, la terbinafine (Lamisil®). Une telle campagne a déjà eu lieu de 2000 à 2002 aux Pays-Bas. Les résultats en terme de vente de Lamisil® ont été une multiplication par deux à trois des ventes (entre 1997 et 2001). Cette campagne a été étudiée dans un article paru dans le BMJ (1). Dans la campagne de publicité hollandaise, la marque Novartis n'apparaissait pas, l'impact en terme de prescriptions de terbinafine étant le résultat de « guides de bonnes pratiques » recommandant la terbinafine dans le traitement des onychomycoses. La publicité française se termine par un « splash screen » Novartis du plus bel effet.

En France, la publicité directe pour le médicament vendu sur ordonnance, remboursé ou non par la Sécurité sociale, est interdite (2). On peut donner des informations relatives à la santé humaine ou à des maladies humaines, pour autant qu'il n'y ait pas de référence, même indirecte, à un médicament. Au vu de ces textes législatifs, l'ambiguïté sur laquelle s'appuie la firme Novartis est de savoir si le message publicitaire Novartis® fait une « référence indirecte à un médicament ». Comme il s'agit d'une publicité, il est légitime de se demander « une publicité pour quoi ? ». De plus, le message publicitaire est trompeur, pouvant laisser croire qu'il faut traiter toutes les onychomycoses, ce qui reste à démontrer. Surtout, la prise de terbinafine par voie orale peut entraîner, entre autres joyeusetés, des troubles graves de la fonction hépatique, pouvant aller jusqu'à la destruction du foie, entraînant la mort, ou nécessitant une greffe… (3)

Cette publicité détourne le colloque singulier médecin patient : ce dernier va venir demander, parfois avec insistance, la prescription de ce médicament. Et le médecin n'aura que peu d'arguments à avancer au patient pour ne pas s'y conformer : les risques d'effets secondaires, mais ils sont rares, cela coûte cher, mais « j'y ai droit ». Cette publicité a toute l'apparence de l'illégalité, elle est dangereuse pour la santé publique et pour l'avenir du régime de protection sociale français.

Y a-t-il un plan de suivi de gestion du risque des incidents (prévisibles) liés à l'augmentation (prévisible) des prescriptions de terbinafine ?

Un avis juridique serait souhaitable, et des poursuites nécessaires pour protéger l'avenir de notre protection sociale. En l'absence de réaction de la part des pouvoirs publics et des caisses d'assurance maladie, il est à craindre de nouveaux « dérapages » publicitaires. (4)

Ceux qui souhaitent que perdure une assurance maladie solidaire en France ne peuvent rester indifférents au problème de la publicité directe pour le médicament. Aux Pays-Bas, une campagne de boycott des produits Novartis avait été lancée…

Pour finir, une devinette :

En cas d'accident hépatique grave sous terbinafine au cours de la campagne publicitaire française, la recherche de responsabilité par la justice, si elle est saisie par l'intoxiqué, conclura à :

– c'est la faute à pas de chance ?

– c'est la faute au prescripteur, qui n'a pas su évaluer correctement la balance risque/bénéfice ?

– c'est la faute au CSA qui n'a pas su interdire une campagne publicitaire aux effets prévisibles car déjà étudiés ?

– c'est la faute aux pouvoirs publics qui n'ont pas su tirer les enseignements de la campagne publicitaire des Pays-Bas ?

Un indice pour vous aider : dans la pub, il est dit « Parlez-en à votre médecin ».

1. « Marketing in the lay media and prescriptions of terbinafine in primary care: Dutch cohort study » http://bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/328/7445/931#REF1
2. Articles L5122-1 et L5122-6 du code de la Santé publique
3. http://www.fda.gov/bbs/topics/ANSWERS/2001/ANS01083.html
4. http://www.destinationsante.com/article.cfm?ContentID=9322

Formindep
http://perso.wanadoo.fr/wilmart.franck/formindep.htm

Résumé : Un médecin généraliste écrit dans un journal grand public à La Réunion et met en cause de somptueux voyages financés par l'industrie pharmaceutique sous couvert de « formation médicale » : l'Ordre local des médecins a convoqué son auteur afin qu'il s'explique et s'excuse, considérant qu'il y avait eu atteinte à probité de la profession médicale.

Docteur, arrête avec ça !

Philippe de Chazournes

Médecin généraliste

Mieux vaut en rire : l'action se passe dans la presse réunionnaise en mai 2003…

« Depuis quelques mois, de nombreux médecins sont invités de toutes parts autour de notre belle île de l'Océan Indien et parfois beaucoup plus loin… Il s'agit depuis bien longtemps d'une pratique répandue chez nos confrères spécialistes… enfin, il est possible pour nous généralistes, d'aller également dans les plus grands hôtels mauriciens ou d'Afrique du Sud pendant ces long week-ends d'avril ou de mai notamment, tous frais payés, pour quelques heures de congrès organisées par des firmes pharmaceutiques dont le seul but est de faire prescrire leurs produits souvent chers et… dont beaucoup n'ont pas prouvé leur efficacité.

Le chiffre des ventes par produits que vient de rendre publique la Caisse générale de Sécurité sociale de la Réunion en est un témoin frappant : certains médicaments n'ayant pas démontré une réelle efficacité se situent dans les cinq premiers prescrits ici, alors qu'ils sont après la 70e place en métropole !

