

PRATIQUES

Les cahiers de la médecine utopique

32

DOSSIER

Le temps de la parole

S O M M A I R E

Dossier **Le temps de la parole 3**

LES CONDITIONS DE L'ÉCOUTE

L'inaudible	4	<i>Pierre Kneip</i>
La prostitution, une souffrance sans mots	5	<i>Michele d'Auria</i>
Paroles interdites, paroles assassines	6	<i>Elisabeth Forveille</i>
Le bon moment	10	<i>Didier Ménard</i>
Oser se laisser « féconder les oreilles »	11	<i>Denise Vogeleisen</i>
Épaule bloquée ?	15	<i>Sylvie Simon</i>
Le temps que j'aime	16	<i>Anne-Marie Pabois</i>
Parler avec l'étranger	17	<i>Liliana Saban, Catherine Jung</i>
La clé du corps	18	<i>Sylvie Simon</i>

LA PAROLE BRISÉE

Visages	19	<i>Jean-Pierre Lellouche</i>
Tourner sept fois la langue dans la bouche	20	<i>Anne Perraut Soliveres</i>
La médecine interloquée	22	<i>Christiane Vollaire</i>
Main-basse sur les mots	26	<i>Anne-Marie Pabois</i>
Entendre ce qui est dit de sa pratique	28	<i>Marie-Christine Pouchelle</i>
L'enfant rebelle ou la parole inaudible	32	<i>Salomé Viviana</i>
Les dédales d'un harcèlement	33	<i>Yveline Frilay</i>
Santé publique : un plan contradictoire	35	<i>Yveline Frilay</i>

LE POUVOIR DE LA PAROLE

Parler pour soigner : fragments	36	<i>Patrice Muller</i>
Sale temps pour la parole !	42	<i>Daniel Lemler</i>
Prendre le temps de la réflexion : une démarche de qualité	45	<i>Marie-José Auburtin</i>
Mon facteur revendique le temps de la parole	49	<i>Entretien avec Pascal X</i>
Ça fait du bien d'en parler	51	<i>Prisca Baldet</i>
L'autisme et la parole des familles	53	<i>Entretien avec Catherine Stranieri</i>
De la parole individuelle à la parole collective	55	<i>Act Up-Paris</i>

Rubriques

Edito	59	
Actu politico-médicale	60	<i>SMG, Didier Ménard, Formindep, Jean-Pierre Lellouche</i>
Images du corps : L'image parole	66	<i>Monique Sicard</i>
Coup de gueule : Trop, c'est trop	70	<i>Elisabeth Pénide</i>
Petite discussion en banlieue	71	<i>Denis Labayle</i>
Défendre l'option médecin référent	72	<i>Marie Kayser</i>
Le médicament : Pour des visiteurs médicaux d'état	73	<i>Denis Labayle</i>
L'effet placebo, l'ami du médecin	76	<i>Jean-Pierre Lellouche</i>
Ailleurs, autre regard :		
Devenir médecin, itinéraire d'une femme afghane	77	<i>Entretien avec Zakia Kohistani</i>
Méfais de la réforme : Ça n'arrive pas qu'aux autres	79	<i>Marie-José Auburtin</i>
Arrêts de travail... in extremis	80	<i>Bernard Senet</i>
C'est pour mieux te manger mon enfant	81	<i>Elisabeth Pénide</i>
Hôpital : Accoucher à Nantes en 2005	84	<i>Bernard Meslé</i>
Santé publique : Risques de cancer	85	<i>Jean-Pierre Lellouche</i>
Revue : Cris des nouveaux-nés	86	<i>Jean-Pierre Lellouche</i>
Punitions corporelles	87	<i>Jean-Pierre Lellouche</i>
Césariennes	88	<i>Jean-Pierre Lellouche</i>
Diabète chez le jeune enfant	90	<i>Jean-Pierre Lellouche</i>
Nous avons lu pour vous	91	<i>Geneviève Barbier, Martine Devries, Sophie Eyraud</i>
Courrier des lecteurs	93	<i>Annie Bureau, Marie-Laure Brival, Maya Surduts, Nora Tenenbaum, Bernard Tommasini</i>

D O S S I E R

Le temps de la parole

À un moment où le culte du pragmatisme nous conduit à penser, comme à une évidence, que la fin justifie les moyens, et qu'il tend à envoyer au magasin des accessoires le non directement rentable, il nous a paru « urgent » d'ouvrir un espace redonnant au *temps de la parole* toute l'importance qui est la sienne.

Ce temps, il faut le reconquérir d'abord pour soi afin que cette réappropriation permette collectivement de soutenir l'idée de sa nécessité. A une époque où la modernité nous conduit à rechercher le « prêt à penser », l'inscription du débat, de l'échange, de la réflexion, devient un enjeu politique.

Parler, échanger suppose l'écoute, écouter l'autre, sa parole, son silence, sa souffrance, c'est, dans un mouvement de reconnaissance, lui permettre de se resituer dans son histoire, de dire quelque chose de ce corps qui parle à sa façon. Prendre le temps, s'attarder, bavarder, c'est donner à l'autre l'occasion de s'exprimer, c'est créer les conditions de la rencontre et se mettre en position de soutenir ce moment fait d'incertitudes. Si parler c'est s'exposer, écouter, c'est s'ouvrir à l'étonnement, c'est prendre le risque de se laisser surprendre. C'est ouvrir cet espace propice à la relation qui est au cœur des pratiques médicales, éducatives et sociales.

Prendre soin de l'autre, dans toutes les dimensions qui en font un être à la fois différent et semblable à soi, c'est le reconnaître comme sujet. Cette reconnaissance réciproque vient enrayer la logique consistant à faire de l'autre un objet de connaissance, à le chosifier en gommant ainsi tous les aspérités de la relation pour s'installer dans une place faisant peu de cas du sujet comme être de désir. En contournant l'inconfort de la relation dans ce qu'elle peut avoir d'interpellant, on se prive d'une possibilité de faire retour sur nos propres motifs, sur notre désir.

Différents champs disciplinaires ont été sollicités pour témoigner de l'importance de la parole à travers des pratiques singulières qui sont livrées ici comme autant de témoignages, du refus de l'instrumentalisation des métiers reposant sur la relation à autrui, et de l'engagement citoyen. C'est ce refus qui restaure la possibilité de questionner les actes qui nous constituent comme sujet, que ce soit dans le colloque singulier, ou encore dans cette discussion collective qui donne du poids à la parole de chacun et nous permet d'élaborer une réflexion commune.

À travers le récit de leurs pratiques, les auteurs nouent ici quelque chose qui incite à prendre toujours le temps de la réflexion et de la parole...

Le 2 décembre 1995, Pierre Kneip mourait du Sida.

Ce professeur de littérature s'est engagé dans le mouvement Aides en 1985, et en 1990, il fonde Sida Info Service, ouvrant ainsi une « ligne » téléphonique, un espace de parole où la honte, la peur, peuvent s'exprimer. Cette permanence téléphonique a permis à de nombreux malades de sortir du silence et a rendu audibles leurs souffrances.

L'inaudible

Pierre Kneip



J'ai souvent repensé à cette question : de quoi peut-on rêver quand on est revenu d'Auschwitz (quand on y est, Primo Lévi en a parlé) ?

En fait, la question est plutôt : peut-on rêver à partir d'Auschwitz ? Je repense à cela après avoir lu un long article sur la façon de mettre l'extermination des Juifs hors de l'Histoire, d'en faire un trou noir de l'Histoire, de la considérer comme une sorte de fin de l'Histoire où viendraient se dissoudre aussi bien les déterminismes de tous ordres que les schémas d'explication. Pour être en un sens indicible parce que l'horreur nous rend muets, cet événement échapperait-il à toute relation ? Si nous ne rêvons pas de ce dont nous ne parlons pas, pouvons-nous parler de nos non-rêves et fouiller l'inconscient de l'inconscient ?

En fait, je trouve dommage qu'aussi bien pour le sida, on n'ait pas davantage évoqué cet aspect des choses car le soi-disant indicible pèse d'un poids terrible dans le parti pris du secret. Ne pas empêcher cette intimité ambiguë entre le sujet et ce qui le

détruit, car il y a là une jouissance tragique, du tragique plutôt, mais ne pas dissocier ce tragique de la catharsis qui fut la représentation théâtrale, donc l'habillement esthétique, verbal, de ce qui n'est à l'origine qu'une conscience muette et terrorisée.

Je veux dire : c'est bien de dire « témoignez », mais qu'on prenne garde à ne pas dessaisir le témoin, à le faire se dessaisir lui-même de ce qui est la représentation qu'il se donne à lui-même si l'on n'a pas prévu de dresser les tréteaux et le décor du mythe.

Je pense aux États Généraux (1) et me demande ce que veut dire ce « témoignez ». Rien ne serait pire qu'un témoignage dans le vide parce que le sida, comme tout ce qui apparaît comme l'extermination au travail, est moins indicible qu'inaudible. Comment faire, non pas parler, mais entendre ? Il me semble que nous avons escamoté la difficulté et que nous sommes partis de l'idée confuse que si les muets parlaient, les sourds entendraient...

1. Etats Généraux – Vivre le Sida : rassemblement en mars 1990 de personnes atteintes par le VIH dont les témoignages sont réunis et publiés sous forme d'un Livre Blanc

La prostitution, une souffrance sans mots

Bois de Boulogne, bois de Vincennes, forêts de Fontainebleau, de Saint-Germain, Portes de la Villette, de Clignancourt... dans chacun de ces lieux, il y a des femmes, des esclaves, des « travailleuses du sexe », des très jeunes encore, des adolescentes, mais aussi des « vieilles » et des hommes, des travestis, des transsexuels... de toutes origines et des quatre coins du monde, chacun ayant investi quelques mètres carrés de terre ou d'asphalte.

De jour comme de nuit, l'association « les amis du bus des femmes » va à la rencontre de ces personnes sur leur lieu de travail. Dans ce bus, il y a une équipe de trois personnes : une animatrice (ancienne prostituée), une infirmière et un médecin qui offrent autour d'une tasse de café convivialité, écoute, conseils et actions de prévention et de santé. Les prostitué(e)s montent, prennent une boisson, parlent ou ne parlent pas... certains silences sont tellement éloquents !

Bois de Boulogne, une heure du matin, une femme d'une cinquantaine d'années, seule dans la nuit, le bus s'arrête, la femme monte, l'infirmière lui offre le café et lui demande si « ça va », elle répond « tout va bien » et s'effondre en larmes. Elle raconte qu'elle vient d'être menacée au couteau par un « client » et montre ses bras où l'on peut voir de nombreuses cicatrices d'agressions anciennes. Il n'y a pas besoin de mots pour que sa souffrance se révèle, elle est inscrite sur son corps pour toujours. Le silence et ses larmes occupent tout l'espace.

Elle n'est restée qu'une dizaine de minutes, nous l'avons réconfortée de notre mieux avec le sentiment que nos mots sont bien impuissants et dérisoires devant une telle détresse. Elle est descendue du bus, elle avait encore trois heures de travail seule dans la nuit, dans le bois...

Nous ne partagerons rien de plus avec cette femme qu'un café, un moment de chaleur humaine et de lumière. Qui est-elle ? Quel est son quotidien, pourquoi est-elle là ? Elle ne nous en a rien dit et nous n'avons sans doute pas à en savoir d'avantage.

Bois de Vincennes, onze heures du matin, une trentaine de femmes, des « traditionnelles » (1) se sont rassemblées et « manifestent » pour dénoncer leurs conditions de travail et le harcèlement policier dont elles sont quotidiennement victimes : séquestre de leurs véhicules, PV à 80 euros, interpellations brutales menottes aux mains, gardes à vue et par-dessus tout les injures et l'irrespect total qu'elles subissent sans arrêt de la part des policiers parisiens mandatés soi disant pour assurer l'ordre public. « T'es vieille, dépravée... on va nettoyer le bois... je ne veux plus te voir là... à ton âge tu devrais être en maison de retraite... » Mots qui humilient, mots qui tuent !

Ces femmes travaillent, pour certaines depuis plus de vingt ans, dans le bois, elles sont attachées à leur espace (coin de rue, réverbère) comme l'ouvrier est attaché à son usine, et avant la loi Sarkozy sur la sécurité intérieure, elles ne semblaient déranger personne dans ce coin de bois.

Chassées de leurs lieux habituels, elles se retrouvent sans possibilité de travailler et donc sans aucune ressource, sans possibilité d'aide sociale, exclues du droit commun des maux et des mots.

Ce jour là, la presse était là qui a fait écho à leurs cris de désespoir, ce jour là leurs paroles sont sorties un instant du bois de Vincennes. Cependant, au quotidien, leur situation n'a guère changé.

Le langage populaire dit que les grandes souffrances sont muettes, le monde de la prostitution est un monde de silence et de non-dit.

Michele d'Auria

Médecin généraliste

1. Prostituées de nationalité françaises travaillant en « indépendantes ».

Résumé : A partir de sa connaissance du monde des sorts, une psychanalyste évoque comment une parole violente a prise sur une personne et comment elle peut s'en délivrer.

Paroles interdites, paroles assassines

Elisabeth Forveille

Psychanalyste

Pratiques : La psychanalyste que vous êtes a évoqué la situation de analysants qui semblent pris dans des paroles « assassines » qui fonctionnent comme des malédictions. D'où vous vient cette connaissance des sorts ?

Elisabeth Forveille : J'ai grandi en Mayenne, dans la même région que Jeanne Favret-Saadat a décrite dans son ouvrage *Les mots, la mort, les sorts*. Là-bas, la parole a un effet, la parole « ça le fait ».

Dans mon enfance, les gens consultaient des guérisseurs, qui guérissaient avec des paroles justement. Un de mes cousins « le faisait pour les darts » comme on appelait alors l'eczéma. Les gens faisaient la queue le dimanche pour le voir, lui les examinait, puis entraît la nuit en lutte avec les forces mauvaises, et au petit jour, tous les gens qu'il avait vus n'avaient plus de darts. Les gens croyaient qu'il avait plus de pouvoir que les autres, car il était chouan, royaliste en rébellion avec l'Etat français.

De même, la bonne de ma grand-mère par exemple, Marie, elle, elle « le faisait » pour les brûlures. Ma sœur toute petite s'était gravement brûlée et avait été emmenée en urgence chez elle. Tout le monde s'était alors exclamé du miracle de la guérison. Mais aujourd'hui, ma sœur dit qu'elle avait toujours mal, mais qu'elle n'avait pas le droit de le dire, et cela sans qu'on ne le lui ait dit explicitement. Elle était obligée de dire qu'elle n'avait plus mal puisque Marie l'avait

guérie. C'était d'une certaine manière obligatoire pour la cohésion de la famille, c'était impossible de contester le pouvoir de Marie, c'eût été comme critiquer la position du père de famille ! Et je suppose que, si les gens avaient encore de l'eczéma, ils disaient quand même qu'ils étaient guéris ! En plus, on disait que si on allait voir le médecin, ça cassait tout, on ne pouvait pas faire les deux ! A la limite, on était menacé des foudres divines, on pouvait avoir vraiment quelque chose de bien pire si on allait chez le médecin ! Donc, les guérisseurs, ce n'est pas comme les sorts, mais c'est quand même la toute puissance de la parole...

Au-delà du soin par les guérisseurs, comment ces croyances influaient sur la société ?

Si la parole, « ça le fait », alors, il ne faut pas parler. Un certain nombre de mots deviennent exclus du langage, il ne faut pas parler de maladie, de mort, parce que ça a immédiatement un effet.

Il y avait une anecdote : quand j'avais dix-huit ans, j'étais institutrice, c'était en 1972, les enfants m'ont dit : « Madame, on ne fait jamais la dernière page du livre d'histoire ! ». C'était sur la guerre 39-45, alors je leur ai proposé de demander à leurs grands-parents ce qu'ils en pensaient, de faire une enquête. Quand je leur ai demandé ce qu'avaient dit leurs parents, là, on entendait les mouches voler : personne ne disait rien, et puis finalement il y en a un qui a levé le doigt :

« Mes parents, ils ont dit : on n'a pas le droit d'en parler, sinon ça va recommencer. »

Et chez moi, la mort, la maladie, il ne fallait même pas prononcer le mot à table. Parce que la parole est collée à la chose, elle a un pouvoir de la faire revenir.

Comment, en tant qu'analyste familière du monde des sorts, voyez-vous dans l'histoire des analysants les situations où les gens semblent prisonniers d'une malédiction ?

Il y a des vraies malédiction proférées par quelqu'un considéré comme sorcier et qui ont des effets. Et il y a des sorciers trouvés par le sujet, qui cherche des explications aux événements de sa vie. Quand des parents viennent consulter et raconter les symptômes de leur enfant, je leur demande toujours ce qu'ils en pensent eux et s'ils ont une idée sur l'origine des difficultés.

Et là, oh surprise, ma formulation déclenche parfois une référence aux sorts : « Oh bah, vous savez, dans notre pays (aux Antilles, dans le Berry), il y a des gens qui vous veulent du mal. » Alors je formule : « Moi, je m'y connais un peu dans les sorts, parce que je viens de la Mayenne, même si maintenant j'ai une autre façon de comprendre les choses, je peux peut-être voir ça avec vous, mais racontez-moi. » Et là on me raconte. Par exemple, un homme me parle de sa mère qui est morte, mais qui lui a jeté un sort. Quand il se lève la nuit pour aller aux toilettes, elle lui met la main sur l'épaule. On peut l'analyser avec d'autres outils, comme ceux de la psychanalyse, mais c'est important que les analysants disent comme ils le pensent, racontent leur explication du monde, de ce qui leur arrive. Parfois, c'est long avant qu'ils n'admettent que ça peut être autrement.

Et si l'analyste ne s'y intéresse pas, il ne saura pas que beaucoup de gens, même français, ont ce type de croyances. L'ignorer fait cliver le patient entre sa culture d'origine, et la culture dite européenne positiviste...

Comment ça se passe dans les cultures où la sorcellerie est « évidente » ?

Je ne connais que la sorcellerie qui est issue d'un mélange de culture ancestrale et de catholicisme (que ce soit les Antilles, Haïti, le Portugal, le Berry ou la Mayenne). Cette intrication est très fréquente dans les contrées de christianisation récente.

La toute-puissance du Verbe, elle est bien dans la religion catholique « le Verbe s'est fait chair », quand on est enfant et qu'on entend « le Verbe s'est fait chair », on voit les gouttes du sang du Christ qui tombent ! Avec toute la culpabilité qui s'y associe. Dans la religion catholique, tout ce qui nous arrive de difficile nous fait gagner notre paradis. On peut dire que la religion catholique est une religion de l'Avoir, qu'elle réfère à la névrose obsessionnelle. Mais parallèlement, je pense que dans ces populations, les gens n'ont pas voulu abandonner l'idée que ce qui nous arrive de mauvais, les manques de chance seraient le fait de quelqu'un qui aurait pris, volé notre chance, notre pouvoir. Les gens se retrouvent pris entre deux notions, du côté de la religion, où le moins entraîne un plus dans l'au-delà, et du côté de la sorcellerie, où le moins est dû à la dépossession par celui qui a jeté un sort et qui a gagné un plus. On retrouve cela dans les histoires que j'ai bien connues et qui décrites dans le travail de Jeanne Favret-Saadat : « Si t'es impuissant, c'est que les voisins ont pris ta puissance, si ta vache tarit, le lait, il est chez le voisin ! »

Il me semble qu'en Afrique, c'est du même ordre. Il y a beaucoup de gens qui n'emmènent pas leurs enfants au pays parce qu'ils ont peur des sorts, comme ils sont « riches » et qu'ils sont en France, la famille et les voisins leur voudraient du mal et s'en prendraient aux enfants.

Comment vous situez-vous par rapport à la position de Tobie Nathan ?

Je me situe très différemment : ma référence, c'est la psychanalyse. Par contre, je dis quand c'est nécessaire que, par ma culture, je connais





les sorts, comme je peux dire que je connais la Bible. Cette connaissance de la Bible peut me servir comme point de départ avec des gens qui sont très religieux, qu'ils soient chrétiens ou musulmans, pour évoquer la transmission inconsciente qui était déjà connue de l'Ancien Testament. « Et ils seront damnés jusqu'à la cinquième génération ».

Vous avez évoqué par ailleurs les paroles assassines. Comment aidez-vous les analysants à débusquer les paroles assassines, qui font du mal en dehors des sorts proprement dits ?

Ce que j'appelle « paroles assassines » au sens psychanalytique, cela procède de la même construction. Il n'y a pas de distinction à faire entre les malédictions, au sens des sortilèges, et « les paroles assassines ». Le travail consiste à chercher comment l'analysant a intériorisé une parole assassine, et pourquoi elle a été assassine pour lui. Ce qui est important, c'est comment l'analysant était déjà préparé à intérioriser, à recevoir cette parole assassine. En rapport avec la place que tient pour lui la personne qui l'a proférée.

Comment identifiez-vous ces paroles ?

Par exemple une analysante a eu un bébé tardivement et n'arrive pas à avoir le deuxième enfant. Elle était depuis l'enfance en rivalité avec sa cousine qui elle-même a eu du mal à avoir des enfants. A la génération précédente, il y avait déjà une rivalité entre les deux sœurs, leurs deux mères par rapport à leur propre père. Quand j'ai demandé à l'analysante qui lui avait dit qu'elle n'aurait pas de deuxième enfant, elle m'a raconté que c'était sa cousine : « Pour le premier, t'as eu de la chance, mais le deuxième tu l'auras jamais. » Cette parole avait pris valeur d'injonction, un avertissement à ne pas « dépasser » la cousine.

Pour moi, le sort, c'est une allégeance à la famille, parce que ça renvoie à une histoire de phallus, tout est dans l'« avoir plus » ou « avoir moins ».

Dans ce cas-là, c'est une non autorisation de faire mieux que sa mère, ou d'être plus heureuse que sa mère, sous peine d'une punition, que la patiente s'inflige elle-même évidemment, sous le principe de la culpabilité.

D'un point de vue psychanalytique, ce qui est important, c'est d'identifier que cela a eu un effet mortifère sur la patiente. Quelqu'un d'autre lui aurait dit « Ma pauvre fille à ton âge, t'auras du mal à en avoir un deuxième », ça n'aurait pas eu forcément le même effet. Cela avait eu l'effet de parole assassine parce que c'était la cousine, plus belle, plus intelligente (fille de la sœur plus belle et plus intelligente que la mère de mon analysante).

Comment fonctionnent ces paroles fossiles ?

La parole fossile, c'est autre chose, c'est ce que je sens quand la personne parle avec d'autres mots, une autre voix. Par exemple, une analysante qui avait une phobie des transports me raconte un rêve où sa fille qui est adolescente lui téléphone et lui dit : « Je suis partie en stop ». Alors ma patiente dans le rêve se dit « Ça y est, elle va se faire enlever, tuer », mais pourtant sa fille avait l'air confiante.

Alors je lui ai dit « Le stop, c'est pas de maintenant, c'est de votre génération à vous. » C'est décalé !

De même, elle dit souvent : « Le RER, quelle horreur parce que ça passe dans le bois », c'est également décalé ! Il y a dans son histoire une histoire du bois où elle s'est faite aborder quand elle était petite, juste aborder, mais elle était d'une famille où on avait le droit de ne rien dire, de ne parler de rien, donc on devait avoir peur de tout d'autant qu'on peut pécher par pensée, par parole, par omission. Le mutisme vient du fait que si on parle, soit on fait un mauvais sort à quelqu'un, soit on fait un péché. Donc personne ne peut rien dire, donc tout le monde a peur de tout et on ne sait rien sur rien.

Aussi, la dame en question, quand elle était enfant, ne savait pas de quoi il fallait avoir peur. Tout était tabou. Evidemment, ça se rapporte à la

sexualité. Cela se déplace sur le signifiant « faire du stop », « bois », « métro ». Voilà ce que j'appelle des mots fossiles, c'est décalé. On a l'impression qu'ils sont tombés tout droit d'une génération ou deux avant.