Cherchez l'erreur : si ce n'est une certaine « reconnaissance de dettes » consciente ou pas, mais objectivement réelle. Qu'on le veuille ou non, l'influence des firmes est évidente dans cette répartition officielle des ventes, même si beaucoup affirment que cela ne change en rien à leurs pratiques.

Cela prêterait à rire s'il n'existait pas une loi de 1993 dite « loi anticadeau » définissant un certain nombre d'obligations, notamment celle d'avoir l'autorisation préalable de l'Ordre des médecins et la mise en cause possible des médecins répondant à de telles invitations (article L 4113-6 du code de la Santé Publique). Notre ordre local a-t-il été invité à donner son avis et que pense-t-il de cette véritable corruption organisée ?

On peut se demander s'il n'est pas indécent d'aller se dorer la pilule grâce à certains laboratoires qui, par ailleurs, refusent de baisser le prix de la trithérapie pour les Africains atteints du Sida, et si il est bien légitime dans un contexte difficile de survie pour notre Sécurité sociale de s'offrir (grâce à de futures prescriptions pour nos patients) quelques heures de détentes loin de chez soi quand beaucoup n'ont pas les moyens d'en prendre d'aussi onéreuses. »

Voilà ce que j'expliquais dans le courrier des lecteurs d'un journal local réunionnais de grande diffusion en mai 2003.

La réponse de l'Ordre local ne tarda pas à suivre, m'invitant à venir m'expliquer sur ce qui contrevenait à l'article 31 du code de déontologie, qui dit que « tout médecin doit s'abstenir, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout acte de nature à déconsidérer celle-ci » ; voilà donc le crime que j'avais commis, l'atteinte à la probité de ma propre profession ; j'allais être jugé par mes pairs sur un délit qui, en fait, protégeait les patients, un comble !

Il y eu de nombreux courriers de soutien aussi bien de médecins (dont certains repentis, pour qui la lecture de ce courrier avait ouvert les yeux), que de non médecins (patients, mais aussi… petits laboratoires pharmaceutiques, jugeant qu'il y avait concurrence déloyale car n'ayant pas les moyens d'en faire autant !) ; j'en ai reçu aussi de plus désagréables… de certaines firmes pharmaceutiques, mais là, je m'y attendais !

Vraiment, il faut le crier haut et fort, la santé est un problème trop important pour qu'elle ne soit confiée qu'aux seuls médecins !

Formindep
http://perso.wanadoo.fr/wilmart.franck/formindep.htm

Résumé : Au Québec, les usagers sont présents dans les instances de direction des établissements d'hospitalisation. Quelle est leur formation, leur représentativité, quelles interventions leur sont possibles ?

Au Québec, les usagers

Entretien avec
Helena Lamed

Représentante d'usagers

Pratiques : Vous êtes représentante d'usagers au Comité des patients de l'hôpital pédiatrique de Montréal, de quoi s'agit-il ?

Helena Lamed : Au Québec, dans chaque établissement hospitalier, il est obligatoire qu'il y ait un comité de patients ; il est composé de représentants de patients, de représentants de l'hôpital et de l'ombudsman, salarié de l'hôpital : il reçoit les plaintes des patients : « je n'ai pas eu le bon traitement », « le délai pour obtenir le traitement était trop long », « il y a eu erreur diagnostique », « je n'ai pas été reçu dans la langue que je voulais »… Le comité de patients se réunit une fois par mois sur les problèmes soulevés par les patients eux-mêmes s'ils sont adultes, et par leurs parents s'ils sont mineurs. Les usagers sont également sollicités dans le Comité d'éthique, par exemple à propos de protocoles d'essais thérapeutiques. Les médecins s'occupent du côté technique, les usagers donnent un avis sur la clarté et sur les étapes du consentement. La question posée, c'est : est-ce que je signerais ça, si j'étais concerné, est-ce que ça remplit les conditions habituelles ?

Est-ce que les représentants d'usagers sont compétents, est-ce qu'ils sont formés ?
La difficulté, pour un usager, c'est de participer à des débats de médecins… Il y a des conférences pour tous les membres du Comité d'éthique, faites par des « éthicistes », formés à la fois en médecine et en droit, et par des médecins. Nous avons eu une conférence sur les conflits d'intérêt dans les essais thérapeutiques : que fait le médecin, que fait l'administration lorsque des effets négatifs du traitement apparaissent et que la firme ne veut pas les publier ?
Il y a eu une autre conférence sur l'utilisation ou non des médecines parallèles et le dilemme des parents en cancérologie pédiatrique lorsque les traitements conventionnels ont épuisé leurs ressources. Cela s'est fait sous forme de table ronde, avec parents, médecins, psychologues.

Qui sont les personnes nommées représentantes d'usagers ?
C'est presque toujours une expérience personnelle qui les motive ; la secrétaire actuelle est en fauteuil roulant et ne peut parler sans prothèse, elle est très active pour le comité. Moi-même, j'ai pratiqué dans le service d'onco-pédiatrie… cependant, les responsables communautaires sont parfois sollicités, pour améliorer la représentation de certaines communautés, grosses utilisatrices. Les volontaires se proposent, ils sont nommés, s'ils sont plusieurs, il y a une élection. Est électeur toute personne qui a une carte de l'établissement, donc qui l'a utilisée au moins une fois.

J'ai du mal à imaginer, donnez-moi des exemples de votre intervention ?
Je fais partie du comité qualité du département de radiothérapie de l'hôpital, c'est un comité de fonctionnement qui comprend des médecins, des ingénieurs et des usagers. Il y a des questions toutes bêtes comme : comment prévenir par haut-parleur dans ce service de plus de cent per-

sonnes, avec autant de patients présents, le personnel impliqué lorsqu'il y a une urgence, sans déclencher de panique ? J'ai fait une proposition neutre, sous la forme d'une lettre grecque. Un autre problème soulevé dans ce comité : les fiches de suivi des effets secondaires étaient mal remplies et peu exploitables. Il faut savoir que ce département, très technique, fonctionne comme une industrie : les personnels sont très compétents, mais surchargés. La question qui les préoccupe est : le traitement a-t-il été fait au bon endroit, à la bonne dose, dans un délai normal ? Le délai, c'est le problème, il n'y a pas assez de machines, ni de techniciens pour respecter et réduire le délai. Les patients ne sont pas désignés par leur nom, mais par l'organe qui est atteint. Il était clair que la difficulté du suivi renvoyait au manque de personnalisation au cours du traitement.

J'ai participé aussi au comité de redéfinition des soins intensifs de l'hôpital pédiatrique : à la suite de coupures budgétaires, il fallait améliorer le turn-over des patients, et donc trouver des lieux qui leur permettaient de sortir de l'unité de soins intensifs. C'était très technique, j'ai posé des questions, il y avait respect et reconnaissance mutuelle. Je pense que la présence d'usagers améliore la transparence et que cela doit changer quelque chose dans la tête du médecin. À un moment, il s'agissait d'établir le formulaire de consentement lors des différentes étapes d'une greffe de moelle, un médecin s'est écrié : « Non, là, ils n'ont pas le choix, ils ne peuvent sortir du protocole à cette étape ». J'ai fait entendre que, sur un plan juridique comme sur celui du vécu, l'absence de choix n'était pas possible, il y a eu un débat assez vif, mais intéressant et respectueux.

En conclusion, je dirais que les usagers peuvent faire valoir leur point de vue dans les décisions de fonctionnement de l'hôpital. Leur présence dans les comités contribue à une certaine transparence. Elle protège bien sûr l'établissement, mais permet, même par bribes, d'évoquer les problèmes des utilisateurs. Ceux-ci d'ailleurs ne se servent pas assez de cette possibilité.

Propos recueillis par Martine Devries

La Cité de la santé

Au cours de l'année 2001, l'ensemble des partenaires (1) de la Cité de la santé, représentants d'usagers et de professionnels de la santé ont souhaité matérialiser leur engagement au projet de la Cité de la santé en rédigeant et signant ensemble ce texte :

« La complexité croissante et l'éparpillement actuel des réponses imposent en effet la création de plates-formes intégrées pour mieux aiguiller les usagers vers les interlocuteurs pertinents, et cela aussi bien en terme de prévention, que de soins, de soutien et de droits.

Ainsi, nous souhaitons aujourd'hui nous fédérer pour créer un premier prototype national de ce type de plate-forme en nous associant à la Cité des sciences pour ouvrir une « Cité de la santé » qui mutualise selon une charte précise, ressources et compétences au service des usagers de tout âge et tout statut.

Une telle alliance entre professionnels de la santé, représentants d'association d'usagers et élus d'instances professionnelles majeures sur un projet de ce type constitue une première en France. Elle témoigne que, vu l'actualité des enjeux concernant l'information des usagers sur la santé, l'expérimentation de telles plates-formes doit constituer un des éléments clé de la mise en œuvre de la politique sanitaire en France aujourd'hui. »

Une nouvelle offre de services de la médiathèque de la Cité des sciences et de l'industrie.

Implantée au sein de la médiathèque, la Cité de la santé est un espace de dialogue, d'information et d'orientation, en accès libre et gratuit. Ni lieu de soins, ni lieu de diagnostic, il s'adresse aux jeunes, aux adultes, aux enfants et aux parents, ainsi qu'aux seniors, dans le respect de l'anonymat et de la confidentialité des usagers.

Pour faciliter les démarches dans la recherche d'informations sur une pathologie, une thérapeutique, l'existence de lieux de soins, de prévention, d'accueil, la Cité de la santé s'est structurée en quatre grands thèmes distincts :

– Entretenir sa santé, prévenir
– S'informer sur un problème de santé
– Vivre avec une maladie, un handicap, accompagner un proche
– S'informer sur ses droits.

Les usagers disposent :

– de plusieurs points d'accueil, où l'on peut s'entretenir librement avec des conseillers en santé, professionnels venant de douze organismes spécialisés ;
– de près de 20 000 ouvrages et revues en libre service sur la médecine et la santé couvrant le droit aux soins, l'évolution des connaissances biomédicales sur les pathologies et leurs traitements, les grandes questions de santé publique et d'éthique, les handicaps physiques et mentaux, leur prévention, leur prise en charge, le développement de la personne au cours des âges de la vie, la psychanalyse…
– des bornes multimédia en accès libre pour consulter une sélection de sites Internet, de cédéroms et de films consacrés à la santé, référencés dans le cadre de la plus grande collection de documents santé accessible au grand public en France ;
– d'une équipe de médiathécaires pour aider dans les recherches documentaires.