De quel genre de paroles ont besoin les analysants qui sont pris dans les paroles assassines ?

Ce sont les analysants qui trouvent d'eux-mêmes. Il y a certes des paroles de l'analyste qui lèvent les sorts, mais on ne sait pas d'avance lesquelles.

C'est comme en psychodrame, où les co-thérapeutes réfléchissent à comment ils vont jouer la scène, en fonction de l'analysant. Ce qui fait sens pour lui est complètement surprenant, alors on se demande pourquoi se donner la peine de prévoir ! Evidemment les deux positions sont nécessaires, il faut penser et pouvoir se laisser surprendre.

J'ai reçu une patiente, très dépressive, à partir du moment où elle est venue, elle a été tout de suite bien. Ça m'étonnait qu'elle ait été bien si vite, parce qu'elle était vraiment en dépression grave !

Et tout récemment, elle vient de me dire que je lui avais dit dès le début : « Quand vous étiez petite, on aurait dû s'occuper de vous, vous auriez dû être placée. » C'était une histoire terrible, sa mère était alcoolique, les enfants crevaient de faim, la nuit, le père tapait la mère parce qu'elle avait bu, et la mère avait peur et faisait sortir ses enfants la nuit dans la rue, en prenant un couteau, au cas où il y aurait des voleurs. J'ai été la première à m'indigner qu'elle ait été aussi maltraitée et que personne n'ait songé à s'occuper d'elle. Alors ma réaction spontanée a levé la parole assassine, le

seul discours qu'elle ait entendu petite au sujet de son malheur. Elle a pu me la raconter aujourd'hui : elle avait un oncle qui leur disait tout le temps « Il faut être gentil avec votre mère, c'est de votre faute si elle est comme ça ! » Toute son enfance, elle avait été culpabilisée parce qu'elle n'était pas gentille avec sa mère et que c'est pour ça qu'elle était alcoolique.

Malgré tout, n'y a-t-il pas une question de transfert, d'engagement ? D'« y être » ou de ne pas « y être » ?

C'est une certaine qualité du transfert, quand on sent qu'il y a une partie de soi qui fait partie com-

mune avec l'autre. On ressent son histoire comme la nôtre. Parfois, c'est dès la première fois que quelque chose se passe !

Les gens savent que j'y suis. La différence, ce n'est pas d'être psychiatre ou psychanalyste, la différence, c'est ceux qui « y sont » et ceux qui n'« y sont » pas. Au Centre médico-psychologique où je travaille aussi, il y a une dame qui nous offre de très beaux cadeaux, à la secrétaire et à moi, car elle dit que nous l'avons empêchée de se tuer. La secrétaire, elle « y est » aussi, elle n'a pas de formation psychanalytique, mais elle écoute. Elle

est humaine. C'est ça, la différence.

Ce qui joue un grand rôle, je pense, c'est la partie commune, c'est pour ça qu'on n'est pas bon pour tout et pour tout le monde. Avec le métier, au contraire, on apprend à entendre les parties plus éloignées de soi. Alors, avec l'autre, l'analyste remet en jeu son propre travail sur lui-même.

Propos recueillis par Elisabeth Maurel-Arrighi



Le bon moment

Didier Ménard

Médecin généraliste

Nous, les médecins, pratiquons des interrogatoires pour obtenir des réponses à nos questions. Dans la police, ils pratiquent des auditions pour obtenir des renseignements. Serait-ce que notre besoin de savoir est plus inquisiteur que celui de la police ? Je ne peux le croire. Cela mérite que nous nous interroguions sur la manière dont nous conduisons cet interrogatoire médical.

Nous avons besoin de renseignements précis sur la nature de la plainte, sur la description du dysfonctionnement qui conduit la personne à venir chercher de l'aide chez le médecin. Si nous avons le temps, nous pouvons profiter de la richesse ou de la pauvreté du vocabulaire exprimé, de la pertinence des images utilisées, du piment de la référence culturelle... mais comme nous pouvons rarement profiter de ce temps, nous voulons aller à l'essentiel. Nous souhaitons que la personne malade soit capable de formuler la plainte de manière immédiatement accessible à notre savoir médical. Malheur à celle ou à celui qui s'égaré dans de grandes descriptions jugées immédiatement inutiles par le dogme médical. Seule concession acceptée, quand la profusion de mots cache un trouble psychologique et devient du domaine de compétence du spécialiste de la parole : le psychiatre. Certes, le médecin généraliste a un avantage, il bénéficie du temps qui le met plus souvent en présence du malade, le médecin spécialiste lui est un consultant, sa mission est différente, il doit rendre un avis. D'où l'importance de lui livrer auparavant l'information qui lui permettra de décoder dans son langage la plainte du patient.

On peut se demander ici, si le projet de dossier médical partagé sera un moyen de rendre plus fluide ce partage de l'information, donc de la

coordination, ou au contraire sera-t-il un obstacle de plus dans l'expression de la parole. Si c'est la « data connexion » qui l'emporte, on peut penser qu'il en sera fini du déjà trop faible système d'échange de la parole entre les différents médecins situés sur l'itinéraire de la personne malade.

Ce besoin pour le médecin d'avoir des certitudes le pousse à oublier que derrière toutes ces paroles, il y a en permanence le non-dit qui dit l'essentiel. Celui qui peut nous livrer la clef du problème. Il faut avoir la patience de laisser faire les « choses ». La clef de voûte de la problématique médicale est rarement accessible d'emblée. Elle se livre au bon moment, mais pas à celui du médecin, à celui de la personne qui souffre. Et c'est parce qu'il y a souffrance qu'il faut que le médecin soit patient.

Avec l'expérience, nous savons rapidement pendant la consultation que ce qui est dit cache une autre vérité. Il faut savoir que ces conditions se nourrissent de nombreux ingrédients qui vont de l'empathie à la connaissance scientifique, du respect à la sollicitude, de l'humilité au doute, et de l'acceptation de ne jamais savoir plus qu'il n'en faut.

Nous exerçons un métier de la parole qui manipule aussi d'autres outils qui sont complémentaires à l'échange de la parole. La part grandissante de la technologie dans la pratique médicale appauvrit notre capacité à faire vivre la parole, il y a même maintenant des machines qui parlent (en radiologie) pour guider le malade. Nous risquons de devenir demain des manipulateurs de technologies, qui seront aussi des manipulateurs de mots en ce sens que nous n'utiliserons plus qu'un vocabulaire difficile à comprendre pour celui qui justement a plus que jamais besoin que le médecin l'aide à entendre.

Résumé : Approche ethnologique du temps de parole, une épreuve qui revient à oser se laisser « féconder les oreilles » par des conceptions culturelles et des représentations de la maladie dont « l'étrangeté » a parfois de quoi déconcerter.

Oser se laisser « féconder les oreilles »

« La culture cache plus de choses qu'elle n'en révèle » (E. T. Hall, *Le langage silencieux*)

La question du temps de parole : une notion très subjective.

La question du temps de parole renvoie d'emblée à une notion très subjective de conceptions culturelles, sociales et psychologiques inhérentes à chaque société (ou ethnies) : celle du temps qui n'est pas vécu ici comme en Afrique noire, au Maghreb... et de la parole. Ici comme ailleurs, la parole a une origine (sacrée, divine) et un destin. Des façons de penser encore bien vivantes et perceptibles dans notre société, à qui veut bien l'entendre et accorder un temps de parole. Il nous faut aussi inclure les conceptions des maux et du soignant (médecin, tradi-praticien, guérisseur, marabout...). Ce que nous voulons mettre en exergue se situe plus du côté de l'effet produit par les paroles « étranges » ou inhabituelles du patient sur le médecin. De ce qui va amorcer et permettre ou non l'accès à la parole de l'autre. Mais ces paroles incongrues, ces métalangages aux dimensions parfaitement irrationnelles semblent pourtant parfaitement rationnelles aux yeux du locuteur... C'est bien là qu'un apport

ethnologique peut favoriser l'accès à la parole et éviter d'être dérouté par des constructions intellectuelles qui ne correspondent pas à nos idéologies ni à nos connaissances devenues (parfois) des certitudes. Sans pour autant faire silence sur l'histoire singulière. La culture peut avoir bon dos !

Des mots entre terre et eau

Pour illustrer combien la culture peut façonner l'homme, nous nous référons aux familles de marinières, un exemple pourtant bien local (Alsace) pour faire remarquer qu'il n'y a pas de méthodologie standard pour entrer en relation, mais que les connaissances anthropologiques contribuent à décrypter d'autres systèmes de pensées. Comme toute corporation, ils se distinguent : les *Scheffisch* (gens d'à bord) de *ceux d'à terre*, les *cul-terreux* (dont l'ethnologue). Si le médecin est d'office identifié, l'ethnologue et les pygmées restent un cliché actif, si bien que la conversation dans les ports ne va pas de soi. Mais l'entrée en relation est la première épreuve de tout ethnologue... Qu'ont-ils envie de dire à une ethnologue généralement associée à une *cul-terreuse*, à une journaliste comme « *ceux qui disent*

Denise
Vogeleisen

Ethnologue, enseignante à l'E.S.T.E.S. (Ecole supérieure en travail éducatif et social), et Universités Marc Bloch et Louis Pasteur, Strasbourg.

« La péniche, le double nécessaire au marinier », in *Le corps, son ombre et son double*, l'Harmattan, 2000.
Marinières, de l'Eau à la Terre, film réalisé par D. Vogeleisen et F. Gast, Corina International, 1990, 26
<http://www.estes.fr>



que des conneries sur nous : qu'on est illettrés, alcooliques... » et qui mandatent des assistants sociaux pour empêcher les vieux de mourir à bord et « mettre nos enfants à l'école alors qu'ils avaient cinq ans ; ils sont partis en internat le nouveau dans les bras ! ».

Il a fallu trouver les mots, les gestes, respecter leur indifférence, leur silence, savoir se taire, donner de sa personne pour faire fonctionner l'échange et expliquer sans cesse nos motivations, écouter les hommes parler de leur moteur... Leurs références à l'espace et au temps diffèrent des nôtres. Si vous devez vous rendre à bord d'une péniche, il est courant qu'ils vous situent l'amarrage en fonction des voies d'eau et du numéro de l'écluse. « Entre l'écluse 22 et la 23 à Zetting ! » Le parcours entre terre et eau peut commencer et après on dira que « les toubibs n'aiment pas venir chez les mariners ! » « Que la femme a accouché avant que le médecin n'arrive ! » Le temps s'égrène selon les biefs (espace entre deux écluses), l'éclusage, les saisons (crues, canaux gelés). Il est scandé par la mobilité et l'immobilité qui correspond à l'attente d'un fret, d'un voyage.

Des souffrances qui ont du mal à se dire.

Une fois sédentarisés à terre, beaucoup souffrent du manque de leur habitat flottant sur lequel ils sont nés et rêvent de mourir. Alors, ils sont mélancoliques et cette – chose – qui manque a du mal à être mise en mots et avouée aux « cul-terreux qui ne comprennent rien à leur vie ! » Comment expliquer que ce qui rend malade, c'est le manque de paysages qui défilent à 6 km/h ? Leur vie durant, leur normalité était de voir défiler les paysages. A terre, ils sont comme échoués, comme en exil dans un environnement désespérément immobile, unheimlich. Ils ne savent plus quoi faire de leur corps, le bateau leur manque cruellement sous leurs jambes, le bruit du moteur aussi, ce ronronnement si rassurant et si bruyant pour les cul-terreux, alors ils se rendent au bord du Rhin pour voir et écouter les péniches... Cette immobilité les renvoie à une

double figure de mort et finie par les rendre dépressifs : « Rester tous les jours au même endroit, voir tous les matins les mêmes volets, les mêmes gens... alors qu'avant, on voyait tous les matins autre chose... ». De plus, cette sédentarisation remet en branle l'arrachement premier et brutal où on quitte à cinq ans un cocon de 18 m ? d'habitat flottant pour un internat figé, géant et sans amour... même qu'« à la récréation dans la cour, il n'y avait pas d'eau, ça me manquait » Diagnostic de spécialistes : ils souffrent d'agoraphobie, de débilité légère ou plus direct et culturaliste : « Normal, ce sont des mariners ! » L'ignorance et la non curiosité de la culture d'autrui rendent parfois les métalangages étranges et inquiétants. Quant aux femmes, si elles parlent peu, leur corps finit par s'exprimer. Elles souffrent en silence, la pudeur (et tout le reste) leur interdit de se plaindre et les clichés peu valorisants qu'ont les gens d'à terre des mariners ne favorisent pas, selon elles, l'échange. Alors pour lutter contre ce que j'ai appelé « le syndrome de l'immobilisme » (1), elles ont droit aux anti-dépresseurs... C'est apparemment la crainte d'une écoute culturaliste (image stéréotypée du marinier, l'homogénéisation négative) ou ethnocentriste (« ils ne comprendraient rien ! ») qui empêche une possible mise en mots de leurs ressentis. S'il y a toujours un risque à dire, une meilleure connaissance de leur mode de pensées les mettrait probablement plus en confiance... Ce qui laisse supposer que « la relation entre le mot parlé et la chose désignée est (aussi) un objet culturel » (2) et que « la culture n'est pas une idée exotique... c'est un moule qui nous modèle tous de manière parfois inattendue » (3).

La Parole des Dogons

« En parlant à une femme, on la féconde » (M. Griaule)

Les paroles peuvent aussi être une arme à double tranchant : écoutons les Dogons (Mali) dans une version vulgarisée. Inscrite dans un réseau d'analogies très complexe, elle est d'origine divine,

double du monde et de l'Homme, relève d'une physiologie et chemine d'organe à organe. Elle se forme entre le cerveau et le cervelet (la mauvaise naît dans le cervelet), passe par le larynx, les clavicules où elle reçoit l'eau et le *nyama* (l'âme). Entre les deux reins, elle est jugée : si bonne elle monte, sinon elle est stockée dans la rate qu'elle encombre de mauvaises paroles. La bonne, chemine dans le pancréas où elle acquiert les valeurs sémantiques, brassée dans les intestins, elle y trouve ses vertus syntagmatiques. Dans les organes sexuels, elle devient féconde. Le parcours s'inverse, elle remonte par les poumons, y acquiert son caractère aérien et, dans le larynx, sa sonorité pour se projeter dans la bouche où elle puise l'eau de la salive. Langue et dents lui donnent des qualités singulières (les dents sont assimilées au peigne du métier à tisser qui sert à séparer les fils)... Elle se pose sur la



lèvre inférieure pour s'élancer dans le monde : un tatouage marque la lèvre inférieure des femmes pour brider leurs paroles dites de vent (plus éparpillées, elles germent plus tard que les paroles masculines). Un autre parcours est réservé pour féconder les oreilles de l'auditeur : le tympan vibre plus fort en entendant une mauvaise parole, il essaie de l'expulser... Elle est aussi sexuée, a une odeur, de l'appétit pour ce que dit autrui... Tout est analogique à l'être, aux végétaux, animaux, nombres, etc. (4)

Comment face à de telles conceptions, poser la question du temps de parole ? De plus, les distinctions entre parole nocturne, diurne, bonne et mauvaise, fécondante, ont ici des incidences génésiques. Parler à une femme revient à la mettre en état d'être humainement fécondée

« ainsi est-il nécessaire que la parole prononcée de jour soit bonne ». La mauvaise parole est puanteur. Elle agit sur la force d'homme. Elle flatte la femme, l'empêche de procréer, engendre une stérilité temporaire... La parole nocturne est dite néfaste parce que susceptible de se perdre. La nuit, personne ne peut distinctement les recevoir, car les oreilles et le sexe des femmes dorment... Alors lancer des paroles sans être sûr du destinataire, c'est risquer de féconder

les oreilles (liées au sexe) d'une autre femme ! (fâcheux !). Les Dogons apparentent cette transgression à un adultère et à un tabou phonique incestueux s'il s'agit de parenté. La parole, comme la perception du corps relève d'une dimension cosmogonique qui se répète dans l'organisation sociale et la physiologie. Comment alors envisager un temps de

parole lorsque le verbe est doué d'un authentique pouvoir ? Ces conceptions obligent donc à une autre écoute, à composer avec ces autres réalités construites et à trouver des compromis.

Des conceptions culturelles qui obligent à une autre écoute

Dans les sociétés traditionnelles (Maghreb, Afrique noire...), la maladie correspond à des constructions élaborées et le concept maladie n'existe pas ou est abstrait. Conçue comme une malédiction, une sanction « naturelle » d'un comportement social comme la transgression de règles sociales (inceste, adultère, vol, injure aux aînés, manquement aux rites...), elle est le signe d'un désordre, d'une attaque qui vient de la volonté d'un tiers (Dieux, entités invisibles,





ancêtres mécontents...) et qui fait sens. Extérieur à soi, (non par le sujet), le mal est « l'effet du désir d'un autre qui m'en veut » (5). Ce qui oblige à une autre écoute... qui ne doit pas faire silence sur l'histoire personnelle (la psyché) de l'individu, même si le sens du mal fait partie inhérente de la dimension culturelle. Ainsi en est-il d'étiologies perçues comme insensées parce qu'inférées à partir des symptômes, tels que faire endosser les maux ou la naissance d'un enfant handicapé à un sorcier, un marabout, un esprit... qui font office de tiers. « *Dieu m'a donné un enfant handicapé pour juger de ma patience, j'accepte dans la douleur* ». Un nouveau-né infirme peut aussi être la preuve vivante (comme dans l'antiquité grecque) d'une transgression incestueuse ou d'un adultère. Seul un tiers (ce grand autre), investi par le groupe, a la fonction et le don de séparer le désordre de l'ordre, les hommes des dieux, de décrypter le mal et de rechercher le coupable : principe d'objectivation nécessaire à l'homme comme ce besoin de mettre des mots sur les causes à son « sort ». « Le guérisseur fait des maux de l'individu un usage social » (6) (un moyen de rappeler les interdits fondamentaux). Se repose ici la question de l'écoute, de l'interprétation de ces maux mis au service du contrôle social, sans tomber dans la fascination ou le rejet.

Trop tabou pour le dire

La parole impulse une force vitale, s'insinue partout si bien que certains mots tels que maladie, handicap, inceste (en turc) n'existent pas. D'autres ne se prononcent pas parce que tabou. Il en va de la sexualité, de l'impuissance, du sang menstruel (souillure par excellence), du sida... Alors, on parle par métalangage ou par métaphores. L'impuissance se dit « *il est bloqué magiquement* ». Pour l'Islam, le sida est vécu comme une malédiction d'Allah « *Dieu a toujours puni ceux qui ne suivent pas le droit chemin... Si je suis malade, c'est que j'ai fait une faute quelque part* » L'énonciation peut aussi transiter par d'autres voies projectives : « *Si tu manges des fruits mal*

lavés et si tu manges toujours de la soupe réchauffée, tu attrapes le sida. » (7)

La parole n'est pas un lien nécessaire !

Se posent encore quelques questions ouvertes : médecins ou tradi-praticiens même stratégie ? Quoi faire pour bien faire ? La pire des choses n'est-elle pas la bonne intention ? La parole, un bien nécessaire ou non ? Peut-on imaginer un protocole (rassurant/enfermant) ? Exercer au cas par cas (comme dans toutes professions) ? Oui mais, avec un éclairage ethnologique ou du moins avec cette curiosité de la dimension métaphysique et sans tomber dans le culturalisme. N'est-il pas courant d'entendre que « la médecine a assassiné l'âme, elle considère le patient comme un corps à guérir et non un être qui souffre aussi d'angoisses primaires... » (8) ? Et l'âme n'est pas un droit exclusif aux psychanalystes ! Aujourd'hui, dans des sociétés traditionnelles, tradi-praticiens, guérisseurs, devins, marabouts, chamanes s'adressent tant au corps, à la chair qu'à l'âme et la parole n'est pas un lien nécessaire : ce qui prime, c'est le pouvoir et l'efficacité réelle et symbolique du guérisseur. Il peut exercer au sein des familles, des communautés et toute une ritualisation se surajoute aux effets de la magie langagière. « Les rituels tiennent lieu de supports collectifs et organisés fournissant à tous des mécanismes de projection. » (9). Et « en le rassurant par des formules rituelles, le guérisseur écoute, a du temps pour écouter, dialoguer avec son patient, dans une langue, un dialecte... On a recours à ces thérapies magico-religieuses ou de sorcellerie car elles donnent une volonté, une puissance, que n'ont pas les médicaments... ».

L'importance de la sollicitude et de l'intentionnalité

Tout semble converger vers une question d'empathie, de sollicitude ressenties ou non par le malade et de relation qu'a le médecin à son patient et inversement. Le statut du médecin et du tradi-praticien est investi par autre chose qu'un savoir

intellectuel, qu'il soit d'ici ou d'ailleurs, la question n'est pas là. De cette personne investie, le malade attend quelque chose. Quoi ? Qu'on prenne soin de lui. Qu'on le libère de ces maux. Le besoin d'être soigné et que l'on prenne soin du malade sont universels. Pour répondre à ces besoins, les sociétés ont eu recours à différents procédés, mais la base est bien commune. Ces codifications du temps et de la parole demandent aussi à être affiliées aux perceptions culturelles qu'ont les patients de leurs maux, de leur univers mental et de ceux qui ont le don, l'art de guérir et d'être doué d'intentionnalité. Et s'ils viennent consulter le médecin et non le marabout, c'est bien qu'il y a une attente ! Même s'ils consultent les deux. A eux et aux soignants de composer avec ces différentes conceptions. L'être humain n'est pas que biologique, il a aussi été « allaité à la tradition » et à son histoire personnelle, et si « l'anthropologie est comme une conversation de l'homme avec l'homme, tout est symbole et signe qui se pose comme

intermédiaire entre deux sujets. » (10), le temps de la parole reste chaque fois à inventer pour « donner de l'appétit pour ce que dit autrui ».

Parole de Dogon !

1. « *La péniche cet habitat flottant* », Douze contributions sur l'habitat, ss. dir. P. Erny, L'Harmattan, 2000.
2. A. Monod- Becquelin, in *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, P. Bonte et M. Izard , P.U.F., 1991, p. 558.
3. E.T. Hall, *Le langage silencieux*, Essais, Point, 1984, p. 48.
4. Extrait de M. Griaule, *Dieu d'Eau*, Fayard, 1966 et G. Calame-Griaule, *Ethnologie et langage. La Parole chez les Dogons*, Gallimard, 1965.
5. A. Zempléni, « Mal de soi, mal de l'autre », Guérir pour normaliser, *Revue Autrement* n°4, 1975-76 p. 211-212
6. A. Zempléni, ibidem.
7. S. Hariki, « Sida et prévention. L'information auprès des migrants. Une expérience alsacienne », *Revue Agora. Ethique, médecine et société*, n°18-19, 1991, p. 63.
8. M. Akhmisse, *Médecine, magie et sorcellerie au Maroc ou l'art traditionnel de guérir*, Casablanca, Dar Kortoba, 2001.
9. A. Zempléni, Op. cit.
- 10 Cl. Lévi-Strauss, *Anthropologie structurale* 2, 1973, p. 17.



Epaule bloquée ?

La première fois, Madame V. est venu avec son mari, c'est lui qui avait pris le rendez-vous. Elle ne disait rien, ne me regardait pas, je pensais qu'elle ne parlait pas le français.

Je lui ai demandé de rentrer seule dans le cabinet, qu'on allait bien se débrouiller toutes les deux, c'est à ce moment qu'elle m'a regardé, son visage s'est éclairé elle me comprenait tout à fait Elle avait une prescription pour rééducation d'une épaule bloquée hyper douloureuse (sans raison apparente, selon les examens), elle tenait son bras bien serré contre elle J'ai donc commencé par lui masser la main tout en lui expliquant l'importance et le plaisir de savoir se masser, elle se détendait, mais ne lâchait pas son bras bien serré. Elle s'est mise à me raconter son histoire, enlevée très tôt à sa mère par son père, c'est sa belle-mère

qui l'avait élevé ; sans jamais lui manifester un geste d'affection. Son père venait de mourir en Inde, elle n'avait pas eu le temps de lui parler pour comprendre, avoir des informations sur sa mère. Sa belle-mère avait décidé de venir habiter à proximité de chez elle, elle devait selon la tradition la recevoir et lui faire ses repas.

Madame V. avait besoin de parler, d'exprimer sa colère, sa tristesse, c'était comme si le problème de son épaule était secondaire. L'impotence fonctionnelle de son bras lui permettait d'échapper à son obligation de recevoir sa belle-mère à manger, mais c'était aussi l'expression de la colère qu'elle s'infligeait.

C'est seulement en fin de séance, après avoir pris le temps de l'écouter, que j'ai pu un peu détendre son épaule.

Sylvie Simon

Kinésithérapeute

Le temps que j'aime

Anne-Marie
Paboïs

Médecin généraliste

Venez ce soir à 20 heures, nous aurons le temps. C'est mon bon plaisir, ce temps donné, une façon de donner à l'histoire issue du sujet l'espace où se déployer, un arrêt-cadeau, un espace où se découvrent le pourquoi et le comment du présent, où se raccrochent passé et présent. J'aime donner le temps aux enfants, celui des dessins (libres ou imposés sur la maison, lui et sa famille), celui des peluches qu'il prend ou jette, celui des gestes expliqués tout au long de l'examen, celui du dialogue engagé directement avec lui quel que soit son âge. C'est ainsi que se constitue la confiance adolescente. Mais comment faire ce travail en dix minutes et comment monnayer cet acte ?

*J'ai donné une feuille et des crayons à l'enfant. J'ai donné la parole aux parents. Il pleure toutes les nuits, nous n'en pouvons plus, depuis toujours, il a quatre ans. Nous parlons longuement. Pendant ce temps, l'enfant, occupant à grands coups de crayons aveugles l'espace blanc de la feuille, nous dévisage tour à tour. J'ai donné la parole à l'enfant. Il m'a montré : la maison, le toit, la cheminée, la porte et *C'est moi ici, je viens voir la nuit s'ils parlent fort.* La mère : *Il ne m'a jamais rien dit.* Ici, le temps permet de tout dire.*

*Nelly ne fait que des dessins en noir sur blanc depuis quelques temps, ce qui inquiète sa mère. Depuis toujours, je vais au cimetière avec elle, elle a voulu lire la plaque : *ici, dort Cécile, ta sœur.* Toutes les deux, nous écoutons la maman nous dire Cécile morte lors de l'accouchement, Nelly arrivée ensuite dans la joie, Nelly veut des détails de l'enterrement et *Je ne suis plus l'aînée, tant mieux.**

Myriam vient avec son bébé de un mois. Il pleure tout le temps, je lui donne le sein à chaque fois, il est tout contre moi jour et nuit pourtant. Son père travaille, alors il va dormir à côté. Ma mère dit, ma belle-mère dit, elles savent... Sa grossesse a été suivie par le spécialiste (technique, mais rapide) et ses questionnements par moi (j'ai le temps). Elle pleure, use un rouleau d'essuie-tout, raconte l'accouchement, j'examine son bout de chou (on a beaucoup causé tous les deux : sourires, questions, areu-areu, caresses, pas un pleur, tout va bien, tu te débrouilles drôlement bien avec lui). Nous parlons de nos peurs de ne pas être des mères à la hauteur, de nos obligations maternelles supposées et de nos envies de parfois les passer par la fenêtre nos chers petits ; de son homme qui ne sait pas quoi faire pour elle. Je l'écoute, elle repart confirmée dans ses qualités de bonne mère, sommée de prendre du temps pour elle et avec son homme et munie de la fiche de « conseils techniques et quoi faire en cas de ».

*Comment être médecin sans cet espace de liberté, sans pouvoir donner du temps ? Il faut de l'espace pour, dans le plaisir du temps volé, déplier en silence et déployer panoplie d'outils et mots clefs, pour écouter les mots dits et non dits, capturer le mot à ne pas laisser passer, car il est ouverture sur l'histoire du souffrant, dénouer la parole sur des territoires méconnus grâce aux *Depuis quand ? Qu'est-ce qui s'est passé ?* Faire sortir le temps hors de ses gonds me permet à la fois d'être et de faire naître.*

Parler avec l'étranger

Depuis trente ans, l'association Migrations Santé Alsace met à la disposition de l'hôpital des interprètes dans toutes les langues de l'immigration. Ce service est maintenant très largement utilisé par les hôpitaux de la région. Cependant, après tant d'années de pratique, il arrive encore fréquemment que l'association soit sollicitée la veille du jour où le patient quitte le service. Comme si la parole qui compte, celle qui doit être traduite, est celle du médecin, c'est-à-dire celle qui prescrit ou ordonne. Tout continue à se passer comme si, ce que le patient essaie de dire pendant son séjour ne mérite pas une attention suffisante pour être traduit...

Les interprètes témoignent aussi de la qualité du discours des médecins. Ils racontent comment le style et la structure du discours sous-tendent le regard sur l'autre. Un médecin qui parle vite, qui ne s'adresse qu'à l'interprète, et emploie des mots très techniques que la personne n'a aucune chance de pouvoir saisir, n'accorde que peu d'attention à la parole et à l'autre. Ce qui compte pour lui est son ordonnance. Son discours est bâti pour marquer la différence et souligner, voire accentuer, la distance culturelle. Mais sous couvert d'intérêt et de considération pour les personnes, il y a également des médecins qui se mettent à par-

ler « petit nègre », avec une langue plus que sommaire, sans grammaire et un vocabulaire fantaisiste ; ils disent aussi - à l'instar de ceux qui adoptent une langue volontairement inintelligible - combien le français est une langue difficile à apprendre, combien ce monde qui est le nôtre est indéchiffrable. Par là, ils se positionnent comme détenteurs d'une parole d'heureux élus, d'un savoir d'élite qu'avec bienveillance et paternalisme ils vulgarisent jusqu'au non-sens pour les « bons sauvages » que sont ces patients. Il en existe enfin d'autres qui parlent un bon français, lentement et simplement, laissant ainsi à l'autre qui n'est pas francophone, la possibilité de saisir quelques mots au vol, et d'être rassuré parce qu'il a un peu compris ce qui se dit, même si l'interprète est là pour traduire. Ces derniers reconnaissent aux personnes d'origine étrangère la faculté de comprendre et leur signifient ainsi qu'elles sont des sujets à part entière à qui la parole est donnée. Cette attitude de prévenance est précieuse ; elle seule offre à l'autre étranger - avec humanité - une prise pour commencer à décoder...

Mais tous ceux-là font appel aux interprètes professionnels, parce qu'ils ont perçu quelque chose de la barrière de la langue.

Liliana Saban

*Directrice de l'Association
Migrations Santé Alsace*

Catherine Jung

Médecin généraliste

Migrations Santé Alsace
1, rue Martin-Bucer
67000 Strasbourg
Tél. : 03 88 22 60 22
Fax : 03 88 22 60 09

La clé du corps

Sylvie Simon

Kinésithérapeute

Il n'y a plus beaucoup de lieu pour s'exprimer, de convivialité, dans cette société. C'est souvent que les patients viennent au cabinet pour parler. Il viennent me parler de leurs émotions, me disent que leur médecins n'a pas le temps de les écouter, trop de travail. Dommage, quand on sait que les émotions s'inscrivent dans le corps, empêchent le bon fonctionnement des organes et entraînent des désordres. C'est vrai, j'ai rarement vu un médecin me prescrire de la rééducation accompagnée d'un petit mot ou d'un coup de téléphone, pour m'expliquer la situation difficile d'un patient, il me laisse toujours la surprise de découvrir.

Aujourd'hui, le corps a du mal à s'y retrouver. Il est malmené, maltraité, discipliné, déformé, écrasé dans le métro, stressé au travail sans compter les histoires d'héritage que les patients viennent me raconter, « J'ai le dos voûté comme mon père et les pieds déformés comme ma mère ». C'est en parlant souvent qu'on remet de l'ordre et qu'on soigne.

Dans la banlieue où je travaille, quand les patients font les mêmes gestes toute la journée ou tra-

vailent en crèche en sous-effectifs de personnel, ils ont mal au dos, besoin d'une pause et pas franchement envie d'aller mieux pour y retourner. Dans ces cas-là, c'est en parlant, en cherchant des solutions que je soigne. Il faut élaborer des stratégies pour se défendre, ça fait partie du travail. La séance de rééducation devient politico-syndicale.

Il y a les patients qui ne peuvent pas parler, qui n'ont pas appris. Depuis des années qu'ils ont ces douleurs, elles font parties de leur existence, même plus, ils n'existent que par elles. Ils se définissent dans ce territoire de la douleur, où personne n'est venu les déranger. Le bon sens me dit qu'il faut un peu les bousculer, trouver les mots pour éveiller leur conscience, mais aussi leur sens. Le corps et l'esprit marchent ensemble, le corps doit être un allié qui permet le mieux être, même dans les situations difficiles, comme un jardin secret. C'est ce que j'essaie de transmettre et quand le ressenti du corps change, c'est souvent la clé qui ouvre le dialogue.

Visages

Et ça vous coûte cher ?

Jean-Pierre Lellouche - Médecin pédiatre

Une amie a un cancer. Elle me parle très longuement, elle croit que les thérapeutiques qu'elle subit au centre anti cancéreux sont utiles, elle a une excellente relation avec son médecin qu'elle connaît depuis dix ans et qu'elle apprécie énormément. Mais elle a aussi cherché de l'aide du côté de certaines pratiques alternatives et là aussi, elle a rencontré des gens bien, des gens en qui elle a confiance.

Elle me raconte la dernière consultation. J'aurais aimé qu'elle écrive son témoignage et qu'elle le dise, et je pense que tout le monde comprendrait combien il y a urgence à être moins bornés, moins étroits, plus ouverts. Je vais essayer de décrire la consultation en utilisant ses mots.

« J'avais rendez-vous à 17 heures, il m'a prise à 20 heures, il avait l'air épuisé. J'aurais aimé lui dire « Asseyez-vous, je vais vous préparer un café. Il m'a interrogée, il a regardé le scanner et après avoir rempli son rôle technique sur lequel je n'ai rien à redire, il m'a dit « Et le moral ça va ? » J'aurais aimé lui parler de ce que je fais, mais il était fatigué, il était tard, je savais qu'il y avait encore deux personnes dans la salle d'attente après moi. Je lui ai juste dit « Je fais des injections de Viscum Album ». Il m'a regardé un peu comme si j'étais folle, mais il était surtout fatigué, sans expression, je pense que quoi que j'aurais pu dire, il aurait eu à peu près la même expression. Et puis tout d'un coup, alors que je pensais qu'il ne dirait rien, il m'a dit brusquement « Et ça vous coûte cher ? » J'étais interloquée. Il ne me demandait pas des précisions sur l'ensemble de ce que je fais et dont je considère que ça contribue beaucoup à m'aider, non, la seule chose qui l'intéresse, c'est combien ça

coûte. Et il ajoute « Attention aux charlatans ». Pendant ce temps, l'infirmière passe, elle fait remarquer qu'il est tard, on a du retard, il reste du monde. Mais elle n'est pas antipathique, elle n'est pas fâchée. Elle est en retard, comme elle l'a été la veille et comme elle le sera demain. Ça fait partie de sa vie, ça fait partie de la vie normale du service, et le médecin épuisé, c'est aussi la routine. »

A-t-on le droit d'avoir comme comportement habituel un comportement tel qu'il exclut la possibilité pour le malade de parler ?

Bonne tolérance

Marie Kayser - Médecin généraliste

Elle a eu son premier cycle de chimiothérapie.

La semaine qui a suivi, elle a eu des maux de tête extrêmement violents, des vomissements permanents, elle ne pouvait rien manger, n'arrivait pas à boire, passait ses journées allongée, elle avait l'impression d'être sur un bateau fou pris dans une tempête dont elle n'imaginait plus la fin.

La deuxième semaine, sa bouche était en feu, elle a eu une très grosse fièvre, a pris des antibiotiques, elle était épuisée.

La troisième semaine, elle allait mieux et a repris doucement ce qu'elle aimait faire.

Il l'a vue avant son deuxième cycle de chimiothérapie et a fait un courrier :

« Bonne tolérance de la chimiothérapie en dehors d'une aplasie fébrile traitée par antibiotiques. L'inter cure a été marqué par des nausées importantes, une anorexie, des céphalées ». « Bonne tolérance », termes aseptisés qui ne rendent en rien compte du bouleversement majeur enduré, de la souffrance qu'il n'a pu ou voulu entendre. Bouleversement ignoré, souffrance niée, comment peut-elle trouver la force de redémarrer un nouveau cycle ?

Combien de fois ai-je classé ce type de courrier ignorant tout de ce que vivaient mes patient(e)s « prises en charge » en chimiothérapie ? Combien de fois suis-je aussi moi-même passée à côté de la souffrance sans l'entendre ?

Résumé : Y aurait-il des paroles assassines qui fassent plus mal que le silence ? Comment apprendre à se taire afin de permettre une parole non convenue chez l'autre ?

Tourner sept fois la langue dans la bouche

Anne Perraut
Soliveres

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

Dans le monde des soins, on passe son temps à essayer de ne pas trop en dire tout en prononçant des paroles d'une grande violence, non par l'intention de faire mal, mais en ce qu'elles portent en elles de multiples sentences. Convaincue que la parole est le seul moyen de dissiper les malentendus, je n'ignore pas pour autant la violence symbolique que peut véhiculer cette parole. Car celle que l'on espère n'est pas souvent au rendez-vous. Celle, apaisante, du soulagement devant un diagnostic moins sévère que celui que l'on craignait, n'est pas difficile à émettre. Plus angoissante est celle qui, au contraire, confirme les craintes ou s'inquiète de constater que le sort s'acharne et que l'aggravation s'installe alors que l'on croyait sortir du tunnel. Il n'y a guère de place pour cette parole détachée, cette parole légère que l'on peut envisager dans un contexte habituel et qui sert le plus souvent à remplir les vides lorsqu'on ne sait pas quoi dire. Toute chose n'est pas bonne à dire, surtout les vérités nous dit-on. Comment fait-on alors pour décider ce qui est dicible et ce qui ne l'est pas ? Comment fait-on pour savoir ce que l'autre est prêt à entendre, ce qui va le terrasser ou au contraire lui donner la force de s'acheminer vers le versant qu'il espère ? Quelle place peuvent donner à une parole aussi chargée d'affects des soignants qui n'ont pas eux-mêmes de lieu où ils se sentent entendus ? Car si le temps de la parole a disparu de nos univers en flux tendu, c'est qu'on n'a pas su (ou pu) le défendre, tout attentifs à autre chose, croyant résoudre la crise de notre institu-

tion par davantage de rigueur et de traçabilité sans comprendre que l'on détruisait l'essentiel de l'autre main.

Après des siècles de silence et la magie qui va avec, la parole est aujourd'hui exigée de la médecine. Or, cette médecine n'a jamais voulu rendre compte de ses tâtonnements, ses essais, et erreurs, et pourtant elle excelle à communiquer sur ses réussites. De plus, la médecine n'a jamais essayé de parler clair. Du latin incompréhensible pour le commun des mortels, elle a tiré une espèce de langue parfois très littéraire, voire poétique ou hypertechnique, mais certainement pas conçue pour la communication avec un sujet non initié, fragilisé de surcroît par la crainte du mystère qu'est la maladie pour le commun des mortels. Si l'on n'apprend bien une langue qu'en étant baigné dedans, il faut avoir fort à faire avec la médecine pour se familiariser avec son langage, ses non dits, son silence. C'est cette attitude de la médecine qui est vivement critiquée aujourd'hui et cette nouvelle exigence du public peut provoquer de redoutables maladroites lorsqu'elle pousse à parler des soignants qui n'ont pas appris à le faire. La parole du soignant n'est pas une parole aisée. Elle porte en elle un tel pouvoir, est chargée de tant de craintes et d'espairs qu'elle ne peut pas s'énoncer sans précaution ni risque de malentendu. Aussi l'urgence est-elle d'apprendre d'abord à écouter, car s'il y a quelque chose que la médecine sait encore moins faire que parler clair, c'est bien d'écouter ce que le patient a à dire de son histoire, de son ressenti, de ses

*Le savoir de la nuit
Anne Perraut Soliveres
Paris, PUF, 2002*

attentes. Il ne peut y avoir de parole juste que celle adressée à quelqu'un dont on a entendu la demande, ce qui demande une capacité d'écoute qui n'est pas enseignée à l'université et une humilité qui n'est pas toujours au rendez-vous.

Ainsi, que penser d'un chirurgien qui répond à une mère évoquant l'inconfort de son fils de vingt-cinq ans sauvé il y a plus de vingt ans par la médecine, d'un cancer des fibres lisses, au prix de mutilations considérables : « C'est un mort ressuscité, prenez-le comme il est ». Ce jeune homme qui a fait de brillantes études et travaille aujourd'hui comme ingénieur est affecté d'un prolapsus et d'émissions de selles incontrôlables : « Réduire son prolapsus ? C'est de la médecine de 50 millions de consommateurs... Je n'ai pas de temps à perdre pour le confort de quelqu'un qui devrait être mort depuis l'enfance... » Ou encore, « Pourquoi voulez-vous changer ses médicaments pour des médicaments remboursés, vous n'avez pas cinquante euros par semaine à consacrer à votre fils ? » Et je passe sur les erreurs commises du fait de l'absence totale d'écoute des compétences de cette mère qui connaît parfaitement le dossier de son fils, ainsi que tous les détails des interventions qu'il a subies durant toutes ces années, les régions irradiées de son corps qu'elle a signalées comme intouchables qu'on a ouvert quand même pour constater... qu'elles étaient intouchables... Ce qui est remarquable dans cette aventure, c'est que ce que savent cette mère et son fils leur a été enseigné par l'expérience et par des médecins qui ont pris le temps de leur expliquer la maladie, les traitements, les risques, les séquelles, et que ces savoirs leur sont indispensables aujourd'hui pour cheminer, voire se défendre face à d'autres médecins qui dénie leur compétence, méprisent leurs attentes légitimes et font fi de leur parole. Un malade capable de s'exprimer, la ténacité d'une mère qui tient son

fil à bout de bras depuis vingt cinq ans représentent-ils un danger pour le pouvoir de certains médecins ? Cette histoire, exemplaire de tant d'autres, se vit au quotidien dans cette famille puisque Pierre est actuellement en dialyse et attend qu'on puisse lui greffer un rein. Il est clair que ces médecins se font de la médecine une idée limitée à la victoire sur la maladie sans considérer les conditions de la survie, voire s'intéressent exclusivement à la recherche sur la maladie. Or, la iatrogénie de certains traitements mérite à elle seule toute l'attention que l'on doit porter aux patients, mais il semblerait que plus la spécialité est pointue, moins les médecins ont de temps à perdre à considérer les notions de confort... Une autre violence est celle faite aux malades en « échappement thérapeutique » condamnés aux « soins palliatifs » par une médecine de plus en plus tournée vers l'efficacité à court terme. Les services de soins palliatifs sont certes dotés plus largement que les autres, mais il arrive de plus en plus souvent que la sentence soit vécue comme une condamnation à mort. Il est de bon ton, aujourd'hui, de regarder la mort en face et les discours sur la chose sont parfois fort mal compris et oh combien mal reformulés. Ainsi cette aide soignante, convaincue de bien faire, disant à une malade : « Vous savez, contre la maladie on ne peut rien faire, maintenant il faut être prête pour ce qui va arriver. » La malade s'est plaint aux autres soignants en disant : « Mais je ne suis pas du tout prête moi, cette femme me fait peur je ne veux plus la voir, elle a réussi à faire pleurer toute ma famille »... ou encore à une autre patiente « Votre heure est arrivée, il faut partir »... Et à la sœur de cette patiente : « Dites lui qu'elle peut partir tranquille, que vous êtes prête, après elle partira... »

Combien de temps faudra-t-il encore pour que nous apprenions à les écouter au lieu de parler à la place des patients ?



Main-basse sur les mots

Anne-Marie Paboïs

Médecin généraliste

Si, par un soir d'hiver, une psychologue inconnue prend la parole dans un groupe de parole constitué avant son arrivée, méfiez-vous : la fin des mots est proche.

Un mot qui tue les mots

Cela se produit souvent, des assassinats par expert à l'aide d'une phrase type : *votre groupe de parole (ou réseau ou ...) n'est pas aux normes, c'est dangereux pour vous et pour les autres, vous n'avez pas droit à l'appellation contrôlée (ou habilitation ou subvention...)* ; moi psychologue experte, je vous somme d'arrêter de parler ainsi (...) et suis à votre disposition, même à titre individuel pour vous aider à (construire votre dossier...). Elle, l'experte inconnue, elle a détruit en une minute les deux longues années durant lesquelles le groupe avait progressivement construit les bases communes d'une « possibilité » de parole. Travail non apparent et non rentable immédiatement, mais travail de base, créant les conditions d'une langue autonome, atypique, certes, mais en perpétuelle élaboration, à l'image et à l'usage exclusif de ce groupe-là.

Pour imposer sa norme (et sa personne), elle a ignoré ce travail et établit le silence : il y a des mots qui tuent les mots de même que des feux brûlent les livres.

Une démarche non homologuée

Ce groupe de parole atypique était constitué de divers acteurs de santé accompagnant divers malades à leurs domiciles rural ou citadin.

Malmenées dans leur quotidien professionnel, isolées dans leurs métiers respectifs immuablement hiérarchisés, les aides-ménagères (serpillothérapeutes se dénommaient-elles), aides-soignantes, infirmières, médecins, s'étaient trouvés grâce à un besoin vital commun : celui de *dire* l'incommunicable ; de, chacune, trouver les mots pour partager avec les autres les souffrances vécues dans le travail quotidien auprès de personnes promises à une mort proche ; de sortir de l'engluement du labeur de tous les jours grâce à la mise à distance par les mots. Avant d'arriver à dire, il fallait prendre le temps nécessaire à l'établissement de la confiance réciproque, tremplin pour, ensuite, partir du « faire » pour pouvoir « dire ».

C'est tout ce travail souterrain qui est nié violemment par ces mots normatifs. C'est pourtant tout ce temps souterrain qui permet au groupe de se forger provisoirement ses propres normes, faites de la réalité du vécu de chacun.

Une longue gestation pour une possibilité de mots.

Pour que naisse une possibilité de mots établissant une communication entre des professionnels différents, il faut donc du temps - celui établissant confiance et estime réciproques. Il faut une attitude commune - ici un profond respect envers celle qui, parlant de sa pratique concrète dans telle activité soignante, se dévoile en partie. Il faut intégrer les critères divergents - comme les différences de valeur attribuées aux mots.

« Parler, c'est facile pour celles qui ont fait des études », disaient celles qui auraient voulu en faire. Les mots leur étant inaccessibles, elles jugeaient leurs savoir-faire et savoirs intuitifs inférieurs aux savoirs « savants » et ne pouvaient rien dire devant celles qui savaient dire. Les autres professionnelles ne vivaient pas cette défiance née du manque de mots, mais avaient souvent un décalage inverse : ayant les mots, elles n'avaient pas la relation concrète et les savoirs pratiques des premières, elles n'utilisaient pas leur corps comme outil.

Le groupe choisit alors de partir de la pratique professionnelle, garant de l'implication concrète de chacune : les difficultés dans le travail arrivaient à se dire quelque soient les professions à condition de faire parler les savoirs en action. Partir du concret des gestes et des paroles dans le soin pour comprendre le sens de sa souffrance, pourquoi et comment chacune s'implique dans cette relation de soin, trouver les mots pour prendre du recul et pouvoir continuer à vivre.