L'ensemble de ces ressources sont disponibles sans rendez-vous pendant les heures d'ouverture.

Cet espace de conseils et de ressources matérialise les nouvelles responsabilités d'un établissement de culture scientifique et technique qui souhaite faciliter l'accès à une information complète et impartiale sur la santé. Il s'appuie, pour ce faire, sur une gamme de compétences complémentaires apportées tant par des professionnels que par des associations d'usagers (1).

La Cité de la santé
Accès libre et gratuit du mardi au dimanche de 12 heures à 18 h 45
Médiathèque de la Cité des sciences et de l'industrie
30, avenue Corentin-Cariou
75019 Paris
Métro Porte de la Villette

1. Aides Ile-de-France ; l'Association pour la recherche, la communication et les actions pour l'accès aux traitements ; l'Association de recherche européenne pour la médecine et l'informatique interactive ; le Centre régional d'information et de prévention du Sida ; le Conseil national de l'Ordre des médecins ; le Comité de Paris de la Ligue contre le cancer ; la Fédération nationale d'aide aux insuffisants rénaux ; la Fédération nationale de patients et ex-patients en psychiatrie ; l'Union nationale des parents et amis de personnes handicapées ; Vie Libre
La Cité de la santé a été créée avec le soutien de la Direction générale de la santé, de la famille et des personnes handicapées et de la Ville de Paris.

Résumé : La condition des femmes réfugiées et déplacées, alourdies dans leur fuite par la charge familiale, abandonnées aux exactions et réduites au silence, aggrave encore la position de non-sujet de tout déplacé, destitué de toute valeur politique. C'est de ce silence qu'elles doivent d'abord sortir.

Rada Ivekovic

Philosophe

Réfugiées et déplacées

Des populations déportées, réfugiées, et déplacées (1) en masse représentent peut-être l'image la plus emblématique et la plus poignante de notre époque. A l'heure actuelle, il est devenu difficile, sinon impossible de distinguer entre réfugiés politiques et économiques, bien que les conventions internationales essaient toujours de garder vivante cette différence dans le but de détourner une partie de la pression sur cette foule dépourvue et grandissante. Les réfugiés de guerre, de massacres et de génocides ou également ceux issus de violentes partitions/partages de leur pays, tous appartiennent à la part la plus grosse et la plus tragique des migrations transfrontalières.

De telles situations banales sont devenues monnaie courante dans maints continents et, ni des lois internationales, ni des accords ou des résolutions de l'ONU n'ont été capables de les endiguer avec efficacité, ou de les envisager sous leur nouvelle réalité.

Les camps de réfugiés sont composés de femmes en majorité, femmes dont le dénuement se redouble encore à la lumière de ceux qu'elles ont à leur charge : les estropiés et les enfants. Tandis qu'il y a un tiers de femmes environ pour deux tiers d'hommes parmi les disparus (dans les pays où on utilise les disparitions comme instruments de terreur, comme au Guatemala), tandis que 100 % d'hommes composent les armées, les milices et les paramilitaires, c'est 99 % des femmes qui sont sujettes aux violences sexuelles en temps de guerre, de soulèvements et de mouvements de foule.

La condition d'une réfugiée est en soi la condition d'un être soumis à une violence en continu.

Quand les soldats approchent, les hommes fuient vers les montagnes, mais les femmes restent en arrière. Le cas est en général trop fréquent pour être l'effet du hasard. En effet, les hommes sont convaincus que les soldats ne feront rien à leurs femmes et les femmes, elles, doivent traîner casseroles, enfants, vieillards et piètres nourritures. Alors qu'elles tentent de suivre leurs hommes sur les collines avec tout leur attirail, elles ont toutes les chances, malheureuses, de rester en arrière et de se faire rattraper par l'armée. Ce qui suivra vraisemblablement tient en deux mots : viols et assassinats. Les hommes peuvent fuir sans bagages, ni enfants et, selon eux, sur l'initiative des femmes elles-mêmes. Le témoignage de la commission de la Vérité : « Guatemala. Mémoire du silence » évoque d'innombrables cas semblables, bien qu'il ne les juge pas.

Les camps de réfugiés en Afrique, aux Balkans ou ailleurs sont eux aussi des images de l'horreur. Les femmes que nous pouvons y voir – quand nous avons la chance de voir des images, car la plupart ne sont jamais montrées – sont standardisées, quel que soit le pays d'origine. Elles sont montrées comme des sous-êtres humains dégradés, sous-civilisées, presque retournées à l'état de nature même si elles n'y étaient pas, vivant au mieux sous des tentes et cuisinant à l'air libre, sans voix, sans pouvoir, presque analphabètes, privées de dignité et d'intimité, inutile dans tous les cas. En d'autres termes, elles sont souvent dépeintes comme quantité négligeable, fardeau pour l'humanité : celles à qui il faudrait trouver une place alors que l'ordre du monde actuel ne leur en fait pas. Une population dont on peut se passer.