Des mots transfrontaliers

Les mots ont pu ainsi transiter entre les professionnelles et entre les personnes. Avoir les mots pour dire ce que l'on fait, comment on le fait, comment on le vit, s'apercevoir que chacun achoppe à trouver le mot juste, que même le médecin est affecté par la maladie de son malade, que chacun aide l'autre à comprendre et à se dire quelle que soit sa profession, tous ces mots partagés avaient permis la réalisation du souhait initial : artisanes du soin, nous avons enfin toutes conquies un certain langage grâce auquel nous pouvions commencer à partager nos savoirs.



Mais ces mots mis en commun ne sont pas « des mots aux normes », décrète ex abrupto la psychologue atterrissant dans le groupe. Remettant en place la hiérarchie des savoirs, elle a détruit nos « dangereuses façons de faire ». Elle a imposé, sans appel, son jugement. Et, se posant en spécialiste incontournable de la parole, elle a rendu muets (à jamais ?) tous ceux qui lui accordent ce monopole des mots. Mots redevenus, comme avant, inaccessibles, inabordables, intouchables. Dangereux.

Enfin, tout va bien, braves gens. Chacun a regagné sa place. Le silence règne.

Résumé : L'institution médicale se retrouve elle-même interloquée, au sens propre, privée de parole, par le privilège qu'elle accorde à une raison quantificatrice (celle qui établit des bilans chiffrés) sur une raison qualificatrice (celle qui sait tenir un subtil équilibre entre écouter et interpréter, entre échanger et informer). En s'infligeant cette perte de la parole, elle ne fait ainsi que se soumettre à des logiques (industrielles ou administratives) étrangères à sa propre intention thérapeutique.

La médecine interloquée

Christiane Vollaire

Philosophe

A quels niveaux se joue un déficit de la parole dans la médecine contemporaine ? N'est-ce pas, plutôt qu'au niveau d'une relation interindividuelle médecin/patient, au niveau beaucoup plus large d'une médecine interloquée au sens propre, c'est-à-dire coupée de la capacité de parole (puisque « loquor » en latin signifie parler) ; d'un pouvoir médical paradoxalement privé lui-même de l'accès au discours ? C'est cette privation globale, dont les déficits de la relation ne sont que l'une des formes, qu'on voudrait analyser ici.

Il s'agit de montrer que l'institution médicale elle-même est, à plusieurs degrés, victime du déficit qu'elle s'est à elle-même imposé, et qui apparaît ici comme une authentique défaillance.

« Logos » et « ratio »

Il ne sera pas inutile, pour comprendre cette défaillance, de rappeler ici les deux termes, l'un latin l'autre grec, à l'origine des mots qui désignent en français la rationalité : si le latin « ratio », qui a donné la raison, signifie dans son sens originel la part ou la mesure au sens comptable du mot, le grec « logos », qui a donné la logique, signifie le discours organisé. D'un côté, donc, une dimension mathématique ; de l'autre, une dimension linguistique. Il est clair que la raison médicale procède elle-même de ces deux

dimensions : l'une qui la pousse, de la façon la plus légitime, à mathématiser son objet et à le quantifier. Et qui pourrait nier les progrès que cette quantification a permis, la simplification des procédures de diagnostic et de contrôle qui évite les aléas et les tâtonnements ? L'autre, au contraire, qui la fait travailler sur la parole : capacité de désigner par la nosographie, de décrire subtilement telle ou telle symptomatologie, de transmettre un savoir, d'interroger un patient, de communiquer une information, de faire circuler un discours sur la réalité de la maladie et la compréhension des fonctionnements du corps.

Ces deux formes de la rationalité, l'une quantifiante l'autre qualifiante, se complètent nécessairement pour constituer le savoir médical, et chacune tire sa propre efficacité de son interaction avec l'autre. Une rhétorique sans support probatoire et quantifiable renverrait à une médecine de Diafoirus : celle-là même que Descartes dénonçait, à la même époque que Molière, en cherchant à rationaliser la recherche médicale. La médecine contemporaine n'est plus menacée par ce genre d'excès. Elle l'est en revanche par l'excès inverse : une prolifération des bilans chiffrés, qui finit par tenir lieu d'évaluation diagnostique. Une traduction immédiate et sommaire, qui délivre du travail complexe de l'interpréta-

tion, de l'argumentation, du croisement des données cliniques et des données biologiques, de la confrontation des sensations subjectives et des symptômes objectivables, des données du laboratoire, de celles de l'imagerie et de celles de l'entretien.

Ce privilège de la « ratio » sur le « logos », de la quantification sur la qualification, de la mesure sur le discours, conduit ainsi à de véritables failles dans l'exercice médical, traduites en termes de faute, et dès lors aussi, de casse. On pourrait dire à cet égard que le nouveau « diafoirisme » de la médecine aurait substitué, à la rhétorique verbale du latin de cuisine médiéval, la litanie tout aussi académique et vide de la récitation des chiffres. Dans les deux cas, on n'a pas affaire à une parole interprétante, mais à une mécanique récitative.

Le déni des effets secondaires

Une illustration en est donnée dans les plaintes constamment recueillies auprès des patients sur le déficit d'informations concernant les effets secondaires des thérapies. Or il se trouve que ces effets, s'ils peuvent être qualifiés de « secondaires » relativement à l'effet thérapeutique prioritairement recherché, n'en demeurent pas moins, au regard du vécu du patient, des effets majeurs, pouvant mettre en péril son équilibre, sa vie et sa santé au même titre que la maladie : considérer comme « secondaire » une impuissance sexuelle liée à la prise de bêtabloquants revient, en termes militaires, à considérer comme « collatéral » un dommage de guerre consistant en un bombardement de population.

Ce qui traumatise le patient est souvent moins l'effet lui-même que la surprise totale qu'il suscite, parce qu'il n'a été ni annoncé, ni explicité par le médecin, et demeure considéré par lui, de l'extérieur, comme effectivement négligeable. Ainsi, par exemple, un patient se plaint-il, lors de son séjour en réanimation à la suite d'un état de mal asthmatique, de n'avoir à aucun moment été informé du violent syndrome de sevrage lié à la prise de sal-

butamol : « Je trouvais étonnant que rien du discours que la médecine tient sur l'asthme ne m'ait permis de soupçonner l'importance du mécanisme de l'intoxication/sevrage dans l'asthme. (...) mon impression était qu'il y avait là une véritable faille dans le discours théorique sur l'asthme, qu'il y avait là en tout cas une faille dans le discours que l'on tient au malade et que la médecine créait par là, elle-même, un obstacle à la guérison. » (1)

Dès lors que la pathologie a été évaluée, le traitement quantifié, appliqué, et son résultat thérapeutique rendu évident, l'information sur les risques du processus de sevrage de ce même traitement apparaît elle-même comme aussi secondaire que son effet. Or l'auteur, dans ce texte autobiographique, présente précisément la dimension doublement pathogène, non seulement du processus de sevrage, mais du déni dont il fait l'objet, de son non accompagnement par la parole. Et cette pathogénie est montrée non comme un simple déficit relationnel, mais comme une véritable faille dans l'efficacité médicale elle-même, et de ce fait comme une faute thérapeutique.

Le « quasi-cadavre » et le sujet

Dans la suite de l'article, il affirme clairement que, dès avant le sevrage, dans le moment même de la réanimation, l'attention des soignants au corps ne peut ramener à la vie que si elle ne se retourne pas en inattention à la personne, c'est-à-dire si elle s'accompagne, précisément de la parole : « La parole à moi adressée sous-entendait que, bien que je fusse un quasi-cadavre, j'étais en même temps un humain, un sujet. La médecine s'occupait du quasi-cadavre, de mon corps de mort-vivant, et la parole s'adressait à l'autre que j'étais, à celui que j'étais déjà en train de devenir et qui lui-même permettrait à l'être que je serais un mois plus tard d'écrire. » (2)

La force de ce passage est dans la mise en abîme des processus de dédoublement auxquels il donne lieu, entre lesquels précisément la circula-





tion de la parole est seule à pouvoir faire unité : le moi « quasi-cadavre » ou « mort-vivant » est aussi l'autre d'un moi-sujet. Et ce moi-sujet, qui demeure en latence et imperceptible dans le presque mort, est celui auquel s'adresse (en dépit de l'apparente absence de réceptivité) la parole du soignant, quand ses gestes s'appliquent au « quasi-cadavre ». Et de fait, c'est de cette apparente absence de réceptivité que surgira, un mois plus tard, cette sorte de réactivité décalée que constitue la parole écrite du patient dont le texte est issu.

Ainsi, dans le moment même d'une maximalisation de la technicité, dans un service dont le fonctionnement entier repose sur la quantification et sur la mesure, sur la surveillance des scopes et l'évaluation quotidienne et souvent même horaire des bilans biologiques, sur le réglage des machines et le chiffrage des apports respiratoires et nutritionnels, est affirmée comme décisive et tout aussi vitale, en-dehors même de tout contexte d'information ou d'échange relationnel, cette ultime nécessité d'entendre « la parole à moi adressée ».

Perte de la parole et perte du pouvoir

Mais cette maximalisation de la technicité prend une acuité toute particulière à la période contemporaine, où l'omniprésence des données chiffrées, qui semble fonder le pouvoir médical dans sa légitimité scientifique, se retourne en réalité contre lui. C'est ce que montre en particulier le travail d'historien effectué par Jean-Paul Gaudillière. Il met en effet en évidence, dans les années de l'après-guerre, une véritable et très insidieuse confiscation du pouvoir médical, passant, dans le système hospitalo-universitaire, des mains du notable clinicien à celles du laboratoire biologique. Autrement dit, d'un discours sur l'expérience du corps, à la production de paramètres sur sa quantification. Or ce recul du « logos » au profit de la « ratio » ne profite précisément pas au corps médical : il s'effectue même aux dépens de celui-ci. Là où le clinicien, jusque dans la théâtra-

lisation de son savoir, manifestait son pouvoir sur le corps par un discours complexe de l'interprétation des signes, issu d'une combinaison entre l'approche empirique du corps et la désignation nosographique, le bilan chiffré renvoie, lui, à une simple mécanique de traduction du nombre en pathologie, et de celle-ci en quantification thérapeutique. Et l'on peut dire à cet égard que les techniques de réanimation, découvertes précisément à la fin de la seconde guerre mondiale, deviennent insidieusement le modèle de tout exercice médical, par la réduction qu'elles opèrent du corps à ses paramètres biologiques. Comme l'écrit Gaudillière : « Toute une partie de l'histoire de l'après-guerre est donc celle des tensions entre le modèle clinique et les acteurs d'une biomédecine nourrie de l'alliance du biologiste et de l'industriel. » (3)

Ce que Gaudillière appelle la « molécularisation des sciences médicales » a donc pour premier effet un transfert de pouvoir d'une médecine de la parole (y compris dans son sens le plus autoritaire) à une médecine du chiffre. Mais aussi, par là, une soumission du médecin au biologiste ; et beaucoup plus largement, une soumission de l'exercice médical à la logique (et à la logistique) du laboratoire. Et, dès lors, cette soumission s'applique à ce que l'auteur n'hésite pas à appeler « le complexe médico-bio-industriel », dont les enjeux économiques débordent évidemment très largement la simple question du soin : l'inscription de l'hôpital dans le système industriel est ainsi la forme la plus radicale de la confiscation de la parole du praticien, en amont même, et en quelque sorte en préfiguration de celle du patient. La médecine interloquée est une médecine que sa volonté de rationalisation conduit à perdre, en même temps que la parole, le pouvoir même qu'elle revendique sur le devenir médical de ses patients.

Le conflit entre raison administrative et raison médicale

Un autre versant de ce paradoxe de la revendication de pouvoir est donné à l'échelle même de



l'hôpital, dans ce que l'anthropologue Marie-Christine Pouchelle désigne comme « une prise de pouvoir de la raison administrative sur la raison médicale » : « Dans la hiérarchie des pouvoirs à l'hôpital, les médecins chefs de service cèdent de plus en plus le pas aux directeurs administratifs, non seulement pour des raisons économiques, mais aussi parce que ces derniers sont clairement désignés comme légalement responsables de tout ce qui se passe dans leur établissement, y compris sur le plan thérapeutique. » (4) Cette « raison administrative » est donc bien une raison gestionnaire, une raison du comptage des lits, de l'énumération des coûts et de la balance des profits. Une « ratio » au sens le plus originel du terme, qui, là encore, coupe la parole à la raison médicale, pouvant exiger la libération d'un lit là où la considération de l'état du malade ne devrait pas le permettre ; la suppression d'un poste là où les nécessités du service ne devraient pas l'autoriser. Et, face à cette raison comptable, le seul argumentaire authentiquement médical (celui d'une défense, par l'équipe soignante, de l'intérêt du patient) est radicalement occulté, passé sous silence. Là où le médecin n'affronte pas la raison gestionnaire (dominante pour de simples raisons financières), il n'a ainsi que le choix d'en être tacitement complice, en anticipant de lui-même sur ses exigences.

Mais l'auteur place aussi cette prise de pouvoir sur un autre terrain : celui de la responsabilité juridique. La parole médicale est ainsi doublement verrouillée : et comme parole de la décision thérapeutique, et comme parole de la responsabilité éthique, puisque, face aux litiges de la judiciarisation de la médecine, c'est encore l'administra-

tion gestionnaire qui fait écran entre médecin et patient.

Dans le tome I de *L'histoire de la sexualité*, Michel Foucault avait développé la dénonciation d'une parole en quelque sorte extorquée au patient par le pouvoir médical, d'un régime de l'aveu qui contraint les sujets à parler au médecin comme il les contraignait précédemment à parler au confesseur. Dans la médecine contemporaine, ce régime de l'aveu apparaît à la fois réel et marginalisé par un régime du silence, par un règne du chiffre qui a cessé d'être l'auxiliaire légitime de la parole médicale pour devenir son substitut. Or cette médecine interloquée est précisément celle-là même qui coupe la parole au patient : à l'impossibilité de parler qui caractérise ce pouvoir castré, fait évidemment pendant l'incapacité d'écouter, autant que de susciter la parole. Il semble à cet égard qu'une authentique légitimité médicale ne puisse se restaurer que par une instrumentalisation de la « ratio » au profit d'un « logos » refondé enfin par la parole des sujets.

1. Dominique Mangin, « L'expérience de la subjectivité absolue », in *Les Temps modernes* n°556, nov. 1992, p.133

2. Ibid., p.155

3. Jean-Paul Gaudillière, *Inventer la biomédecine. La France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant (1945-1965)*, La Découverte, 2002, p.16

4. Marie-Christine Pouchelle, *L'Hôpital corps et âme, Essais d'anthropologie hospitalière*, Ed. Séli Arslan, 2003, p.114.



En 1995, Marie-Christine Pouchelle, menant un travail d'anthropologue en secteur hospitalier, publie un article intitulé « Transports hospitaliers, extravagances de l'âme » (1), qui présente les premiers résultats de son enquête de terrain en service de réanimation. Elle y met en évidence les dimensions troublantes du vécu des patients, autant que celles du vécu des personnels, médicaux ou paramédicaux, relativement à cet entre-deux du rapport à la vie et à la mort que constitue la « réa ». Elle fait circuler l'article au sein de l'hôpital pendant deux mois, et fait ensuite l'analyse des réactions qu'il a suscitées dans un « post-scriptum », éclairant sur les difficultés éprouvées par les professionnels de la santé à entendre une parole distanciée (et réfléchie à partir du travail des sciences humaines) sur leur pratique. C'est ce post-scriptum (2), qu'avec son autorisation nous publions ici.

Entendre ce qui est dit de sa pratique

Marie-Christine
Pouchelle

*Centre d'Etudes
Transdisciplinaires, Sociologie,
Anthropologie, Histoire, CNRS*

Beaucoup de mes interlocuteurs, qu'ils soient directement ou non impliqués dans le soin, ont reconnu dans l'article leur propre situation ou l'image qu'ils se font des secteurs concernés. Quelques-uns se sont même servis de mon texte pour tenter de faire comprendre à leurs proches la manière dont ils ressentent l'hôpital. Comme d'autres, ils ont insisté sur la difficulté qu'ils ont à confier à l'extérieur les événements qui les touchent quotidiennement dans leur vie professionnelle. Ce sentiment de l'incommunicable, tantôt douloureux, tantôt revendiqué, ne va pas sans ambiguïté. À y réfléchir, on finit par buter sur la propension au secret qui est propre à tout milieu initiatique : monde à part, l'hôpital mettrait en scène, pour cause de risque vital, les usages échappant aux lois communes. Il n'est donc pas seulement difficile, il est aventureux de porter sans précautions particulières ces usages à la connaissance du public. On risquerait que les non-initiés n'en perçoivent pas la légitimité.

Ainsi certains soignants ont-ils jugé préférable que les malades et surtout leur famille n'aient pas

accès aux textes qu'on vient de lire, attitude défensive qui a un peu freiné, par contrecoup, la circulation de mon papier chez les infirmières, puisqu'il ne fallait pas « le laisser traîner ». Cette réaction a-t-elle seulement tenu à la mention des revenants et de la mort, mention qui en effet peut inquiéter les opérés ou leurs proches, particulièrement vulnérables vu l'anxiété provoquée chez eux par des pathologies graves ayant souvent nécessité de lourdes opérations, voire des greffes ? Je me demande si, plus largement, elle n'a pas visé la manière dont j'ai souligné le versant négatif de l'hospitalisation. J'aurais ainsi apporté de l'eau au moulin de ceux qui, à tort ou à raison, protestent. Un peu comme si mon texte pouvait être source de contamination morale. Mais cette censure appliquée à l'égard des malades et de leurs proches implique que ceux-ci ou bien sont de mauvaise foi (ce qui peut bien arriver, car – faut-il le préciser ? – les malades ne sont ni de pures victimes ni des saints), ou bien que, n'ayant pas su percevoir eux-mêmes les aspects positifs des soins prodigués, ils ne sont

pas en état de rétablir d'eux-mêmes la vérité. Mais pourquoi cette « vérité » n'irait-elle pas de soi pour ceux qui devraient tout de même être assez bien placés pour l'apprécier ? N'est-ce pas aussi parce que, par la force des choses, il arrive qu'on soigne parfois les malades, ici comme partout dans notre système médical, à leur corps défendant, pourrait-on justement dire ? Cette situation paradoxale, et banale dans nos sociétés occidentales, fait en tout cas suffisamment question dans le quotidien des soins pour que, sur la feuille où les infirmières notent scrupuleusement tout ce qui concerne l'état du malade, une quinzaine de lignes soit réservée à l'appréciation de l'attitude plus ou moins « coopérative » de ce dernier.

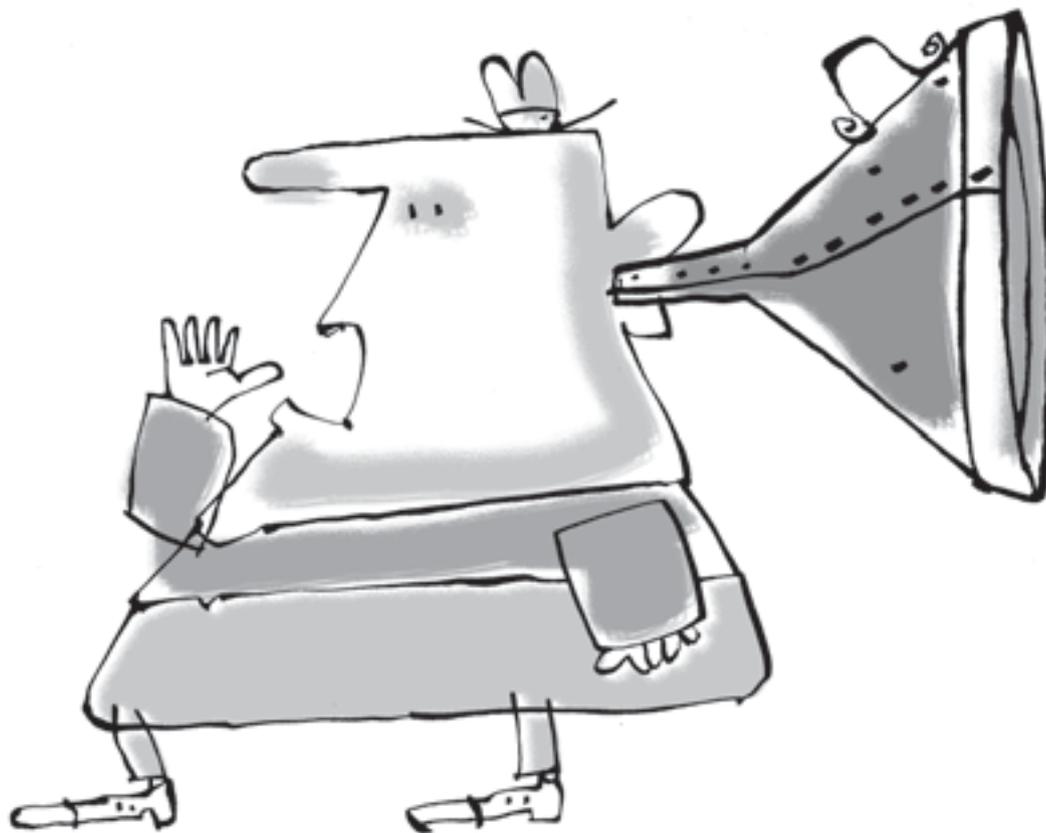
D'autre part, la manière abrupte dont j'ai cité le « petit cœur-poumon qui chauffe » lancé par un chirurgien (cf. p.18) a parfois fait question. Certes l'expression n'a étonné personne. Elle correspond bien au langage coutumier propre au milieu médicochirurgical. Mais sorti de son contexte, elle risquait de choquer les profanes, m'a-t-on assuré. Replacer la citation de la tension émotionnelle propre aux greffes aurait permis de la justifier. La faire figurer « toute nue », c'était faire ressortir ses implications symboliques, que la plaisanterie avait justement eu pour double fonction d'évoquer et d'exorciser. Ce genre de mise à plat (3) ethnographique a en l'occurrence sans doute fait mouche, car peu après avoir lu mon texte, un chirurgien, me croisant dans un couloir, lança avec un grand sourire : « Vous avez le bonjour d'un chirurgien non cannibale !... » Ce fut son premier commentaire.

Parmi les étonnements suscités par cet article, il y a eu la façon dont je traite l'information, l'utilisation que je fais des détails, des bons mots, des métaphores, de ce qui est d'ordinaire considéré comme insignifiant et qu'il ne faudrait évidemment pas prendre au pied de la lettre. Ajoutons à ceux-ci la manière dont j'essaie d'écrire, convaincue que je sais qu'en matière de sciences humaines, il n'y a pas de rigueur sans un enga-

gement radical dans la poétique de la langue (ce qui est à l'opposé du modèle imposé aux articles médicochirurgicaux d'aujourd'hui), et on obtient aux yeux des hospitaliers un « roman », comme cela m'a été dit, au sens où le roman serait de fantaisie, de pures rêveries... Ainsi ma description des dimensions rituelles propres au bloc opératoire a-t-elle semblé abusive à quelques-uns (rares il est vrai). « Tant que je ne verrai pas un chirurgien faire, avant d'opérer, trois fois le tour de la table d'opération en agitant son bistouri pour chasser les mauvais esprits, je ne croirai pas à l'existence de rituels chirurgicaux » affirme un médecin, qui définit le rituel par le caractère apparemment aberrant des pratiques observées, en regard du but concrètement visé. Les justifications techniques des comportements en salle d'opération suffiraient donc à en exclure toute dimension symbolique. Comme le dit un chirurgien, les gestes opératoires n'ont rien que de très « naturel ».

En revanche, les revenants non mentionnés par quelques infirmières de réanimation ont mis mal à l'aise plusieurs de mes interlocuteurs, ou simplement suscité une incrédulité ironique, voire militante. Certains ont d'abord pensé que les jeunes femmes en question avaient « mené en bateau » une ethnologue trop portée à prendre pour argent comptant ce qu'on lui dit. Du reste, celle-ci serait d'autant plus facilement tombée dans le panneau que, par ses enquêtes antérieures auprès des spirites, elle était toute disposée à un tel constat. Car enfin, comment adhérer à pareilles billevesées, dangereuses de surcroît, à l'ère de la modernité thérapeutique ? Si ces infirmières y croient vraiment, alors sans doute leur place n'est plus à l'hôpital, ai-je entendu (une fois). Et lorsque l'ethnologue rapporte de telle folie, ne leur donne-t-elle pas une légitimation malvenue ? La description ethnographique ne risque-t-elle pas alors d'empirer les choses ? Sous-jacente, une crainte de la contagion, encore, s'est ainsi ajoutée à celle, également implicite, que l'image de l'hôpital ne soit entachée par un





« archaïsme » incompatible avec l'efficacité des thérapeutiques de pointe qui sont mises en œuvre. C'est ce qui explique sans doute en partie la gêne que certains ont éprouvée à l'idée que l'établissement, bien que non nommé, soit malgré tout reconnaissable pour ceux qui l'auraient déjà fréquenté.

On pourrait s'attendre à ce que la mention de présences occultes à l'hôpital, fussent-elles ressenties par quelques personnes seulement, suscite de telles réactions. L'idéologie scientifique propre en milieu hospitalier suppose que ce qu'elle désigne comme irrationnel soit de nos jours cantonné aux campagnes profondes où le vrai savoir n'aurait pas encore pénétré.

Mais les observations ethnographiques que je mène depuis une quinzaine d'années en milieu urbain, et même parisien, m'ont convaincu que nos contemporains sont bien plus nombreux qu'on ne l'imagine à s'aventurer, dans des milieux considérés comme au-dessus de tout

soupçon, sur les marges incertaines du quotidien. Et il y a fort à parier qu'à écouter un tant soit peu ce qui se dit dans les hôpitaux en général, et pas seulement chez les infirmières, on s'apercevrait que le système de représentation du monde légitimé par les autorités scientifiques est là comme ailleurs souvent doublé, dans un chuchotement prudent dont la persistance fait question, par des discours qu'on aurait cru obsolètes. Dans cette situation conflictuelle où une culture l'a historiquement emporté sur l'autre, le dévoilement opéré par l'ethnologue n'est pas neutre, parce que, *ipso facto*, il redonne vie au « vieux démons de l'irrationnel » contre lesquels les artisans de la raison scientifique, médecins ou non, semblent au fond singulièrement désarmés.

Le malaise éprouvé devant la mention des revenants va de pair avec le déni de la mort perceptible dans l'établissement et qui retentit finalement sur la question de « l'amphithéâtre ». Le temps est loin où, voici une vingtaine d'années,

certaines avaient tenté d'instituer un « staff des morts » pour réfléchir en commun (chirurgiens, anatomopathologistes, médecins, infirmières) sur le décès des opérés. Si les brancardiers ont vu avec quelque satisfaction l'ethnologue faire état de la manière dont il leur revient de prendre les morts en charge, un certain nombre de médecins se sont inquiétés de cette divulgation. J'ai découvert à cette occasion que, dans l'hôpital, relativement peu nombreux sont ceux qui savent comment se passent des choses à la morgue, dont l'emplacement même est inconnu de certains soignants (cette scotomisation de l'amphithéâtre se révélait habituelle au sein des hôpitaux). Sont aussi ressorties avec un certain relief les attitudes relatives aux brancardiers, qui font l'objet de discours divers et passionnés, à commencer par celui-ci : « Les brancardiers, c'est tout simple. Il n'y a rien à en dire »...

Toute vérité est-elle en tout cas bonne à dire ? C'est un défi auquel les ethnologues sont accoutumés. Pour ceux qui travaillent sur des terrains exotiques, l'éloignement, l'appartenance des indigènes à des sociétés de tradition orale, ou du moins leur ignorance de la langue du visiteur, ont longtemps fait que les descriptions et les interprétations livrées par l'ethnologue n'ont guère eu d'incidence sur les collectivités observées. Il n'en va pas de même lorsque l'anthropologue travaille au sein de sa propre société, et que les descriptions qu'il est amené à produire prennent néces-

sairement place dans les stratégies propres aux différents groupes qui composent le milieu étudié. Je soulignerai à cette occasion – puisqu'il est de mode d'engager les chercheurs à travailler sur contrat pour disposer des financements que leurs institutions ne sont pas toujours en mesure de leur fournir – combien mon indépendance à l'égard du système hospitalier m'est précieuse dans la conduite de cette recherche. Elle me dédouane vis-à-vis de mes interlocuteurs, qui sinon réagiraient à mon égard en fonction de l'intention qu'ils attribueraient aux autorités administratives ou médicales qui m'auraient engagée. Cette liberté économique et professionnelle me permet aussi de prendre le risque de déplaire. Car le regard éloigné dont est porteur l'anthropologue s'applique aussi aux pratiques les plus scientifiques, même si celles-ci tendent à faire figure d'absolu, pour ne pas dire de sacré, et même s'il y a quelque sulfureux paradoxe à tenir cette position lorsqu'on relève soi-même, en tant que chercheur, d'une institution justement vouée à la science.



-
1. in *Gestions religieuses de la santé*, dir. Françoise Lautman et Jacques Maître, Paris, L'Harmattan, 1995.
 2. Paru dans M.C. Pouchelle, *L'Hôpital corps et âme. Essais d'anthropologie hospitalière*, Ed. Séli Arslan, 2003.
 3. Terme chirurgical désignant l'opération qui consiste à combattre de graves infections pulmonaires en ouvrant le thorax du côté malade et en maintenant sous pansement l'incision ouverte.

L'enfant rebelle ou la parole inaudible

Olivier Boitard

Médecin psychiatre

Le rapport de l'Inserm (septembre 2005) consacré aux « troubles des conduites de l'enfant » pose des questions éthiques : est-il légitime de rechercher systématiquement chez les enfants de trente-six mois les prémices de ces troubles ? « Refus d'obéir, n'a pas de remords, ne change pas sa conduite », sont-ils à cet âge-là prédateurs de troubles futurs ou plutôt signes de vitalité que l'adulte aura la charge de canaliser ou parfois mieux de sublimer ? Pour les auteurs, le contrôle social ne saurait attendre d'où « un repérage et suivi des enfants à risque dès la période anté et périnatale ». L'Inserm est bien en phase avec le contexte politique actuel : promouvoir une politique de sécurité quitte à éliminer toute pensée critique, car le plus étonnant est l'absence d'analyse de ces troubles : sans s'interroger sur la signification idéologique de ce cadre diagnostique importé d'Outre-atlantique, les auteurs n'ont de considération que pour l'étiologie génétique. Ils ne nient pas que les troubles des conduites puissent dépendre d'autres facteurs, mais les causes psychologiques, anthropologiques, sociologiques, économiques et politiques sont très peu étudiées. On ne s'étonnera pas dans ces conditions de la pauvreté des propositions. Hors des thérapies cognitivo-comportementales et de la prescription de psychotropes, point de salut. La psychanalyse n'est pas évoquée. Les auteurs du

rapport lui préfèrent des « psychothérapies » fondées sur quatre principes qui méritent d'être cités :

- développer un système de soutien et d'étayage social pour l'ensemble des familles ;
- favoriser les contacts de l'enfant avec des pairs pro sociaux ;
- limiter les contacts avec des pairs antisociaux ;
- augmenter le soutien scolaire et les interactions avec les enseignants.

Autrement dit, les « psychothérapies » proposées consistent à intervenir auprès des parents et des enseignants et conseiller les bonnes fréquentations plutôt que les mauvaises. On aurait pu penser qu'une psychothérapie s'intéresserait aussi à la parole de l'enfant.

La violence des enfants et des adolescents est un phénomène de société, sinon nouveau, du moins présentant des aspects peu connus auxquels la santé et la justice sont confrontées. Répondre par une psychiatrisation des troubles des conduites de l'enfant susceptibles de se mettre en œuvre dès le plus jeune âge n'est pas à la hauteur de l'enjeu.

Avant d'apporter des réponses, ne vaudrait-il pas mieux se poser quelques questions ?

« Les non dupes errent » s'amusait sérieusement Jacques Lacan. Et les dupes experts ?

Les dédales d'un harcèlement

« Je suis employée pour fouetter
Et je fouette »
Kafka, *Le procès*.

Madame A. vient ce jour de fin juin après un appel d'une assistante sociale, effondrée, en larmes, elle ne supporte plus les changements de bureau (quatre fois en un an), les remarques perverses de certains collègues. Un premier arrêt de travail de deux semaines est délivré. Deux semaines plus tard, elle a déjà vu le médecin conseil de l'administration, ce médecin justifie les arrêts, et lui propose d'emblée une longue maladie, il a le choix pour la motiver : lupus érythémateux disséminé, diabète, maladie cœliaque, hépatite chronique C, fatiguée, éreintée, cela aurait été accordé sans problème par la CME (Comité Médical d'Etablissement) et pendant un an, elle pourrait toucher son plein traitement. Pourquoi ne l'avez-vous pas fait plus tôt ?

Elle, 58 ans, qui se faisait un honneur depuis vingt-cinq ans d'aller au travail, elle qui a construit une partie de son identité par le travail, elle qui a éduqué ses enfants à travailler à l'école, pour garantir une meilleure situation sociale, elle qui n'a que bonne notation de ses supérieurs, elle qui au travail oublie toutes ses maladies...

Si elle ne se rend plus à son travail, si elle est malade, ce n'est pas de la faute de Dieu, ni de sa génétique, mais de son travail, de ses supérieurs, de ses collègues.

La convention collective prévoit un an à plein traitement pour tous les patients en ALD (affection longue durée) dont l'arrêt est justifié, et deux ans dans le cas d'un trouble dépressif. Etre reconnue dépressive lui permettrait de bénéficier de

son salaire jusqu'à sa retraite, mais c'est aussi être reconnue victime du travail, harcelée au travail. Il s'agit donc d'une maladie professionnelle.

Le 13 juillet, elle reçoit déjà la notification du passage de son dossier devant la CME pour le vendredi 15, qu'elle ramène à son médecin traitant, lequel rédige un courrier pour dire qu'averti trop tard pour consulter le dossier (c'est son droit), il convient de repousser le passage devant la CME. La secrétaire de la CME rappelle pour proposer un passage devant un expert psychiatre, mais cela ne pourra se faire qu'en septembre. Pas de problèmes, c'est un délai habituel.

Convaincue par son médecin traitant de déclarer cette maladie professionnelle, le deuxième arrêt de travail sera rédigé sur un papier CERFA d'accident du travail et emmené au médecin conseil : « Je ne peux pas le prendre, cela n'est pas possible, cela ne se passe pas comme cela. »

Fin juillet, le médecin du travail va dans les bureaux où travaille Mme A. et un rapport est adressé au siège de l'administration. En août, le chef au dessus du « sous-chef harcelé principal » l'appelle pour prendre de ses nouvelles et lui demander de revenir travailler.

Septembre, elle est convoquée par un médecin de la DRH (direction des ressources humaines), changement d'adresse : « Madame, il n'y a rien dans votre dossier... Il paraît que votre médecin veut vous mettre en maladie professionnelle... Vous serez convoquée par le Dr B. » c'est le grand chef

Yveline Frilay

Médecin généraliste



des médecins de contrôle... Pourquoi tous ces médecins, pourquoi le non passage devant la CME ? Le 20 octobre, toujours pas de nouvelles, ni du médecin chef, ni de la CME, nous écrivons au secrétariat de la CME s'étonnant de l'oubli de la convocation devant l'expert. Rappel du secrétaire : « Il n'est pas prévu qu'elle passe devant la CME, car vous voulez que ce soit reconnu comme maladie professionnelle, elle doit passer devant la CMR (Commission Médicale de Réforme), mais ce n'est pas nous ». Comment fait-on ? « Il faut qu'elle saisisse son administration pour passer devant la CMR », mais saisir l'administration, c'est demander à ses harceleurs d'interpeller la CMR ? ! « Le médecin traitant peut-il écrire ? » « Eventuellement, mais c'est à la personne de le faire. » Pourquoi ne l'a-t-on pas signifié plus tôt ? Autoriser la patiente à s'exprimer, c'est lui permettre d'analyser la situation et la sortir de son isolement, l'aider à être reconnue victime d'un harcèlement, c'est lui permettre de retrouver sa dignité, son honneur, c'est lui permettre totalement de se déculpabiliser, et c'est lui permettre d'accéder à la guérison. Ce qui dérange, c'est qu'elle consulte régulièrement un psychiatre, et que celui-ci diagnostique

aussi la dépression : celle-ci ne peut plus être niée. Affirmer la dépression, c'est reconnaître le harcèlement. Celui-ci continue malgré l'arrêt de travail, par la non reconnaissance du syndrome dépressif, par la non perception du salaire en totalité, par l'appel téléphonique d'une collègue « *Est-ce que tu reviens car ton poste m'intéresse ?* »

Le harcèlement est puni par l'article L. 122-49 du Code du travail : « Aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions du travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel. » La fonction publique est également soumise à cette loi, à travers l'article 6 du titre 1 du statut général des fonctionnaires depuis la loi du 17 janvier 2002.

Qui protège qui ? Quelle indépendance des médecins de contrôle ? Ces médecins semblent entraver l'expression des problèmes dans le milieu du travail, et la verbalisation de la souffrance au travail demeure ainsi un tabou.

Quatre employés avant elle ont pu obtenir une mutation, un autre, après elle, vient d'être hospitalisé en psychiatrie...

Santé publique : un plan contradictoire

Dès 2002, le plan cancer se proposait d'organiser un dépistage de masse pour le cancer du colon, des études pilotes étant en cours dans plusieurs régions, il devrait voir le jour au niveau national au décours de l'année 2006.

Ce dépistage est fondé sur les données suivantes : une incidence élevée, 35 000 nouveaux cas par an en France, un cancer grave avec 16 000 décès annuels. Un état précancéreux avec des lésions (polype adénomateux) peut être asymptomatique pendant dix à vingt ans avant de saigner, et de plus de façon occulte, dès que le polype dépasse un centimètre. Un test de détection (Hemocult II), non invasif, non traumatique, permettrait de dépister un cancer sur deux chez les patients « sains » ; des études ont démontré que ce dépistage favoriserait la diminution de la mortalité du cancer colorectal de 15 à 20 %, si au moins la moitié des patients de 50 à 74 ans participait au dépistage.

Outre le fait que le médecin devant expliquer au patient et le bénéficier, et les enjeux du test, et son mode d'action, devrait y consacrer un temps important, outre que ce médecin doit être convaincu lui-même de l'intérêt de l'hémocult, se pose à ce jour le coût induit lorsque le test sera positif, à savoir l'argent que devra déboursier le patient pour réaliser sa coloscopie.

Jusqu'à peu, cet examen, côté K50 était totalement pris en charge par l'Assurance maladie, ainsi que les honoraires de l'anesthésiste, ce, en absence de dépassement d'honoraires tant en milieu public que privé ; le plus souvent dans le privé le patient déboursait environ 20 € pour la pince à biopsies non stérilisable, à usage unique non prise en charge par l'Assurance maladie pour protéger des infections virales (surtout hépatites C, B et HIV).

Depuis les nouvelles ordonnances de forfait non remboursable pour les actes supérieurs ou égaux à K50, il en coûtera au minimum 18 € dans le public et 38 € dans le privé.

Au patient qui ne bénéficie pas de la CMU, et ne peut pas se payer de mutuelle, doit-on lui proposer l'hémocult ? Si le test est positif, et si le patient ne peut pas se payer la part non remboursée de la coloscopie, il continuera de vivre avec une épée de Damoclès au dessus de la tête : « Je vais bientôt avoir un cancer ». Les patients appartenant à une famille à risque de cancer du colon feront-ils une coloscopie tous les cinq ans ?

Lorsque l'on sait que les déséquilibres alimentaires avec une diminution de la consommation de fruits (trop chers), l'obésité, et la sédentarité sont des facteurs de risque du cancer du colon et que ces mêmes facteurs se retrouvent à un taux plus élevé dans les populations en précarité, on comprendra que le dépistage du cancer du colon est voué à l'échec avant même d'être lancé.

Rappelons que le dépistage des cancers s'adresse à une population de sujets en bonne santé et qu'il ne doit perturber psychiquement ni par des résultats incomplets, ni par des sanctions financières. En ne permettant pas au patient de réaliser la coloscopie du fait du surcoût, nous manquons à ce dernier principe. Quand nos dirigeants comprendront-ils que la prévention à long terme coûte moins cher que le traitement ? Quand nos politiques (tant nationaux que locaux) impliqueront les médecins généralistes dans les actions de santé publique ?

Depuis la loi sur la santé d'août 2004, nous nous éloignons de plus en plus des buts initiaux de l'Assurance maladie solidaire qui cherchait à préserver l'égalité au droit à la santé pour tous.

Yveline Frilay

Médecin généraliste

Résumé : La parole alliée au geste médical est au centre du soin. L'action de soigner est de l'ordre d'une scène d'un théâtre. L'espace primordial de cette oralité est menacé par les évolutions actuelles des métiers du soin et le type de régulation financière en cours. Passer du paradigme du soin à celui de santé suppose introduire la discussion collective du bas vers le haut dans les rouages du système.

Parler pour soigner : fragments

Patrice Muller

Médecin généraliste

Tranches de vie

Un corps inanimé dans la rue

De temps en temps, un événement dramatique fait irruption inopinée et brutale dans ma journée de travail : ma réquisition dans une urgence extrême pour un corps accidenté d'une personne inconnue. Bien que très rare, je réagis de façon très stéréotypée à cet événement. Rapidement, je tourne autour de ce corps immobile, cyanosé, ensanglanté, vérifie les battements cardiaques, palpe en prononçant à quelques centimètres du visage avec une voix forte à la limite du hurlement : « Madame, Monsieur m'entendez-vous ? Ouvrez les yeux ! » Et devant ce corps sans réponse, de me ruer sur le massage cardiaque externe et le bouche-à-bouche en demandant à l'entourage de composer le 15.

Parole ouvrante-parole fermante

Quand je suis de bonne humeur, non fatigué, bien disposé, après les habituelles formule de salutation et poignée de main, mes premiers mots pour introduire une consultation sont le plus souvent : « Que se passe-t-il ? », « Qu'est-ce qui vous amène ? ». Par contre, lorsque je suis à

la fin de ma journée, avec du retard dans mes rendez-vous et que j'ai devant moi un patient, bavard impénitent qui va, j'en suis sûr, me rebattre les oreilles pour la énième fois de sa douleur de hanche pour laquelle il refuse la chirurgie, je l'accueille en lui disant : « Alors, c'est bien pour votre renouvellement d'ordonnance que vous venez me voir ce soir ? »

Allier la parole au geste

J'ai mis de nombreuses années pour incorporer des mots qui me sont apparus appropriés pour améliorer ma technique de l'examen du corps. Au sortir de l'hôpital, à la fin de mes études, au moment précis où je palpais l'abdomen d'une personne, j'étais silencieux. Aujourd'hui, j'annonce à la personne que je vais palper son ventre en accompagnant son rythme respiratoire, en accentuant la pression de mes doigts à la fin de chacune de ses expirations. Je lui énonce d'être attentive à son abdomen qui se soulève et s'abaisse régulièrement au rythme de sa respiration. De cette attention réciproque entre mon geste palpatoire et sa respiration, il en est résulté une qualité d'examen bien meilleure.

Le lavabo

Lors d'une consultation, je me lave souvent deux fois les mains. Une fois avant d'examiner le patient et l'autre fois à la fin de l'examen, au moment où la personne se rhabille. Ce deuxième lavage est un subterfuge commode pour avoir le temps d'un dialogue silencieux avec moi-même. Je me parle. J'ai deux minutes environ pour me faire le bilan de la consultation qui s'achève, pour réfléchir sur la bonne attitude, les mots justes, anticiper les réponses, la bonne ordonnance, tous éléments que je vais reformuler de vive voix au patient rhabillé quelques instants plus tard. Penser, c'est se parler.

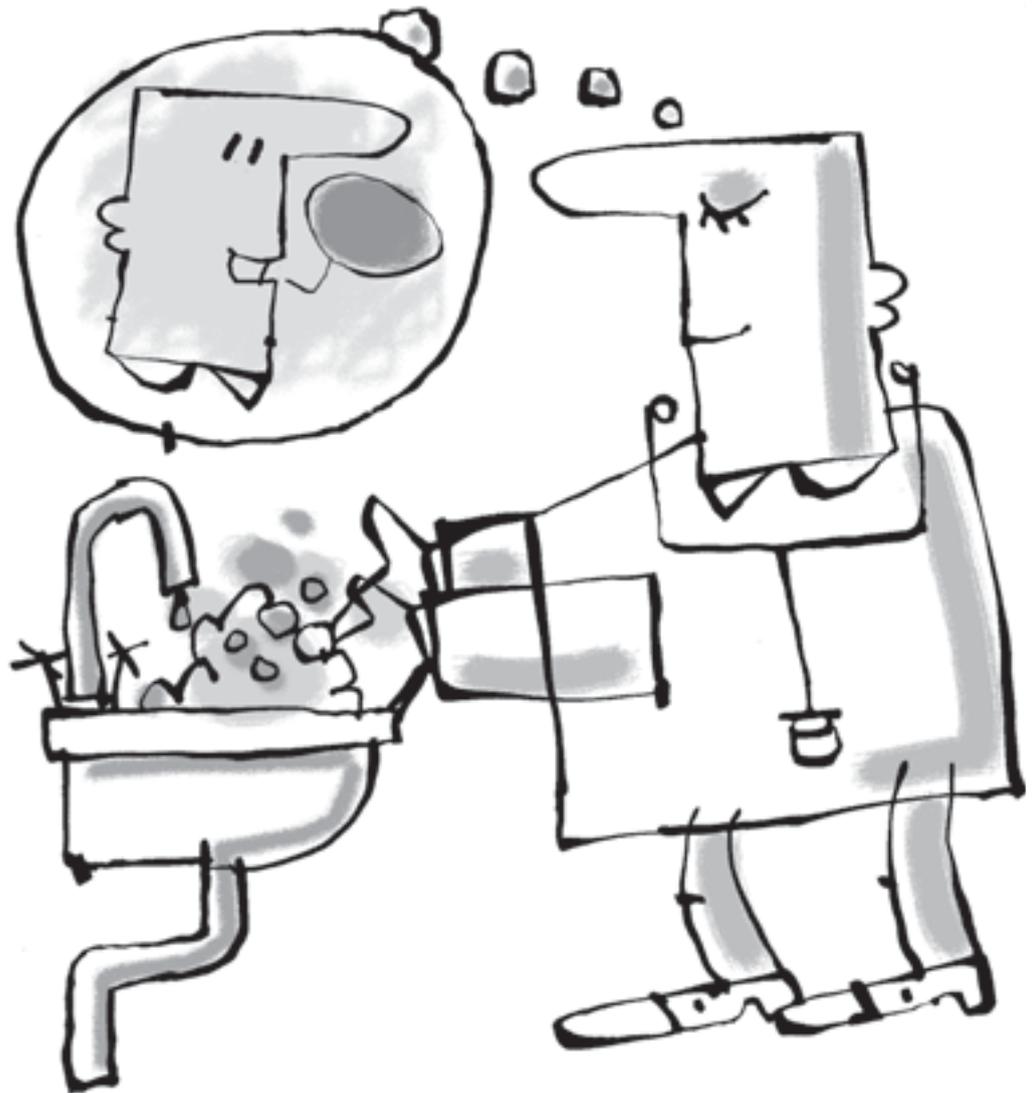
Le téléphone, un médium chaud

De très nombreuses années après, je m'en souviens comme si c'était hier. C'était encore le temps d'avant le secrétariat téléphonique que nous utilisons maintenant au cabinet médical et qui filtre en particulier les appels des demandes de visite à domicile. Nous étions en hiver, en pleine période de grippe avec de nombreuses demandes pour des personnes clouées au lit par 40° C de température. Cette fin de matinée là, au moment de partir faire ma tournée de grippés, je reçois un dernier appel d'une dame pour la « mauvaise » grippe que faisait son mari. Je ne sais pas trop pourquoi, en tout cas ce n'était pas sur des critères objectifs de gravité médicale, j'ai commencé mes visites par ce dernier appel. C'était en fait une méningite à purpura fulminans, où chaque minute compte pour éviter le pronostic fatal... A posteriori, je crois que cette femme m'avait passé au travers de la qualité de sa voix (son timbre, sa tonalité, son débit) son

inquiétude qui est entrée en résonance directe avec mon propre système d'alerte sensoriel. Cette voix portée a permis ce court circuit émotionnel pour le plus grand bénéfice du malade.