Les réfugiés sont aussi un fardeau pour les pays d'accueil et pour la communauté internationale, quand cette dernière se charge de leur apporter une aide symbolique plus ou moins grande (symbolique parce que les seules mesures adéquates qui changeraient la situation seraient celles qui essaieraient de la prévenir plutôt que de la guérir). Les réfugiés sont le produit d'une situation qui n'aurait jamais dû avoir lieu. Montrés comme une image de l'autre, les pays d'accueil essaient par conséquent de s'en débarrasser le plus vite possible. Les réfugiés et les déplacés existent car les Etats distinguent entre « nous » et « eux », entre les « citoyens » (nationaux), et les « non-citoyens », même si les « étrangers » ont des amis parmi nous. Ce sont des non-sujets, incapables de citoyenneté, des mineurs ; on ne leur permet pas de se représenter ou d'être représentés. Leurs mouvements sont limités, leur espace altéré ou inexistant, mobile, leur identité ignorée et bafouée, et leur individualité piétinée. Ce qui s'entend encore plus facilement quand on rappelle que la plupart d'entre eux sont des femmes, vues encore comme des non-sujets dans le système patriarcal. Le contexte dans lequel une réfugiée est de force insérée est anormalement dépolitisé. Il ne permet pas l'expression de leur individualité, de leur citoyenneté, de leurs choix politiques et sociaux, et ce à travers l'inscription simple dans un langage qu'elles parleraient, c'est-à-dire à travers la continuité d'une narration. Elles sont la plupart du temps sans documents, ou avec de faux documents. Aussi n'ont-elles pas accès à une protection légale. Bien souvent, ce sont des circonstances désastreuses qui les ont regroupées ensemble et elles ne représentent donc pas de sujet collectif unifié : ces conditions-là ne favorisent aucune sorte d'initiative.

Pourtant, les réfugiées femmes ont à assumer leur subjectivité. Parfois, des événements historiques ou des temps de crises ont pu favoriser la construction de nouveaux sujets politiques, comme par exemple, des groupes de veuves, ou de paysannes, ou de nouvelles nationalités. Mettre leur expérience en mots est fondamental. C'est uniquement grâce à la narration que l'on pourra permettre l'émergence de nouvelles identités et de buts politiques. La narration donne une matérialité au réel, laquelle ne pourra jamais être réduite au silence. Les femmes réfugiées sont bien sûr capables de devenir des sujets politiques, de sortir du stéréotype dans lequel elles ont été mises. Sinon, il faudra reconsidérer et changer le cadre qui les a enfermées. C'est une question concernant l'ordre mondial.

1. Voir : http://www.mondialisations.org/php/public/art_visu.php?r=tout&txt_rech=Ivekovic

Salah Al Hamdani, *Le Cimetière des oiseaux, Bagdad, mon amour*, Éditions de l'Aube, 240 pages

L'auteur, poète et homme de théâtre d'origine irakienne en exil depuis trente ans en France, n'a eu de cesse de dénoncer pendant toutes ces années le régime atroce de Saddam Hussein.

Le Cimetière des oiseaux, nouvelles traduites de l'Arabe avec Isabelle Lagny, décline la quête existentielle d'un irakien coupé de sa famille qui tente de reconstruire en France, ce pays adoptif nourricier, une raison d'être à travers l'amour et l'engagement politique. Pourtant, il rêve de l'Irak. L'Irak de son enfance, mais aussi celui d'aujourd'hui avec ses victimes et les cicatrices de la tyrannie.

Bagdad mon amour, la deuxième partie de ce livre, est un recueil de poèmes écrits en français en 2002-2003 pendant les mois de préparation à l'attaque anglo-américaine de l'Irak. C'est un ultime chant d'amour pour Bagdad, métaphore de la mère qui risque de disparaître, offert à l'universel pour panser les blessures des hommes.

Isabelle Lagny

Résumé : Pourquoi est-ce moi qui suis malade, et pourquoi maintenant ? Cette question du patient au soignant, sur la compréhension du sens de son mal est universelle. Les réponses à cette question varient selon les cultures. L'anthropologie médicale nous convie à un effort de traduction culturelle et de compréhension de nos patients différents et apporte un plus à notre exercice quotidien.

Sylvie Cognard

Médecin généraliste

Conte d'Orient

Un jour, un maître demande à ses disciples : « Quel est le moment exact où finit la nuit et où commence le jour ? »

Un disciple répondit : « C'est quand j'arrive à distinguer, un figuier d'un olivier. »

« Ce n'est pas cela », répondit le maître.

Un autre dit : « Je pense que c'est le moment où je distingue un agneau d'un chien. »

« Ce n'est pas cela non plus », répondit le maître.

« Mais alors, quand est-ce ? », demandent les disciples étonnés.

Et le maître répondit gravement : « La nuit finit et le jour commence quand, devant un homme, quel qu'il soit, qui est là devant toi, tu reconnais en lui un frère. Si tu ne reconnais pas en lui un frère, c'est que ton cœur est encore dans les ténèbres. »

Ainsi, commence la thèse d'Anne Chapell, intitulée : « Médecine générale et cultures différentes : contribution de l'anthropologie médicale à l'exercice du généraliste. » (1)

De son travail que j'ai dirigé en 1994, c'est l'ébauche des résultats qui m'a le plus interpellé.

Dans son éternelle quête d'intelligibilité de la maladie (quel est le sens profond du mal ?), le patient recherche instinctivement les causalités de l'événement pathologique qui fait irruption dans sa vie, réflexion rarement élaborée à la mesure de la complexité de la question. Souvent désireux d'une réponse aussi rapide que précise, fût-elle partielle et approximative, il trouve généralement dans la notion de l'Autre culturel matière à sa démarche herméneutique.