Langue écrite, langue parlée

Lorsque le problème est très biomédical, que je suis assez convaincu de mon diagnostic (je sus-



pecte une fracture, une appendicite, une colique hépatique, une pyélonéphrite aiguë, etc.), que ma salle d'attente est pleine, que je pressens qu'il n'y aura pas de remise en ques-

tion a priori du bien-fondé de ma demande d'hospitalisation, je me contente paresseusement d'un petit mot adressé au médecin de garde qui résume mes convictions et inquiétudes diagnostiques.

Lorsque, par contre, les éléments médicaux sont beaucoup plus flous, qu'il y a de nombreuses hypothèses diagnostiques, que les mêmes signes cliniques objectivables peuvent aboutir au plus bénin, spontanément réversible en quelques heures ou au plus grave, mettant en jeu le pronostic vital, je suis inquiet par mon seul sixième sens. Mme Delglantine est devant moi, il y a quelque chose dans son faciès, dans la fixité de son regard qui m'impose l'urgence de la situation, alors je prends mon téléphone pour joindre le médecin de garde et j'argumente mon inquiétude médicale. Cela donne quelque chose du genre : « Je vous appelle au sujet de Mme Delglantine. C'est une femme de 75 ans que je suis depuis de nombreuses années. Elle se sent très fatiguée depuis quelques jours avec de vagues douleurs abdominales, sans fièvre. Je lui trouve une sale tête et je la connais, elle n'est pas du genre à se lamenter pour un oui ou pour un non. Je vous l'adresse pour un bilan hospitalier car elle m'inquiète ». Pas de diagnostic clé en main. Peut-être d'ailleurs qu'il n'y en aura pas. Il faut que je puisse décrire au médecin qui va recevoir cette patiente comment, sur quels éléments très subjectifs et non quantifiables s'est forgée mon inquiétude. Je ne peux le faire qu'en dialoguant via le téléphone pour le convaincre de prendre très au sérieux les plaintes de la patiente avant de les ranger éventuellement au catalogue des manifestations fonctionnelles ou psychosomatiques. Seul l'échange verbal au moment où se pose en temps réel le problème médical permet cela.

On n'arrête pas le progrès

La salle du scanner. Le patient trône au milieu de la salle, allongé sur la table radiologique, avec ce

grand anneau de métal qui va coulisser de la tête aux pieds. Autour de son bras gauche est affairée la technicienne qui pose une tubulure dans une veine pour permettre, via une seringue asservie, l'injection automatisée du produit de contraste. Puis elle se retire dans la cabine du pilotage du scanner derrière la vitre blindée où se trouve déjà le médecin radiologue. Quelques mots échangés via les micros et hauts parleurs installés de chaque côté de la vitre. Les réglages de la machine sont faits. Le programme de la machine est lancé. Tout s'enchaîne automatiquement en quelques secondes. Une voix enregistrée douce et apaisante (disponible en plusieurs langues, s'il vous plaît) égraine à plusieurs reprises au bon moment : « Bloquez votre respiration ! », « Vous pouvez respirer normalement maintenant ! ». Pendant tout ce temps, les deux personnes en blouse blanche scrutent silencieusement derrière la vitre, sur l'écran de l'ordinateur, les séquences d'images produites.

Parole singulière, parole collective

« Quelle marque de lait préconisez-vous pour mon enfant ? ». Combien de fois ai-je dû répondre à l'occasion de la consultation systématique d'un nourrisson à cette préoccupation des parents ? Si le nourrisson est en pleine forme, je réponds invariablement que la marque n'a aucune importance et que peut-être cela vaut la peine de l'acheter dans un supermarché, car cela leur coûtera moins cher. En général, cette question ne donne pas lieu à d'autres développements lors de la consultation. A chaque fois, je me remémore feu les réunions d'usagers de notre cabinet médical où nous nous retrouvions pour une soirée thématique, dans la salle d'attente, une quinzaine de personnes et nous les médecins. La même question posée dans ce cadre faisait exploser l'aspect étriquée de la question et de ma réponse et nous (en particulier les parents) échangeons de manière autrement fructueuse autour d'expériences acquises, vécues, réfléchies et transmises autour des enjeux de l'alimentation, de recettes pra-

tiques, des rejets alimentaires et autres techniques de stérilisation des biberons. Sans parler du plaisir direct à se parler de façon moins formelle pour mieux se connaître en tant que personne.

Fragments conceptuels

Quelques aphorismes éclairés par trois situations de soin

I. Le soin est une action qui a pour objectif de supprimer ou de diminuer la souffrance physique ou psychique de la personne demandeuse du soin.

II. Le soin est du côté de l'immédiat, produit d'une rencontre motivée entre deux personnes : le soignant et le soigné.

III. Le soin est ou ne devrait être rien d'autre qu'une interaction entre ces deux personnes.

IV. Cette interaction est le produit des effets des rationalités et émotions de l'un et de l'autre.

V. L'action de soigner est centrée sur une combinaison du geste et du verbe et est bornée par le temps de l'écrit.

VI. Le soin est fait d'une suite de rencontres, plus ou moins fréquentes, à chaque fois uniques et singulières, délimitées dans une durée et un espace donnés.

VII. Lorsque la durée du soin est trop comptée, c'est le temps consacré au dialogue verbal qui est sacrifié.

VIII. Chaque rencontre de soin est une scène d'un théâtre joué à deux, improvisée, bien que préparée de part et d'autre.

IX. Comme tout théâtre, le soin est fait de mots énoncés, de gestes entre les deux acteurs soutenus par un décor et des accessoires nécessaires pour le jeu du soin.

– Acteur, le soignant : il joue avec dans ses outils, sa compétence professionnelle acquise au cours de sa formation initiale, puis ses années d'expérience professionnelle avec des incorporations

successives dans sa mémoire de lectures, séances de formation professionnelle et situations de soin précédentes plus ou moins marquantes qui pourront ressurgir dans une alchimie complexe « en direct » dans le soin en cours.

- Acteur, le patient : il joue (de) sa personne : sa plainte, sa demande, ses questions, ses inquiétudes élaborées plus ou moins préalablement à la scène, dans une combinaison où les mots sont essentiels, accompagnés par des gestes et attitudes qui participent du dialogue entre les deux personnes.

Situation A

Une infirmière a à poser une perfusion intraveineuse. Avant de pénétrer dans la chambre du malade, l'infirmière aura eu et lu une prescription écrite de la part d'un médecin. Elle aura pu aussi discuter avec ses collègues dans la salle de soins du patient, de sa personnalité, des difficultés techniques éventuelles. S'il s'agit d'un matériel nouveau, elle aura pu lire la notice d'emploi avec les schémas explicatifs ou, si elle en a l'opportunité, elle demandera à une de ses collègues de lui faire une démonstration du matériel qu'elle ne connaît pas encore.

Une fois dans la chambre, la scène commence et se joue entre les deux, l'infirmière et le malade. Tout va se jouer entre une alliance entre la parole et le geste. Paroles de mise en confiance réciproque et paroles techniques autour de l'enjeu de la perfusion. Quelle veine choisir pour que cela marche du premier coup sans avoir à repiquer douloureusement la patiente ? Longue et minutieuse palpation de chaque vaisseau potentiel, où les années de pratiques ont permis l'assurance et l'efficacité du geste dont va bénéficier la personne. Il se peut que le patient de son côté, si la soignante a laissé la parole circuler, fasse part de son propre savoir préalablement acquis en montrant la veine qui a marché du premier coup les fois précédentes. Puis le geste se fait : l'infirmière pique la veine et pose la perfusion. Durant tout ce temps technique ont pu





s'intercaler commentaires et digressions variés, reflets de l'empathie de la soignante et de la mise en confiance de la personne soignée, deux dimensions indispensables pour la qualité des soins.

Situation B

Le médecin généraliste a regardé rapidement l'écran de l'ordinateur pour se rappeler le motif de la dernière consultation du patient pendant que celui-ci se déshabille. Il peut observer maintenant cette éruption de plaques prurigineuses un peu rouges et réparties principalement sur le thorax avec quelques éléments à la racine des cuisses et des bras. Le reste de l'examen est normal. Il ne se fera pas piéger une deuxième fois. Il a reconnu immédiatement *ce Pityriasis rosé de Gibert*, maladie bénigne spontanément résolutive, que lui avait appris à connaître plusieurs années auparavant le dermatologue dans sa réponse écrite pour une autre personne qu'il lui avait adressée parce qu'il avait « séché » devant ce même tableau éruptif. Il informe le patient du diagnostic, le rassure pendant qu'il le fait se rhabiller. Il clôt la consultation par la rentrée de quelques données succinctes dans l'ordinateur et la prescription d'un médicament pour calmer les démangeaisons.

Situation C

Une heure du matin, le chirurgien orthopédiste est harassé. C'est sa troisième intervention successive depuis le début de sa garde, la veille à quatorze heures. Lorsqu'il entre dans la salle d'opération pour « la fracture spiroïde du tibia », il est en présence pour la première fois du patient déjà endormi par l'anesthésiste. Jusque-là, le blessé avait été pris en charge par l'interne de garde aux urgences. Celui-ci lui avait montré, entre deux opérés, les clichés de la fracture et ils avaient posé à l'issue de la discussion, l'indication d'une plaque-vis pour consolider la fracture. Rapidement, avant de revêtir sa casaque opératoire, il relit les notes écrites par l'interne dans

l'observation, puis il regarde attentivement les clichés de la fracture affichés sur le négatoscope situé non loin de la table opératoire. L'intervention dure une heure trente environ. Elle se déroule avec des successions de silence, de conversations badines entre les trois personnes autour de l'opéré (le chirurgien, l'anesthésiste et l'infirmière instrumentiste) et de bordées de jurons quand des difficultés surviennent. Plus tard, dans la salle de réveil le malade sortira de son profond sommeil en émettant quelques mots avec difficulté. Il est probable que le patient ne découvre son chirurgien que bien plus tard, lors de la consultation de contrôle, un mois après la sortie de l'hôpital.

Fragments politiques pour reconstruire notre système de soins

Le libéralisme entre parole trompeuse et silence

Une des difficultés majeures pour contrer les effets ravageurs sur notre système de soins du libéralisme, c'est qu'il avance masqué sans discours politique global explicitant la cohérence d'ensemble des mesures politiques prises en son nom. Le libéralisme avance par petites touches disparates, soulevant peu de vagues et suscitant peu de commentaires politiques. Il s'agit de mesures législatives, techniques ou administratives dont la lisibilité politique est nulle pour la très grande majorité des citoyens. Quel est le pourcentage de citoyens informés et capables de comprendre la cohérence cachée entre le plan « Hôpital 2007 » qui préside maintenant aux destinées financières des hôpitaux publics, « l'option médecin traitant », l'instauration du nouveau forfait de dix-huit euros pour les patients qui subissent des actes médicaux d'un montant supérieur à quatre-vingt onze euros ? Toutes mesures visant à ouvrir encore plus le marché de l'assurance complémentaire individuelle au détriment de la Sécurité sociale.

L'Assurance maladie, une institution muselée où l'on ne discute plus de rien

L'Assurance maladie est administrée technocratiquement du haut vers le bas avec une tutelle à tous les étages de l'Etat. Les assurés sociaux ont été dépossédés de « leur Sécu ». Ils n'y peuvent rien dire, rien discuter, rien décider. Les conseils d'administration sont devenus de simples chambres d'enregistrement des décisions prises sous la seule autorité de l'Etat au plus haut niveau.

Institutionnaliser le temps de la discussion collective : une condition nécessaire pour le changement

Nous avons déjà dans de nombreux articles défendus la nécessité de passer du paradigme du soin à celui de la santé individuelle et collective. *Mieux vaut prévenir que guérir*. Pour ce faire, nécessité se fait sentir de modifier les rapports entre soignants, soignés et gestionnaires. Cela passe par la mise en place sur les terrains du soin de lieux d'informations, d'analyses, de débats, où la parole des uns et des autres puisse circuler en plus du colloque singulier soignant/soigné classique. Ces lieux « où l'on peut parler ensemble » existent déjà ou sont à créer à partir de structures existantes :

– Les réseaux de santé de proximité à généraliser. Ils sont par nature des lieux de dialogues où les gens se parlent facilement et souvent dans leur pratique de coopération horizontale pour élaborer des solutions visant à résoudre les problèmes

de santé des personnes vivant dans la zone géographique couverte par le réseau.

– Les caisses d'Assurance maladie primaire doivent (re)devenir des maisons de santé où sont recueillis, discutés avec les intéressés (soignants, usagers et gestionnaires) les indicateurs de santé publique, d'accès aux soins afin de définir des actions prioritaires dans le territoire concerné.

– C'est en partant de cet échelon local pourvu de tels lieux de débats que l'on pourra décliner en remontant vers les échelons administratifs supérieurs (la région, le niveau national) d'autres modalités dans la prise de décisions et la régulation financière du système, le principe de la réintroduction d'élections pour les représentants aux conseils d'administration (autres lieux de débats contradictoires potentiels) étant repris à tous les niveaux.

Libérer du temps pour discuter, réfléchir et décider collectivement est la seule alternative méthodologique aux procédures de comptages-évaluations-régulations technico-administratives qu'on est en train de nous imposer par le haut (cf. le dossier médical personnel, l'option médecin traitant, la tarification à l'activité des établissements hospitaliers, etc.). Ce sont ces différents théâtres du débat collectif qu'il s'agit d'organiser et de mettre en place pour une alternative au scénario actuel. C'est en leur sein que se construiront les nécessaires changements dans les façons de faire des uns et des autres, des soignants aux usagers en passant par les gestionnaires.



Résumé : Y a-t-il encore une place pour l'homme dans notre société ? Y a-t-il encore une place pour le patient dans le champ de la médecine ? Et pour le praticien ! Le groupe Balint, lieu d'application de la psychanalyse à la médecine, permet de rendre la parole au praticien. Ainsi, il redonne une place à cette dernière dans la consultation médicale en instaurant un colloque singulier.

Sale temps pour la parole !

Daniel Lemler

Médecin psychiatre

Le groupe Balint comme îlot de résistance et de subversion...

Sale temps pour la parole, en effet, à tel point que j'aurais aussi pu proposer : la consultation médicale : « histoires sans parole », mais cela ne ferait plus rire comme les films burlesques du temps jadis.

Le sujet est d'autant plus angoissant que le champ médical peut être considéré comme le bout d'une lorgnette qui nous fait voir le système sociopolitique dans son entier. C'est dire qu'il y a pire que la langue de bois : une société sans parole, une société qui a expulsé l'individu au profit, c'est le cas de le dire, de la rentabilité du système. Ce dernier n'est plus au service de l'homme pour lui permettre de s'accomplir, c'est l'humain qui, en tant que pièce comptable, est utilisé pour la rentabilité du système. Cette lecture peut paraître caricaturale, voire outrancière, elle n'en est pas moins corrélée par de nombreux indicateurs de notre société.

Comment en sommes-nous arrivés là ?

Au moment des révolutions astro et géonomiques, la médecine, comme l'ensemble des disciplines de la culture humaine, est entrée dans l'ère

scientifique. L'enseignement, tiré de la très concrète et très objective observation, a promu le primat du regard, qui a sûrement trouvé son apogée dans l'apport extraordinaire de l'imagerie médicale.

Plus généralement, les technosciences ont évacué progressivement la part subjective qui n'était qu'une gêne pour la recherche d'un diagnostic à la fois précis, objectif, et à dimension universelle, c'est-à-dire indifférent aux malades.

Ce mode d'approche pose l'hystérie, la névrose, le neurovégétatif, voire le simulateur comme diagnostic d'exclusion.

Ce ne serait guère critiquable si la majorité des patients de médecine libérale ne s'avéraient exempts de maladies, au sens défini par la Faculté.

Là encore cela ne paraîtrait pas un problème, si l'on ne savait, qu'à médicaliser le subjectif, on risque, dans un nombre non négligeable de situations, de provoquer une maladie iatrogène, c'est-à-dire produite par la médecine ou par les médecins.

Voilà dressé un rapide état des lieux. Y a-t-il une alternative ? Y a-t-il encore une place pour une médecine de l'homme, en tant qu'être parlant ?



Cette question paraît presque saugrenue depuis que nous savons tout de sa maladie grâce à des chiffres et à des images, et que nous sommes soumis à nombre d'obligations, que ce soit d'information ou de prévention de poursuites judiciaires. Je ne vous ferai pas l'insulte de vous donner une réponse. Je voudrais simplement attirer votre attention sur « là où ça résiste ».

Une révolution dans la médecine

Rappelons que Sigmund Freud était médecin, non pas psychiatre, ni psychologue, mais neurologue et même un neuropathologiste infantile réputé. C'est pour parfaire sa formation qu'il a rencontré les grands maîtres de la neurologie européenne et donc Charcot à la Salpêtrière et Bernheim à Nancy.

Charcot venait tout juste de défricher l'ensemble du terrain de la neurologie en établissant autant de tableaux cliniques et s'était promis de relever le défi que pose l'hystérie à la médecine depuis la nuit des temps.

Comment résoudre l'énigme de ce qui se présente comme une maladie « Canada dry », ça ressemble à de la maladie, mais sans avoir de substratum organique ?

Charcot propose comme solution l'idée d'une lésion dynamique ou fonctionnelle.

C'est à cet endroit qu'intervient son élève Freud. Il fait ce que l'on peut qualifier de saut dans le symbolique. Lésion dynamique ou fonctionnelle, c'est

toujours de la lésion répond-il à Charcot. S'il n'y a donc pas de lésion de l'organe, il y a une lésion de l'idée de l'organe. Cette interprétation est extrêmement puissante : si j'ai frôlé de la main mon idole, on dirait plutôt aujourd'hui la star, je ne me laverai plus les mains pendant trois semaines. Cette main n'est pas malade, elle a changé de statut. Elle n'entre plus dans les associations habituelles de ma main.

Mais Freud n'a pas seulement révolutionné la théorie, il a aussi pris au sérieux la parole de ses patients. Or, et cela me semble d'une importance capitale, cette révolution freudienne, cette rupture épistémologique, s'est produite dans le champ de la médecine, avant de se répandre dans celui de la culture. Une autre particularité de cette découverte vient de ce qu'elle s'est faite par l'application d'une nouvelle méthode thérapeutique que Freud appellera la psychanalyse. Cela souligne un point essentiel : dans le domaine qui nous intéresse, il n'existe pas de partie expérimentale. Dès lors que l'on s'intéresse à la dimension subjective de l'humain, on ne se trouve que devant de la singularité, et non devant une expérience répétitive et il n'y a donc pas d'expérimentation possible. La mise en place d'une relation thérapeutique est la seule manière de pouvoir être enseigné par les patients de ce qu'il en est de leur psychisme. C'est peut être une manière de répondre aux discussions actuelles où il est soutenu que la psychanalyse n'a pas de valeur, puisqu'elle n'est pas évaluable. Je fais allusion au tapage médiatique qui accompagne la sortie du « livre noir de la psychanalyse », mais aussi au débat politique à propos de la création d'une profession de psychothérapeute. De fait, elle fonctionne sur un autre mode que les techniques qui sont purement évaluables.

L'ouverture apportée par la découverte freudienne, aussi bien sur l'appréhension de la théorie que sur l'abord des patients, n'a pas été franche-





ment accueillie par la médecine, ni les médecins. Et les récents évènements médiatiques auxquels je viens de faire allusion ne font que confirmer que cela reste d'actualité, y compris chez les psys eux-mêmes.

Psychanalyse et médecine

Pourtant, dès la fin de la deuxième guerre mondiale, un psychanalyste d'origine hongroise, installé à Londres, Michael Balint, reprendra la question des apports de la psychanalyse à la médecine. Il est le premier à avoir appliqué stricto sensu les enseignements de la psychanalyse à la pratique de la médecine générale.

Il en a tiré des enseignements sur la relation dite « médecin-malade » et a créé un terrain d'étude, de réflexion et d'enseignement : les groupes d'investigation de la relation thérapeutique, appelés ultérieurement groupes Balint. Ces groupes créent un espace qui va permettre au médecin de découvrir sa propre parole, condition

nécessaire, mais pas suffisante pour pouvoir laisser advenir la parole de l'autre.

Brièvement, ces groupes réunissent quelques médecins et un psychanalyste. Il s'agit de parler de situations cliniques problématiques, non pas du point de vue médical, mais du « relationnel ». Par exemple, on est amené à interroger l'antipathie que génère en nous certains patients, mais aussi la sympathie... les sentiments d'échec, d'impuissance, de déception... Il est inutile de faire une liste, je suis sûr que vous entendez ce à quoi je fais allusion. Les autres médecins du groupe réagissent, le psychanalyste apporte sa contribution pour analyser ce qui se passe dans ce colloque singulier.

En conclusion, le groupe Balint est une poche de résistance à l'emprise de la technicité et du juridique dans la pratique médicale, évacuant la part subjective tant du patient que du praticien ! En offrant un espace pour la parole, celle-ci finit par regagner une place dans la consultation médicale.

Visage

Bonjour, l'école

Martine Lalande – Médecin généraliste

Mon ami est instituteur dans une école de banlieue au milieu d'une cité, agitée, difficile. Misère, bruit, trafics, règlements de comptes, descentes de police, voitures brûlées... L'enceinte de l'école se doit d'être un espace de calme et de sécurité. A huit heures du matin, ils sont deux adultes

à la grille de l'école, qui accueillent les élèves. A chaque enfant, ils disent « Bonjour » en le/la regardant. Visages à peine réveillés ou regards déjà excités, mines renfrognées qui se déplient, sourires entendus ou surpris, bisous des petits, trois cent fois la même petite parole, qui permet à chacun de se sentir reconnu(e) et de bien commencer la journée.

Résumé : Dans une période où les démarches qualité se multiplient à partir d'un modèle d'intervention issue du secteur marchand, il est urgent de promouvoir des pratiques d'intervention pour militer au maintien d'espaces de réflexion et de paroles.

Prendre le temps de la réflexion : une démarche de qualité

La loi du deux janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale instaure l'évaluation de la qualité des prestations délivrées par les établissements du champ de l'éducation spécialisée et de l'action sociale. Ces nouvelles dispositions législatives concernent environ 30 000 structures, dont beaucoup choisissent de recourir à des prestataires pour les aider à mettre en place une démarche d'amélioration de la qualité d'une part et, d'autre part, le système d'évaluation permettant d'en mesurer l'efficacité. Devant l'afflux de demandes, certaines officines n'ont pas hésité à se référer directement au modèle industriel du type « ISO... » ou aux référentiels du sanitaire tels qu'ils ont été récupérés par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et c'est avec ces prêt-à-penser, forts de leur efficacité, qu'ils ventent et vendent leurs modèles.

Qui pourrait être contre l'amélioration constante de la qualité des prestations que l'on propose aux usagers du secteur social et médico-social ? A prio-

ri, on devrait s'en réjouir, cependant les choses ne sont pas aussi simples, car la commande s'accompagne d'une volonté de rationaliser l'existant, au risque d'instrumentaliser des pratiques sous prétexte de leur donner une certaine visibilité. Visibilité extrêmement rassurante, pour des métiers fondés sur la relation à autrui, aux résultats impalpables, mais le prix à payer pour cette pseudo assurance passe par la surestimation du geste aux dépens de l'acte.

Les métiers de l'éducation spécialisée et du social, sont des métiers d'action qui ne peuvent s'exempter de la réflexion. Il ne peut y avoir de « bonnes pratiques » que dans un mouvement réflexif sur son engagement dans l'action. Le temps de la réflexion est indissociable de celui de la parole et ces deux moments viennent structurer l'acte éducatif et social.

Si chacun se plaît à reconnaître l'importance de la relation, de la réflexion, du doute, malheureusement la fascination pour les procédures repérables prend souvent le pas sur ce qui est au fon-

Marie-José
Auburtin

*Psychosociologue
Directrice de l'ESTES (Ecole
supérieure en travail éducatif
et social) à Strasbourg*



dement de ces professions. La démarche qualité dans son aspect le plus critiquable attire, car elle donne l'illusion de l'efficacité à des travailleurs sociaux souvent las de ne pouvoir rendre compte concrètement de leur mission. Ils ont la tentation de se retrancher derrière des référentiels, sortes de prêt-à-penser et à agir, comme si les descriptifs « du faire » recouvraient la totalité de leurs pratiques et pouvait en rendre compte.

Les demandes d'intervention dans ce secteur reposent presque toujours sur une ambiguïté combinant un désir de compréhension des pratiques à travers la production de connaissances sur le système et celui d'en finir avec l'indicible, l'indéfinissable, grâce à la mise en place de procédures bien identifiées, loin des états d'âme et des « discussions de fond ». Dans le premier cas de figure, on suscite la parole, dans le second on la confisque.

L'arbre qui cache cette forêt d'ambivalence a pour nom « projet ». Maître mot s'il en est dans le champ du social et médico-social, valeur refuge pour les uns, cache-misère pour les autres, tout part de lui, tout revient à lui. Qu'il soit élaboré et construit par des groupes de travail, ou livré clés en main, il est à la source du meilleur et l'alibi du pire. Le meilleur : car l'élaboration d'un projet ouvre un espace d'échange de réflexion de débat où la circulation de la parole et des idées vont se trouver au coeur de sa construction.

Le pire : car la réponse à l'injonction de travailler à partir d'un projet conduit certaines associations à se laisser séduire par des prestataires leur garantissant l'écriture d'un projet dans un temps record et offrant toutes les garanties de conformité aux textes réglementaires.

C'est cette propension à privilégier une position oblitérant les effets de la parole qui conduit les travailleurs sociaux à entrer en résistance dès qu'on leur parle d'intervenants extérieurs, ce qui entraîne une phase d'observation, plus longue que par le passé. Cette situation est souvent mal vécue par le commanditaire qui y voit un piétinement peu productif, et souhaiterait que l'interven-

nant n'ait « pas peur » d'imposer un timing et avec lui un projet type.

Mais lorsqu'on arrive à dépasser cette situation complexe tant au niveau du commanditaire que des salariés, on peut commencer à travailler.

La mobilisation de l'équipe, se fait autour de l'idée qu'il est possible de pratiquer un diagnostic du système institutionnel. Cette réflexion prend en compte l'organisation en lien avec le projet dans toutes ses composantes formelles et informelles. Les connaissances ainsi produites par les acteurs vont ouvrir la possibilité d'une lecture décentrée du fonctionnement grâce à la restitution qui en est faite. C'est cette restitution qui permet de faire partager et valider par les participants l'émergence d'une autre manière d'envisager « l'amélioration de la qualité des prestations... ».

Chacun a façonné ses relations de travail, son rapport à l'institution, à son métier, à l'usager, à travers une expérience singulière qui est porteuse d'identité professionnelle et personnelle. On peut dire que les représentations sociales génèrent un sens commun qui va servir à interpréter les situations de travail en fonction de son appartenance à un groupe social. Ainsi, chacun a le sentiment d'être dans le vrai, d'être dans une sorte d'évidence partagée et redoute la mise en débat de ses façons de faire, de penser l'action, car elle l'affecte directement dans sa dimension sociale et dans sa dimension inconsciente. La remise en cause des pratiques professionnelles touche directement les personnes. Interroger les pratiques, c'est interroger le sujet dans son rapport aux actes qui le constituent, c'est pourquoi une démarche purement évaluative peut prendre la tournure d'une mise en exergue des manquements, des erreurs, des fautes supposées au regard d'un modèle « préfabriqué » et au nom d'une idéologie de la transparence.

Ce qui est recherché dans l'intervention telle que nous la pratiquons, c'est la compréhension par tous les acteurs du mode de fonctionnement institutionnel, c'est l'idée que la production de connaissance sur le système dans lequel l'acteur

intervient et la reconnaissance du sujet peut emmener une dynamique d'évolution au bénéfice des salariés et des usagers.

Cette posture s'appuie à la fois sur la sociologie de l'entreprise telle qu'elle a été initiée par R. Sainsaulieu et sur l'hypothèse d'un sujet divisé tel que la psychanalyse freudienne nous l'a enseigné. Ce travail ne peut se faire qu'en ouvrant un espace de parole à tous les acteurs quelle que soit leur position hiérarchique.

Dans une société en pleine mutation, où la question sociale se « métamorphose » (1), le changement s'impose dans la conduite des actions socio-éducatives. Ce changement appelle un remaniement des représentations sociales et subjectives de chacun et c'est l'intervention d'un tiers qui pourra faciliter ce remaniement. Cette facilitation se fait à partir d'un point obscur, qu'on pourrait appeler « confiance », car placer sa confiance revient à abandonner un instant son pouvoir, ses certitudes, ses doutes, pour s'en remettre à la compétence d'un autre, à celle de l'intervenant. Ce moment de vulnérabilité, de déséquilibre passager, est l'un des leviers qui peuvent faire évoluer les représentations. C'est dans l'espace ainsi créé que l'on pourra définir de nouvelles modalités d'action tenant compte à la fois de la réalité institutionnelle et de la réalité psychique de chacun des acteurs du système.

Ce n'est pas en niant la subjectivité, et l'intersubjectivité au nom du pragmatisme et de l'efficacité, qu'on augmentera la qualité et que l'on donnera une place prépondérante à l'usager. C'est au contraire en prenant le temps de la parole, de l'échange, de la réflexion que l'on pourra donner sens à l'action. C'est à partir d'un socle de principes, de valeurs, auxquels chacun pourra adhérer que quelque chose d'une identité collective pourra naître. C'est à cette occasion que pourront s'opérer des déplacements sur la perception du fonctionnement et que chacun, de sa place, pourra y laisser une empreinte qui consacrera les avancées d'un moment de l'histoire collective.

Le travail de l'intervenant recèle un caractère profondément politique, il a une responsabilité sociale, il est engagé, il ne peut se tenir cantonné dans une « citadelle de l'extériorité » (2), pour autant ce travail exige une absence de parti pris et de jugement, une écoute ouverte aux discours les plus diversifiées afin d'assurer à l'acteur/sujet un espace où il peut parler sans risque. De ce temps de la parole libérée, l'intervenant devra faire bon usage et résister avec force et conviction à toutes les pressions qui le conduiraient à instrumentaliser le diagnostic, à profiter de sa place et de l'ascendant qu'elle confère pour asseoir une légitimité de pacotille.

L'autonomie critique de l'intervenant implique qu'il ait une position claire vis-à-vis du commanditaire, qu'il définisse les champs théoriques qu'il mobilisera, les méthodes et techniques qui seront les siennes.

L'étendue de son engagement repose aussi sur son indépendance financière : à tout moment, l'intervenant doit pouvoir mettre un terme à une action si la commande dérape vers de l'inacceptable sur le plan de l'éthique. L'autre élément d'indépendance concerne son besoin de reconnaissance, l'intervenant doit pouvoir chercher ailleurs que dans sa seule intervention la possibilité d'étayer son image professionnelle, il doit pouvoir travailler avec d'autres, compter sur un groupe de pairs pour réfléchir à sa pratique.

Il doit aussi pouvoir recourir, chaque fois que nécessaire, à la supervision, car sa relation au terrain est continuellement mise à l'épreuve, il est confronté à une forme d'interdépendance avec le groupe alors même qu'il y a une impossible solidarité de cause entre les acteurs et lui.

Ses connaissances sont mises à l'épreuve d'une demande mal assurée, ambiguë, parfois ambivalente, et il ne peut se soutenir d'un modèle d'intervention, car aucune intervention n'est linéaire, prévisible et objectivable, elle nécessite toujours des ajustements pratiques et des réévaluations théoriques. L'intervenant doit assumer les contraintes relationnelles qui jalonnent son intervention et





trouver la position la plus juste, en tension entre deux nécessités : distanciation et engagement.

Face à une société en constante évolution et à des conditions d'existence qui se dégradent, les associations du secteur social et médico-social sont amenées à transformer leur mode de fonctionnement soit par simple adaptation à l'environnement, soit en apportant des réponses nouvelles à des situations inédites. Si le changement s'avère vital, il ne peut pas s'effectuer à n'importe quel prix, il s'agit d'éviter un certain nombre d'écueils, nous en citerons trois parmi les plus couramment rencontrés :

- le passage en force, si changements il doit y avoir, il ne peut s'appuyer que sur le sens que l'acteur/sujet donne à son action, le changement ne sera reconnu légitime, que s'il fait sens.
- l'instrumentalisation de l'association par les pouvoirs publics, qui n'est plus alors qu'une courroie de transmission incapable de rassembler sur des valeurs et des principes.

– la rigidification interne liée aux craintes qu'inspire un environnement en transformation rapide. Dans tous ces cas de figure, on observe un déficit de régulation au niveau organisationnel, une perte de sens, un désinvestissement de la chose institutionnelle, une quête identitaire, un besoin de reconnaissance, ces dysfonctionnements plombent la réflexion et par ricochet l'action socio-éducative.

C'est pourquoi nous pouvons dire qu'un des rôles essentiels pour un intervenant est, quoi qu'il en coûte, de maintenir ouverte la question des finalités de l'acte éducatif et social : c'est cette interrogation qui permet d'avoir l'autonomie de penser et la liberté de parole indispensable aux métiers fondés sur la relation à autrui.

1. En référence à Robert Castel, *Les métamorphoses de la question sociale*, Editions Fayard 1995.

2. Norbert Alter, *La gestion du désordre*, Paris, L'Harmattan, 1991.

Mon facteur revendique le temps de la parole

Pratiques : Le temps de la parole dans le rôle du facteur, c'est aussi important que la distribution du courrier ?

Pascal : Il y a un besoin de parole. Je suis entré à La Poste à vingt-deux ans, curieux, dynamique et bavard de nature. J'étais choqué par le manque de relations, les gens habitaient le même immeuble et ne connaissaient pas leurs voisins. J'ai été élevé dans une grande cité, avec dix-sept nationalités, j'ai adhéré à des associations, j'ai voyagé en France, cela m'a appris à connaître les différences, à être curieux pour comprendre les choses. Parler pour moi est une volonté, c'est le moyen d'apporter un ballon d'oxygène à une vieille dame qui ne parle pas beaucoup, je lui parle de la carte qu'elle reçoit de sa nièce, de la santé de son chien : une parole à chaque personne pour lui montrer qu'elle est unique, je sais que les gens ont besoin de ça. J'ai appris à écouter aussi. Être facteur, c'est à la fois écouter et parler. Il faut être disposé à écouter beaucoup. Quand les personnes parlent de leur vie personnelle, montrent leurs cicatrices, s'ils le confient à moi, qu'ils voient cinq minutes par jour, c'est qu'ils ne peuvent pas le confier à d'autres personnes. Avec ceux que je connais depuis longtemps, je parle facilement, s'ils ont des problèmes je leur dis de m'en parler, je ne pourrai pas les résoudre, mais je ferai ce que je peux. Avec les nouveaux, je me méfie un peu. J'écoute les choses nouvelles, comme les gens qui ont un métier que je ne

connaissais pas. Olivier parle du rugby, le petit jeune de sa moto, Valérie de ses enfants. Les gens apprécient le facteur s'il parle avec eux. Moi j'aime parler de culture, de choses générales intéressantes. Ce n'est pas toujours le cas : « Il pleut aujourd'hui » alors que je dégouline de flotte avec le courrier dans les mains : « Je ne travaille pas à la météo, je travaille à La Poste ». Avec le temps, on devient plus sélectif. Il y aussi le revers de la médaille : il ne faut pas trop parler. J'ai une oreille mais aussi besoin de parler, si cela rebondit sur une histoire à moi, je parle aussi. Mais les propos peuvent être déformés, un quartier c'est comme un village, tout se sait. A vingt ans, je disais tout ce que je pensais, je fais plus attention maintenant.

Il existe un secret professionnel chez les facteurs ?

Bien sûr, il faut faire attention quand on discute avec les gens et qu'on parle beaucoup. Il ne faut pas donner de noms, par exemple. Nous sommes tenus au secret professionnel, mais cela a changé : ceux qui entraient à La Poste sur concours prêtaient serment au tribunal, les nouveaux qui sont embauchés sous contrat prêtent serment devant le receveur, ce qui n'a aucune valeur juridique. Les gens sont curieux, ils aiment savoir qui a fait quoi. C'est délicat quand tout le monde te parle. Une femme avait son fils en prison aux Antilles, une autre servait de boîte à lettres à un de ses fils qui était tombé à cause de la drogue et avait perdu

*Entretien avec
Pascal X.*

Facteur



son appartement. On me le raconte à moi, qui n'ai pas de pouvoir de décision, mais on me fait confiance. Ils ne peuvent pas parler au voisin, ni à la gardienne, ni à la famille, ils ont besoin de parler à quelqu'un qui est hors de la famille et à qui ils font confiance. Parfois c'est dur si l'on n'est pas soi-même bien dans sa tête, je fais « le psy » et je n'ai personne sur qui me déverser, je ne peux pas le faire sur ma tournée. Le secret, c'est dans les deux sens. Cela fait cinq ans que je chante dans une chorale et peu de temps que j'en parle. Quand je me suis séparé de ma copine, certains me disaient « Cela n'a pas l'air d'aller ? » Je savais qui voulait m'écouter pour m'aider et qui voulait savoir pour le raconter. Le secret professionnel, c'est n'être qu'une oreille, il ne faut pas donner de jugement ou d'appréciation personnelle. Donner son avis peut être mal perçu. Il faut faire attention à ce qu'on entend. Certaines choses, je ne les retiens pas, inconsciemment. On sait trop de choses, on en vient à se protéger, on fait tellement attention qu'on ne parle plus que de banalités. Avec l'expérience, j'ai appris à gérer mon temps de parole, à attendre. Je sens chez certains un besoin de parler, j'écoute puis : « Si je peux me permettre de donner un avis... »

Avec les changements de l'organisation du travail à La Poste, le temps de la parole s'est-il réduit ?

Le rôle social, de discussion avec les gens, n'est pas reconnu à La Poste, sauf si cela a un retentissement financier, vendre des enveloppes, renseigner sur les comptes... Ils ont voulu nous faire faire du commercial, j'ai essayé pour aider les gens, les informer sur les bons produits de La Poste... J'ai été déçu par le peu de reconnaissance de La Poste pour le temps passé... Quant au temps de parole... Le vérificateur accompagnait un collègue dans sa tournée avec un chrono-



mètre, quand mon collègue a dit bonjour à une dame, il a arrêté le chronomètre... La restructuration à La Poste prévoit 1 minute 30 pour une lettre recommandée. Avant, il y avait une largeur de temps ouvert... Maintenant, à la campagne, ils ont une note qui interdit au facteur de porter le pain ou les médicaments. Depuis que La Poste est devenue un Etablissement Public d'Intérêt Commun au lieu d'une administration, le seul critère est la rentabilité. On essaie de nous culpabiliser : si tu rentres tard, c'est que tu parles sur ta tournée. Certains font en vingt-neuf heures le travail pour lequel on est payé trente-cinq heures. Je dis aux jeunes : « Prenez votre temps, préservez votre emploi, allez à la rencontre des gens, rendez des services. Vous avez tout à gagner sur le plan relationnel, vous serez surpris, il y a des gens qui auront des attentions pour vous. » Je reçois des cartes postales, les gâteaux du ramadan, un coucou au marché... ceux qui déménagent envoient un mot, d'autres remarquent quand je ne suis pas là. Tu fais partie de la vie du quartier, tu as réussi quelque chose quand tu as institué une relation.

Propos recueillis par Martine Lalande

Ça fait du bien d'en parler

Je suis animatrice d'un réseau d'échanges réciproques de savoirs dans un bistrot associatif qui s'appelle l'Ecume du Jour à Beauvais (60). J'ai d'abord initié une action autour de la santé et depuis trois ans et demi, je me suis formée dans l'animation de groupes de paroles de jeunes.

Les effets de bande, le sentiment de mal-être, le sentiment d'injustice suite à des humiliations

Lorsque je suis arrivée à l'Ecume du Jour, j'avais vingt ans, je n'avais pas forcément conscience de la place que j'avais à prendre en tant que femme. Dominique Perret, une femme qui a vécu les combats pour l'avortement et la contraception, et des femmes se posant des questions du sens de leur vie, ont initié ce lieu dans lequel la parole des femmes est respectée et écoutée, et l'égalité des chances hommes/femmes questionnée.

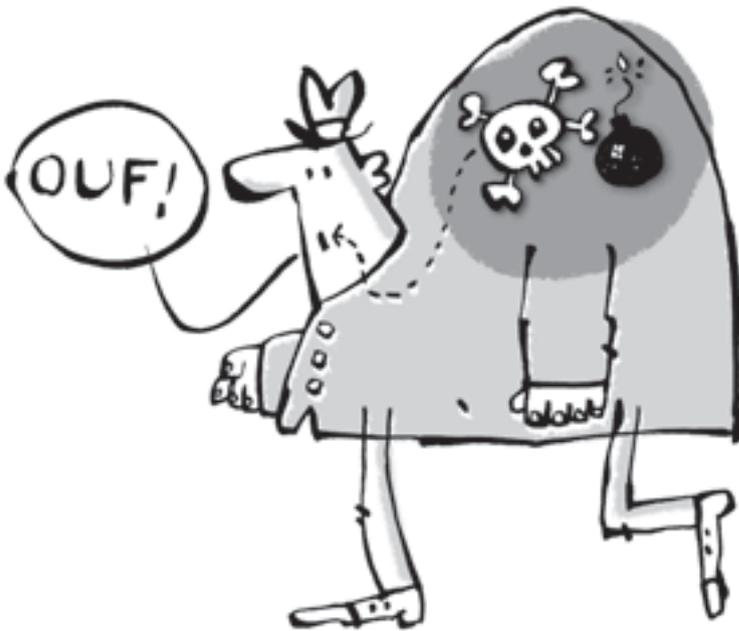
J'ai aussi développé un autre regard sur le féminisme et démasqué mes a priori. Aujourd'hui, cette conscience nourrit à la fois mon comportement et le sens que je donne à mes actions. Devant les violences dont sont victimes les filles (des quartiers notamment), l'isolement des jeunes du milieu rural, nous avons décidé de donner à des jeunes la possibilité de parler, dans un cadre différent : un bistrot associatif, un espace où la parole peut se libérer, dans l'anonymat, la convivialité, la confidentialité, et le respect pour qu'ensuite, le cas échéant, les professionnels de la santé puissent venir jusqu'à eux et répondre à leurs interrogations.

Droits, respect, responsabilité

Ces groupes de paroles s'appuient sur l'échange, l'accès à la connaissance, pour mieux comprendre, apprendre à connaître et à nommer ses émotions. Apprendre à vivre avec les autres n'est pas inné. Être responsable de soi-même et de sa relation aux autres, c'est savoir ce qu'est un engagement vis-à-vis des autres, c'est apprendre à devenir responsable de son corps, de celui des autres et tout ça dans un projet de

Prisca Baldet

Animatrice socioculturelle



amènent les jeunes à avoir des comportements que les adultes ne comprennent pas. Les conduites à risques n'arrivent jamais par hasard.

Pour des jeunes, il est difficile de trouver des espaces de parole collective ou individuelle en dehors des psys, des murs de l'hôpital ou de l'école, autour des questions qui les préoccupent sur leurs émotions et leur sexualité.

Ecume du Jour
5 rue du Faubourg St Jacques
60000 Beauvais
Tél. : 03 44 02 07 37
ecumedujour60@yahoo.fr
<http://ecumedujour.free.fr>



vie. Il est à mes yeux primordial que ces jeunes mettent des mots sur leurs droits et sur le respect qui leur est dû, puissent développer le jugement, l'esprit critique et le sens des responsabilités.

Comment ça marche ?

Les jeunes qui viennent au groupe de parole choisissent les thèmes qu'ils veulent aborder. Les questions qui émergent lors d'une séance peuvent faire l'objet du contenu de la prochaine. Je propose des outils d'animation adaptés à leur âge, favorisant des temps de parole équitables, et la conscience de la parole de l'autre. Un temps est nécessaire pour instaurer un climat de confiance pour libérer une parole où règne le respect de l'intimité et de la pudeur de chacun. Ces rencontres sont pour les intervenants une possibilité de sensibiliser ces jeunes dans un cadre différent, plus décontracté que celui de l'école, des C.M.S. ou de l'hôpital. Elles ont pour objectif d'apprendre aux jeunes à consulter ces professionnels sur leur lieu de travail selon leurs problématiques spécifiques. Elles favorisent aussi l'identification des freins qui empêchent ces jeunes de se rendre sur des lieux ressource auxquels elles s'adressent souvent quand il est trop tard (grossesse non désirée, consommation de produits illicites, tentatives de suicides...).

Une conseillère conjugale, une infirmière, une sage femme, une psychologue ont déjà rencontré les jeunes autour des thèmes des sentiments

amoureux, du couple, du plaisir, de l'hygiène, de la puberté, du désir d'enfant...

Les autres thèmes que nous avons abordés : mon corps et moi, mes vêtements et mon identité, c'est quoi être amoureux, le mal-être, j'ai envie de boire et de fumer des joints, la contraception : pourquoi c'est compliqué, le sida, la sexualité, comment prendre soin de soi, les relations et les différences entre les garçons et les filles, les relations avec les parentes, la fratrie, l'homosexualité, le respect, les atteintes à l'intégrité, les violences verbales et physiques...

Grâce à l'Ecume du jour, j'ai pu me former avec le Comité Régional d'Education pour la Santé, l'I.N.P.E.S. et la D.R.A.S.S., à l'animation de ces rencontres avec les jeunes, et aux différents outils.

Je reste persuadée, vu l'assiduité, la qualité des contenus des rencontres, les émotions qui les habitent, que c'est avec des actions comme celles-là que les ados d'aujourd'hui, futurs adultes de demain, auront plus de capacités à s'épanouir, à se connaître et à construire leur vie.

Les groupes sont constitués avec des complices comme la roue enfantine (une association qui aborde la parentalité), l'IFEP (des éducateurs de rue), la PJJ (le centre d'éducation fermé) et le service jeunesse de la ville.

Le projet est soutenu par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociale et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie.

Résumé : Dans l'autisme, comme ailleurs, face à l'inertie de l'institution médicale, c'est la parole des associations d'usagers qui diffuse, fait avancer la recherche scientifique et œuvre pour une meilleure prise de charge.

L'autisme et la parole des familles

Pratiques : Différentes conceptions de l'autisme s'affrontent aujourd'hui. Comment se situent les associations ?