Elle développe après quatre modèles de « mise en accusation » selon le concept de S. Fainzang.

– L'auto-accusation : maladie sanction

– La mise en accusation de l'autre proche (ou familier) : maladie persécution

– La mise en accusation de l'autre éloigné (ou étranger) : le bouc émissaire

– La mise en accusation de la société : le responsable est une entité abstraite, le mode de vie, le stress, la pollution, le chômage…

Ensuite se pose la question sous jacente du sens du mal.

La quête d'intelligibilité de la maladie ne saurait pourtant se réduire à la recherche de causalités, comme l'exprime T. Nathan à propos de patients migrants : « Ils attendaient, ils réclamaient, ils exigeaient du sens et l'Occident leur offrait au mieux des causes. Un médecin peut répondre à la question « pourquoi ai-je mal ? » par une réponse du type « parce que vous avez une fracture à la

jambe ! ». Mais il ne peut jamais répondre à des questions du type « Pourquoi est-ce moi qui suis tombé de l'arbre et non mon frère ou mon cousin ? » « Pourquoi suis-je tombé de l'arbre précisément ce jour-là ? » questions qui invitent à construire du sens »

– La lacune de la médecine moderne. Si la maladie est aujourd'hui entre les mains de la médecine, elle reste pourtant un phénomène qui la déborde de toutes parts. Il serait faux de croire que ce besoin d'interpréter la maladie, de lui assigner des causes non organiques, constitue une survivance, celle des époques où la médecine scientifique, n'ayant pas encore fourni les « vraies » réponses, l'homme fabriquait du sens pour colmater ses ignorances. Ce besoin, s'il prend aujourd'hui des formes spécifiques, est aussi fort qu'autrefois.

– Construire du sens ? Le sens de la maladie ne peut être donné que par la personne elle-même qui expérimente cette maladie. Question très personnelle qui n'est souvent que le produit d'une assimilation de représentations culturelles externes et d'une réflexion individuelle. La maladie reste un scandale pour la pensée et ce scandale explique en partie la difficulté à lui fournir un sens. Que la maladie soit envisagée comme un passage obligé pour un bien être plus grand comme les rhinopharyngites de l'enfant, elle n'explique pas la mort d'un enfant par leucémie. Que la maladie soit perçue comme un châtiment, une sanction à une infraction d'un code moral comme le Sida, elle n'explique pas la mort d'un hémophile contaminé. Que la maladie soit le prix à payer pour la liberté de l'homme qui a choisi d'être grand fumeur et qui meurt d'un cancer bronchique, elle n'explique pas la mort de l'homme tempérant de ce même cancer.

Toute tentative de justification de la maladie échouant, la conscience proteste.

Faudrait-il renoncer à trouver au mal une explication, une fonction, une finalité ?

Au travers de toutes les cultures, il existe bien un invariant, l'être humain a besoin de donner un sens à ce qui est non-sens. Les croyances, la foi, inhérentes à chaque culture vont lui permettent de faire ce saut.

Le patient rasséréné par la compréhension du sens donné à son Mal, pourra alors se soigner, guérir ou accepter sa mort.

La connaissance des différences culturelles et des modes de représentations de la maladie et de la santé, ainsi que des comportements que ces représentations amènent chez les patients, va contribuer à améliorer la relation médecin-malade.

1. Thèse pour le doctorat en médecine, diplôme d'Etat, par Anne Chapell. Présentée et soutenue publiquement le 7 novembre 1994 « Médecine générale et cultures différentes : Contribution de l'anthropologie médicale à l'exercice du généraliste », 168 pages hors annexes et bibliographie, Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Angers. A obtenu le premier prix de thèse de médecine générale à Bichat en 1995.

Courrier des lecteurs

Sans violons

Un autre monde est possible. C'est certain, mais quand nous affirmons cela, haut et fort, nous oublions parfois qu'un monde est en train de se détruire. Un petit monde, celui des habitants des pays développés qui bénéficiaient encore, de façon imparfaite, bien sûr, des acquis sociaux de l'après-guerre.

Il ne m'est pas arrivé souvent d'être directement concerné par les dérives que je dénonce depuis longtemps avec d'autres. Je refuse cette dérive néolibérale de nos sociétés, parce que j'anticipe les effets. Grâce aux réflexions collectives que nous élaborons dans Attac, que d'autres aussi construisent. Ce mois-ci, j'ai ramassé la marchandisation du monde en pleine gueule. Pardonnez-moi d'user de mon histoire personnelle, mais elle a valeur d'avertissement. Je vais donc vous instruire des dernières heures de ma maman. Sans violons, juste avec de la haine.

Vendredi soir, le 23 janvier, je suis rentré du Forum Social Mondial de Bombay, la tête farcie d'émotions et d'images, le cœur un peu serré d'avoir aussi contemplé la misère indienne. Je suis rentré à Dinan, dans les Côtes d'Armor. Plein de choses à raconter aux miens. Samedi matin, un coup de fil. Ma mère venait d'être hospitalisée au petit matin, vers six heures. Un malaise dans sa salle de bains et une glissade. Le genou fracturé. 74 ans bientôt, cela arrive. Elle est née en 1930, d'une génération qui se méfiait de l'hôpital public. Forcément, celui-ci n'ayant été modernisé que dans les années soixante. Une méfiance de bretonne têtue, c'est vous dire. Elle est donc allée, à sa demande expresse, à la polyclinique privée du coin. Entrée vers la sixième heure. C'est vers sept heures qu'elle s'est plainte de douleurs « classiques » : barre dans la poitrine, mal de dos, douleurs à la mâchoire. L'infirmière a noté tout ça sur son relevé de transmissions. Et des analgésiques par là-dessus, comme ça, la douleur (qui ne sait pas que son utilité est d'être un symptôme ?) disparaît. Plus de problème.

Un médecin, Diafoirus du compte en banque, l'examine vers neuf ou dix heures. Enfin, examine son genou, parce que le reste, c'est pas vraiment de l'acte rentable. Et il programme une intervention chirurgicale pour le mardi suivant. Exit l'homme de l'art. C'est de l'ironie macabre, excusez-moi. La journée s'écoule, je passe voir ma maman. Elle parle un peu de ses douleurs de dos, mais pas plus que ça. Les analgésiques sont efficaces. Et la journée se passe. Nous la quittons vers dix-huit heures, pas inquiets. Au cas où, nous avons apporté ses dernières analyses, Doppler et tout, ces trucs de la médecine cardiaque.

Elle est morte à vingt et une heures, à peu près. Un anesthésiste, qui nous a précisé le lendemain qu'il était présent toute la journée, s'est inquiété vers vingt heures. Premier, et dernier, traitement relatif au malaise qui avait provoqué toute cette histoire. Un lovénox, c'est un fluidifiant du sang, un anticoagulant, un peu tard, sans doute, ma maman est décédée, sale mot, elle est morte une heure après. Cela faisait douze heures qu'elle était malade dans cet établissement de... De quoi ? Pensez-vous que je vais écrire de soins ?

Tranche de mort. Mais ce n'est pas tout à fait terminé.

Nous arrivons, il a fallu aller prévenir mon père, une demi-heure plus tard. Il y a une vingtaine de kilomètres. Le médecin n'a pas pu attendre, il est rentré chez lui, mais demain, à neuf heures, il nous recevra volontiers. L'infirmière ne sait rien. Elle nous fait remarquer avec suffisance que les accidents postopératoires, ça existe. Quand nous lui expliquons que ma mère n'a pas été opérée, elle le prend de haut. Puis de très bas. C'est vrai que j'ai été un peu véhément, c'est pour ça qu'elle a pleuré sur son

sort, la méchanceté des familles, vous comprenez. Elle a même noté ça sur sa feuille de transmission, l'agressivité du fils aîné, tout particulièrement. Le lendemain, nous avons vu un des médecins, l'anesthésiste. Il nous a fait le coup du compatissant gentil, mais vous comprenez, c'est très difficile de, mots savants, vous béotiens, fatalité et tout ça. Un peu plus tard, il a admis que cela n'aurait pas dû arriver. Histoire de se protéger en chargeant son collègue.

Le collègue, je l'ai vu dans l'après-midi. Manteau épais, de la belle laine beige, écharpe blanche, tiens, ça me fait penser à Laval, légende noire et cravate blanche. C'est vrai que le conseil de l'Ordre, ça date de Pétain. Il a refusé de me communiquer le dossier d'hospitalisation. Je suis parti. Puis revenu avec mon sac à dos, duvet et tout. Camper dans le hall d'accueil en attendant mon dossier. Retour du médecin. Pas content. Il évoque les flics. Moi je n'ai rien contre. Puis se cache une petite heure. Revient triomphant avec un papier, tiré d'un truc de conseils juridiques vulgarisés, *Le Particulier*, m'indique que la communication du dossier d'hospitalisation, c'est 48 heures, via le médecin traitant. Il n'a pas tout lu. Il y a un point particulier relatif aux personnes décédées. Sans délai de 48 heures ni médecin traitant. Il a cédé. La photocopie du dossier est édifiante, mais incomplète. Perdu les feuilles de température, tension, etc. A demain.

Le lendemain, je suis de nouveau là. Avant de rencontrer le directeur de la clinique, je suis la surveillante, la chef infirmière, quoi, qui doit me remettre quelques effets de ma maman, robe de chambre, trucs comme ça. Elle me les donne, dans un sac poubelle. Merci, ma bonne dame. Une demi-heure après, le directeur acceptait de me remettre une attestation de perte des feuilles de température manquantes. Il tenait toutefois à interroger l'infirmière intérimaire qui... Nous avons reçu cette attestation depuis, en recommandé.

Voilà comment s'achève une vie dans l'univers de la santé marchandisée. De l'acte, de l'acte, de l'acte vous dis-je. Il n'y a que cela qui importe. Un genou, c'est rentable. Dommage qu'un être humain soit construit autour. Ma maman devait fêter ses noces d'or cette année, aux beaux jours. C'est le jour de son enterrement que mon père a sorti toutes les bouteilles de champagne qu'ils avaient achetées pour ce jour d'été et de bonheur à venir. Nous les avons toutes bues.

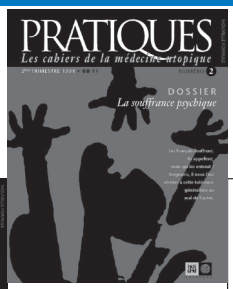
Excusez-moi de parler de ma peine, c'est pour mieux faire passer ma rage. Ce système de soins, si l'on peut dire, est en train de se mettre en place. Plan hôpital 2007 déjà en route, rapport Chadelat, réforme de l'Assurance maladie, canicule et 15 000 morts, ma chère petite maman, le monde néolibéral t'a broyée. Il est vrai que tu n'étais pas très grande.

Michel Gicquel, Président d'Attac 35

Pratiques, les cahiers de la médecine utopique
Numéros disponibles

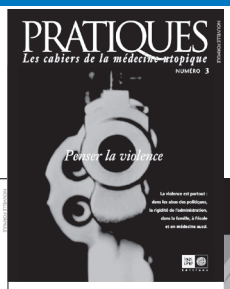
n° 1 : La société du gène

n° 5 : La santé au travail



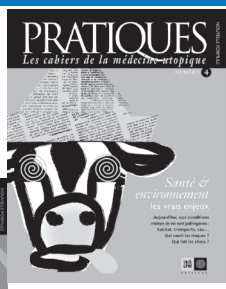
n° 2 : La souffrance psychique

n° 6 : Sexe et médecine



n° 3 : Penser la violence

n° 7 : La responsabilité du médecin



n° 4 : Santé et environnement

n° 8 : La santé n'est pas à vendre

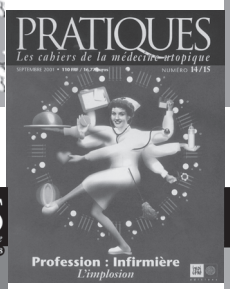
n° 9 : L'hôpital en crise

n° 10 : Folle psychiatrie

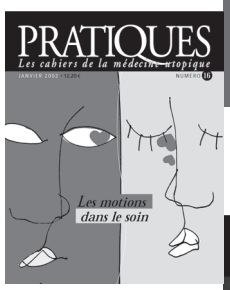
n° 11 : Choisir sa vie, choisir sa mort

n° 12 : L'information et le patient

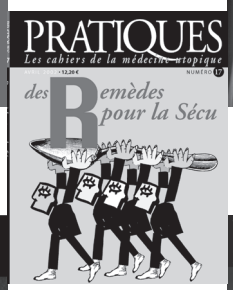
n° 13 : La médecine et l'argent



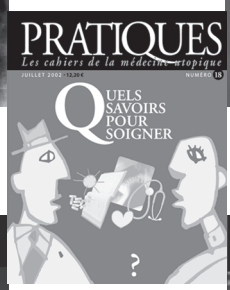
n° 14-15 : Profession : infirmière



n° 16 : Les émotions dans le soin
(retirage du dossier)



n° 17 : Des remèdes pour la Sécu

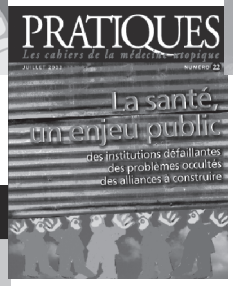


n° 18 : Quels savoir pour soigner ?

n° 19 : La vieillesse, une maladie ?

n° 20 : La santé des femmes : tout reste à faire

n° 21 : Le médicament, une marchandise pas comme les autres



n° 22 : La santé, un enjeu public

n° 23 : Ils vont tuer la Sécu !

n° 24 : Le métier de médecin généraliste

n° 25 : Hold-up sur nos assiettes

- 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° 27 : Nos alternatives pour la santé

ABONNEZ-VOUS A *PRATIQUES*

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

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.

BULLETIN D'ABONNEMENT

☐ Abonnement un an	**42,70 euros**
☐ Abonnement deux ans	**76,20 euros**
☐ Abonnement jeune médecin (étudiant, remplaçant, installé de moins de trois ans et demandeur d'emploi)	**30,50 euros**
☐ Abonnement à durée libre par prélèvements automatiques (joindre RIB + autorisation de prélèvement)	**10,50 euros/ trimestre**
☐ Commande à l'unité (12,20 € + 1,50 € de frais d'envoi) : – nombre d'exemplaires : – intitulé du numéro :	**13,70 euros/nº**
☐ 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 : revuepratiques@free.fr
site : http://www.smg-pratiques.info

Un reçu vous sera adressé à réception de votre règlement

PRATIQUES

PRATIQUES n° 26
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 : revuepratiques@free.fr
site internet : http://www.smg-pratiques.info
52, rue Gallieni, 92240 Malakoff • France

Directeur de la publication : Marie Kayser
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 ; Martine Devries ; Patrick Dubreil ; Françoise Ducos ; Monique Fontaine ; Hélène Girard ; Catherine Jung ; Marie Kayser ; Sylvie Lagabrielle ; Evelyne Malaterre ; Elisabeth Maurel-Arrighi ; Didier Ménard ; Patrice Muller ; Anne-Marie Pabois ; Elisabeth Pénide ; Anne Perraut-Soliveres ; Christiane Vollaire.

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

Dessins : Serdu / Serge Duhayon

Couverture : 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 : 2e trimestre 2004
commission paritaire n° 0308685786
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, résumés et dessins sont de la responsabilité de la rédaction.

BULLETIN D'ABONNEMENT

PRATIQUES

Les cahiers de la médecine utopique