Catherine Stranieri : Nous avons en France trente ans de retard à la fois sur la compréhension de la maladie et sur sa prise en charge. Ailleurs, dans les pays du Nord, en Angleterre, aux Etats-Unis, la recherche a énormément avancé. On a appris qu'il s'agit d'un handicap neurologique qui affecte la capacité de communiquer et de décoder le monde extérieur. Ces troubles sont plus ou moins importants, dans un continuum entre l'autisme sévère non verbal au syndrome d'Asperger, ou autisme de haut niveau. De nombreux arguments font évoquer des troubles liés à des prédispositions génétiques. Là-bas, des structures, des aides adaptées sont mises à la disposition des enfants et de leurs familles. Et les résultats sont là, les enfants peuvent progresser.

Par contre, en France, la situation est dramatique, la causalité psychanalytique a longtemps prévalu. La seule réponse de l'institution a été de culpabiliser les mères, de leur conseiller de se mettre sur un divan et de patienter. Les parents qui ont un enfant qui souffre d'autisme vivent un cauchemar, un parcours du combattant à ne trouver personne pour aider leur enfant et en plus à se retrouver trop souvent accusés d'être responsables des difficultés de leur enfant. Et pendant ce temps, l'état de leur enfant continuait de s'aggraver. Nous sommes un certain nombre de

parents à avoir dû comme moi passer des nuits à chercher sur Internet, sur Medline, des informations sur la maladie et ses traitements. Il nous a fallu deux ans avant d'enfin rencontrer d'autres familles qui s'étaient regroupées. Nous avons pu rencontrer une psychologue spécialisée dans l'autisme qui a su, en quelques heures, nous donner des conseils pratiques sur lesquels nous avons pu travailler pendant six mois, qui ont changé la vie de notre fils. Par exemple, utiliser des images, des pictogrammes pour communiquer. Quand les familles peuvent se regrouper, partager leurs savoirs, au sein d'associations, elles peuvent mettre en place des aides adaptées. En France, on est dans un manque cruel de services aux familles, beaucoup de familles doivent se résigner à envoyer leur enfant en Belgique ou déménager au Québec, pour que leur enfant soit suivi par une équipe qui sache offrir les outils pertinents.

Aujourd'hui, il me semble qu'un médecin qui veut s'informer sur l'autisme et ses différentes formes doit se tourner vers les associations de familles. Que font les associations ?

Elles se donnent plusieurs missions. D'abord mettre à disposition les connaissances scientifiques acquises dans les pays étrangers. Aujourd'hui, en France, encore trop peu de médecins et de psychiatres sont au fait des dernières avancées de la recherche. Ensuite, offrir un soutien aux familles qui sont souvent épuisées et désemparées. Par exemple, via les forums de discussion sur Internet

*Entretien avec
Catherine
Stranieri*

*Mère d'un enfant avec
autisme et co-fondatrice
de la Fondation Autisme Agir
et Vaincre*



qui assurent à la fois des conseils pratiques et un réseau d'entraide et d'écoute chaleureuse, ou par l'organisation de cafés-rencontres. Les associations aident les familles à connaître leurs droits, les soins médicaux en affection de longue durée, l'allocation d'éducation spécialisée, la prise en charge en invalidité à 80 %. Elles agissent pour mobiliser la société pour que concrètement on puisse favoriser l'intégration scolaire de ces enfants, développer la présence d'une aide individuelle en classe auprès des enfants par une auxiliaire de vie scolaire (AVS), faire que des éducateurs soient formés aux nouvelles méthodes de traitement, en particulier celles issues des sciences appliquées du comportement. Enfin, créer une banque génétique à la disposition de l'ensemble de la communauté scientifique.

Quels conseils pratiques proposez-vous aux familles ?

Les enfants avec autisme ont besoin que leur entourage s'adapte à leur mode de pensée, pour leur permettre de mieux progresser. Il est important de décomposer les consignes en plusieurs étapes, par exemple, pour apprendre à s'habiller. De même, anticiper les changements par la mise en place d'un emploi du temps visuel ou écrit est nécessaire pour rassurer l'enfant. Il est aussi très utile de traduire l'environnement en langage visuel par des consignes en images, transitions en photos, démonstration visuelle d'un exercice. Par exemple, mon fils était extrêmement angoissé et hurlait quand nous allions attendre sa grande sœur à la sortie de l'école. Le jour où j'ai pu lui montrer une photo de l'école et de sa sœur, et lui faire comprendre ainsi le sens de ce temps d'attente, il a pu attendre tranquillement à la porte de l'école. Être attentif aux perturbations sensorielles aide l'enfant à progresser, par exemple en veillant à la position de l'enfant en salle de classe pour qu'il soit bien au premier rang sans être dérangé par la vue de tout ce qui se passe dans la classe... Pour les enfants qui ont acquis le langage, il peut être très utile de leur proposer des groupes de socialisation, autour des

jeux de rôle ou de « scénarios sociaux » pour savoir mieux quoi faire en société (« je vais à une fête d'anniversaire »).

Comment voyez la façon dont réagit l'institution médicale ?

Le vécu de beaucoup de familles vis-à-vis de l'institution médicale est très douloureux. Combien pédopsychiatres refusent de prononcer le diagnostic d'autisme et privent ainsi les enfants d'une prise en charge correcte. Combien de services hospitaliers méconnaissent le syndrome d'Asperger, et disent que « l'enfant n'a rien » sous prétexte qu'il parle et est intelligent. La seule explication à ses difficultés serait qu'il est mal « élevé », mal cadré.

Que proposeriez-vous aux familles et aux soignants ?

Je ne peux que encourager les familles à contacter les associations, à s'informer, à aller sur les sites. Mais aussi encourager les médecins, les pédiatres à aller chercher l'information. L'autisme dans ses différentes formes est un trouble très fréquent (une personne sur 166 d'après les dernières études). Chaque soignant a donc dans sa patientèle plusieurs patients qui en sont affectés. Détecter le trouble, c'est offrir à un enfant et à sa famille des moyens d'aller mieux et sortir de la souffrance.

Propos recueillis par Elisabeth Maurel-Arrighi

Informations

– Asperger Aide – 06.83.50.35.74.
 Organisation de cafés-rencontres, groupes de socialisation, information aux familles.
<http://www.aspergeraide.com/>
 – Forum Internet de AutismeActus, et outils sur l'autisme.
<http://www.autismeactus.org/>
 – Outils concrets pour la prise en charge de l'autisme :
<http://autisme.astuces.site.voila.fr/>
 – Autres sites intéressants :
<http://www.autisme.qc.ca/index.html>
<http://www.fondation-autisme.org/>

Bibliographie

Le syndrome d'Asperger et l'autisme de haut niveau,
 Tony Attwood, Ed. Dunod

Résumé: Act Up nous explique comment l'appropriation du langage technique médical est indispensable pour que les personnes séropositives ou malades du sida soient partie prenante dans les décisions thérapeutiques, comment la parole et l'expertise individuelles deviennent collectives et se confrontent à celles des scientifiques.

De la parole individuelle à la parole collective

Pratiques : A-t-il fallu pour Act Up s'approprier le langage technique et spécifique du monde médico-scientifique, se faire entendre, était-ce une condition indispensable ?

Act Up : Oui il a fallu s'approprier les termes scientifiques, mais il faut encore le faire systématiquement et les faire circuler. Ce n'est pas uniquement pour être compris du milieu médical, car il y a d'autres moyens de s'exprimer, mais dans la mesure où on pense que chaque malade doit être acteur des décisions thérapeutiques qui le concerne, il est indispensable qu'il comprenne et connaisse les termes utilisés par les médecins afin de se les réapproprier. C'est un des fondamentaux de « l'activisme sida » dès le début des années 80. Cela nous a permis de parler d'égal à égal avec les soignants sur le plan individuel, mais aussi collectivement en tant que groupe de pression.

Habituellement, en médecine générale, nous sommes dans une démarche envers les patients d'explication par des mots ou des schémas compréhensibles, alors que vous vous êtes emparés du discours médical sans attendre que le médecin vous donne des informations.

Tout à fait, ce n'est pas par méfiance envers le milieu médical, même si c'est parfois justifié, mais c'est par esprit critique et la volonté de ne pas dépendre d'une pédagogie, d'une vulgarisation de la part du médecin qui peuvent être suspects de banalisation ou d'influences. Nous

voulons comprendre, être informés à la source, c'est pour cela que nous allons dans les conférences, que nous demandons à recevoir et à suivre les études, les enquêtes, que nous sommes intégrés dans des structures comme l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida. Il y a une partie diffusion qui est très importante également. Par exemple, nous avons mis à disposition un glossaire, diffusé en brochure et sur notre site. Il n'est pas conçu comme un outil de vulgarisation des termes techniques qui d'une certaine manière infantilise les malades, mais il permet aux personnes séropositives ou malades du sida de s'approprier le langage technique qu'ils vont rencontrer en permanence. Il y a également une raison plus historique, plus sociologique, en dehors de cet activisme thérapeutique, à savoir que le sida est une maladie nouvelle. Donc, dès le départ, médecins et malades se sont retrouvés à égalité face à des termes et des réalités jusqu'à inconnus.

Comment avez-vous fait pour vous forger ces outils ?

Dès le départ, l'idée de glossaire existait à Act Up. On le distribuait à nos réunions hebdomadaires aux militants en le complétant et l'actualisant au fur et à mesure. Puis nous avons pensé qu'il fallait le diffuser au-delà du cercle des militants. Nous éditons donc une brochure spéciale tous les deux ans environ avec mise à jour des nouveaux termes. Comme autre outil de diffusion nous avons également notre revue bimestrielle *Protocoles* (1).

Act Up-Paris

Act Up-Paris
BP 287
75525 Paris Cedex 1
Tél. : 01 48 06 13 89
Fax : 01 48 06 16 74
<http://www.actupparis.org>



En l'absence de vulgarisation, comment concevez-vous l'accès à l'information pour qu'elle soit correctement comprise par les personnes ?

C'est vrai que la lecture du glossaire ou de notre revue est exigeante, les lecteurs ne comprennent pas forcément du premier coup. Cette exigence nécessite du temps pour s'approprier certains mots difficiles et complexes.

Quelle est la place de l'oralité dans la circulation de cette information ?

Comme toute association, on se tient à disposition pour les personnes qui nous appellent. Un moment important est celui des Réunions Publiques d'Information (RéPI), tous les deux mois à Paris. Sur un podium se tiennent des scientifiques qui vont parler d'un sujet préalablement défini et dans la salle se trouvent des malades, qui ne sont pas forcément dans une association et des militants. Il y a une circulation de la parole, des mots en trois pôles : scientifique, activiste et individuel. Très souvent, c'est l'occasion de se rendre compte qu'un même terme ne désigne pas forcément la même chose. Cela permet la confrontation de l'expertise scientifique avec celle des malades et des associations. La salle renvoie son expertise aux scientifiques. C'est un moment important en termes de diffusion du savoir. Les témoignages sont extrêmement forts, car faits en direct, à la première personne face à des soignants ou chercheurs n'ayant pas l'habitude de les entendre. Par exemple, en 1999, une étude en France sur les risques d'ostéoporose et ostéonécrose des trithérapies a été lancée grâce aux témoignages individuels des malades lors d'une RéPI et au travail de lobbying d'Act Up.

Est-ce qu'Act Up a le sentiment que les mots ont le même sens, la même signification pour les malades et les soignants ?

Ces RéPI ont permis de revoir la notion de certains termes comme « effets secondaires ». Nous avons repris le discours à la première personne des malades qui, au bout d'un moment, quand les médicaments marchent plutôt bien, quand la charge virale est indétectable, disent que les effets dits secondaires deviennent leur premier problème. Leur

non-reconnaissance par les médecins, surtout au début des trithérapies, entraîne souvent la non-observance du traitement, car les patients n'ont pas été entendus sur les effets insupportables des médicaments. Autour de cette terminologie-là se joue beaucoup de choses de la réalité individuelle des malades.

Pour répondre sur le plan de la relation individuelle, j'ai envie de donner un autre exemple. C'est celui d'une femme sous trithérapie depuis de nombreuses années qui va voir son médecin car elle se sent oppressée, a du mal à respirer. Son médecin lui répond que c'est dû au stress, que c'est typiquement féminin. Quelques temps après, elle fait un accident cardiaque grave pour lequel elle a été hospitalisée. Le problème de la reconnaissance de la douleur par les mots est très important, le malade utilise les mots qui lui semblent décrire sa réalité. Décrire la douleur est une chose difficile. Est-elle aigue, diffuse ? Très souvent, les personnes qui souffrent ne peuvent qu'exprimer qu'ils ont mal. Pour ça, il y a un fossé entre soignants et malades que justement les RéPI ou nos revues tentent de combler.

D'autre part, on peut dire que certains mots n'ont aucun sens pour les médecins ou ne rentrent pas dans leur champ, soit pas manque de temps ou parce qu'ils ne veulent pas être des interlocuteurs. Par exemple, dans le domaine de la prévention ou de la sexualité, quand un soignant est en face d'une personne séropositive, il devrait considérer cette personne comme actrice de la prévention en tant que telle, chose qui ne se fait presque jamais. Il faudrait alors un dispositif dans les structures de soins qui permette d'aborder ces problèmes. C'est une histoire de moyens, de temps et de culture médicale également.

Les centres d'appel et d'écoutes téléphoniques anonymes ont-ils été des structures importantes pour vous ?

Oui, le fait que cette pathologie associée à la mort, à des tabous, à beaucoup de discriminations, ait des lieux de parole et d'écoute anonymes comme les centres d'appel est très impor-

tant. C'est indispensable, pour preuve, Sida info Service a démultiplié ses lignes téléphoniques. Il y a maintenant des lignes spécifiques pour la discrimination, pour la sexualité des jeunes, pour les hépatites, pour les droits des malades hospitalisés... Cela montre bien que les lieux de soins ne répondent pas à ces besoins-là.

Comment Act Up a utilisé la parole comme une « arme », est-ce par elle qu'ils ont pu se faire entendre ?

Oui, c'est par la puissance, la force des mots et l'expertise des acteurs que nous nous sommes fait entendre. Un des premiers slogans d'Act Up est « Sida = mort », le contraire de silence c'est le bruit, donc dès que l'occasion se présente, nous nous faisons entendre par une prise de parole. Dire que nous sommes atteints d'une maladie mortelle ne nous sauvera peut-être pas, mais peut améliorer la situation et en nous taisant, c'est sûr qu'elle ne s'améliorera pas. Ce n'est pas tant les mots eux-mêmes qui sont importants, mais le fait de prendre la parole, de rompre le silence quand des choses ne vont pas. La prise de parole maintenant va un peu plus de soi, mais cela n'empêche pas qu'il faille lutter pour la prendre, la garder et surtout quand on ne nous la donne pas !

Comment travaillez-vous, élaboriez-vous l'usage de la parole collective ?

C'est le problème de l'élaboration d'un « nous » collectif même si nous sommes issus d'une communauté homosexuelle très diversifiée. Un des moments importants de cette élaboration collective est la Réunion Hebdomadaire d'Act Up-Paris (RH) ouverte à tous. C'est un lieu de débat et de décision, c'est aussi un lieu de témoignage individuel qui peut prendre valeur universelle. La parole de chacun passe par le crible du groupe et se transforme en parole collective. Par exemple, en début d'année, des étrangers sans

papers séropositifs ou malades du sida sont venus témoigner à plusieurs reprises. Act Up a depuis longtemps un discours sur ce problème, mais qui n'a jamais été tenu ni assumé par les personnes directement concernées et là, après plusieurs discussions lors des RH, avec ces personnes sur leur situation, sur les dysfonctionnements de telle préfecture, de l'AME..., une dynamique au sein du groupe a été lancée. Le fait d'être là, d'en parler directement a concrétisé énormément les choses et a permis à ces personnes elles-mêmes de rejoindre la commission spécifique à l'intérieur d'Act Up-Paris et de travailler sur les dossiers suivis par les autres militants français séronégatifs ou pas. Et suite à ça, Act Up s'est approprié lors de manifestations avec des collectifs de sans-papiers, ce « nous » en pleine connaissance de cause, c'est devenu un « nous » collectif. Les RH sont des lieux de discussion stratégiques et pas seulement un lieu de parole individuelle. Si l'ensemble du groupe n'est pas convaincu de la pertinence de telle ou telle stratégie, cela ne sert à rien de la mettre en place parce qu'on n'aura pas le groupe derrière.

Que ce lieu d'expression orale soit le moteur de l'action collective, est particulièrement convainquant. Cela manque cruellement dans les autres espaces de soins ou de santé.

C'est un forum véritable qui rythme la vie d'Act Up. On ne peut pas concevoir Act Up sans cela. (2)

*Propos recueillis par
Patrice Muller et Dominique Tavé*

1. *Protocoles*, la revue d'information thérapeutique d'Act Up-Paris, disponible tous les deux mois, sur abonnement, dans les services hospitaliers et les associations
2. Les réunions hebdomadaires d'Act Up-Paris ont lieu les mardis soir à 19 heures à l'école des Beaux-arts de Paris, amphithéâtre des Loges, 14 rue Bonaparte, 75006 Paris, Métro Saint-Germain-des-Près





E D I T O

Nos pires cauchemars et nos meilleurs vœux

Nos pires cauchemars se sont réalisés

2003, à la lecture du rapport Chadelat : nous dénonçons « Ils vont tuer la Sécu : des réformes assassines, un tapis rouge pour les assurances complémentaires, une riposte à organiser ».

2004, nous luttons contre le projet de réforme de l'Assurance maladie issu du rapport Chadelat : « Une nouvelle gouvernance au service des assureurs privés ».

2005, en janvier nous manifestons contre : « La nouvelle convention médicale qui permet la mise en œuvre de la réforme, bafoue la médecine générale et aggrave les inégalités d'accès aux soins » ; en août nous participions à un appel : « Sans papiers : non à l'exclusion des soins » ; en octobre nous soutenions les personnels hospitaliers mobilisés contre le démantèlement du système de soins public.

Nous sommes atterrés de voir nos pires cauchemars se réaliser en matière de baisse de la protection sociale, fatigués des conditions dans lesquels nous accomplissons notre travail de soignants, révoltés face à l'aggravation des inégalités d'accès aux soins et de santé qui participent à l'exclusion sociale mise au grand jour par la « flambée » des banlieues.

Et si en 2006 nos vœux devenaient réalité ?

Nous revendiquons le droit de pouvoir changer notre exercice professionnel, nos modes de rémunérations, pour adapter nos pratiques aux réalités que nous rencontrons, pour pouvoir pratiquer l'écoute, travailler en coordination et essayer de passer du soin à la santé.

Nos pires cauchemars sont les rêves de ceux qui refusent toute modification de nos conditions d'exercice de soignants, de ceux qui organisent la mort lente de l'Assurance maladie solidaire et de l'hôpital public.

Nos meilleurs vœux sont partagés par de nombreux soignants et citoyens. A nous, de nous unir pour que ces rêves deviennent réalité.

Après dix mois de réforme !

Communiqué de presse du 12 octobre 2005

Il y a dix mois, le gouvernement nous annonçait un vaste plan pour sauver la Sécu !

A l'époque, nous disions que cette réforme n'avait pas pour but d'améliorer le système de soins, mais de baisser les remboursements par l'Assurance maladie, de permettre le développement des assurances complémentaires privées et de satisfaire les revendications de revenus de certaines catégories de professionnels, principalement les spécialistes, en leur permettant des dépassements d'honoraires.

Cette réforme culpabilise les assurés au lieu de poser la question des déterminants de santé et d'agir sur les conditions de vie, travail, environnement, nuisibles à la santé.

Elle développe le marchandage tarifaire avec les professionnels au lieu de prendre pour principe que l'accès aux soins est une priorité de service public et d'instaurer un véritable débat sur les modalités d'exercice, le niveau et le mode de rémunération des professionnels.

Le Syndicat de la Médecine Générale (SMG) s'inquiète des difficultés d'accès aux soins que nous constatons déjà dans notre exercice quotidien et que la nouvelle réforme aggrave.

- Le SMG exige la possibilité de pratiquer le tiers payant et la dispense d'avance de frais. Nous savons que le tiers payant est un réel outil d'amélioration de l'accès aux soins.
- Le SMG exige que soient publiées les listes des médecins généralistes et spécialistes en secteur 1 et en secteur 2, et celle des spécialistes secteur 2 ayant intégré le secteur optionnel à tarifs opposables pour une partie de leur activité. On sait que le nombre de spécialistes actuellement en secteur 2 rend l'accès aux spécialistes de plus en plus difficile.
- Le SMG exige que les caisses d'Assurance maladie fassent appliquer par les médecins de secteur 1 les tarifs opposables.
- Le SMG refuse le projet de déremboursement de 18 euros sur les actes de plus de 91 euros jusque-là pris en charge à 100 % pour tous.

Cette réforme du « médecin traitant » ne met en place aucune coordination des soins entre les acteurs de premier recours (infirmières, aides soignantes, généralistes ...). Elle éloigne l'Assurance maladie des principes de solidarité et d'accès aux soins pour tous et l'engage vers une privatisation du système de soins au profit des assurances privées et de l'industrie pharmaceutique. Les auteurs de cette réforme n'échapperont pas à leurs responsabilités et à un bilan critique de leurs promesses non tenues.

Alerte : l'accès aux soins est de plus en plus difficile

Communiqué de presse du 14 novembre 2005

Syndicat
de la Médecine
Générale

Halte à la casse de la protection sociale - Pour un véritable système de santé

Se soigner est pour un grand nombre de citoyens un parcours du combattant aggravé par la loi de Réforme de l'Assurance maladie et les mesures de plus en plus restrictives prises au niveau de l'Aide Médicale Etat (décrets parus cet été) et de la CMU : le Syndicat de la Médecine Générale (SMG) dénonce la nouvelle atteinte à l'accès aux soins contenue dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006 : modification du calcul des ressources (forfait logement) qui aboutirait au rejet d'une partie des nouveaux demandeurs.

Se soigner correctement, si on n'a pas les moyens de se payer une couverture complémentaire, est devenu impossible en raison de la baisse de la prise en charge par l'Assurance maladie :

- Suppression de la prise en charge à 100 % des actes pré et post-opératoires, forfait de 1 euro à la charge des patients, restriction dans l'octroi du droit à la prise en charge à 100 % pour les Affections de longue durée. Hausse des tarifs médicaux : le reste à la charge du patient pour un avis de spécialiste était de 7,5 euros avant la nouvelle convention et de 12 euros depuis.

- Projets pour 2006 de hausse du forfait hospitalier à 15 euros, de mise en place d'un forfait de 18 euros sur les actes techniques lourds, de baisse du taux de remboursement pour les actes hors parcours de soin... Les couvertures complémentaires coûtent de plus en plus cher ; l'aide à l'achat d'une couverture complémentaire, pour les personnes dont les revenus ne dépassent pas 15 % du seuil de la CMU (seuil de CMU : 587 euros), ne couvre qu'une petite partie du coût de la complémentaire : soit 150 à 200 euros pour les moins de 50 ans, alors que le coût moyen de la complémentaire est de 600 euros par an pour une personne.

Se soigner correctement est devenu plus difficile même avec une couverture complémentaire :

- Difficultés de plus en plus grandes d'accès au tiers payant obligeant les patients à avancer l'argent (suppression du médecin référent, restriction de tiers payant par certaines caisses d'Assurance maladie).

- Difficultés à trouver des médecins spécialistes qui ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires.

- Multiplication des dépassements d'honoraires autorisés, « dépassements exceptionnels » qui deviennent la règle, en particulier à Paris même pour les généralistes.

- Manque de moyens du secteur hospitalier public pour répondre aux demandes de consultations et d'hospitalisations en urgences avec renvoi sur le secteur privé.

Cette inégalité d'accès aux soins, s'ajoute aux inégalités de conditions de vie, logement, travail pour aboutir au constat des inégalités sociales de santé. Cette évolution n'est pas inéluctable, seule la mobilisation de tous, soignants et usagers, permettra de stopper la privatisation progressive de notre système de soins.

C'est dans cet esprit et dans la continuité des luttes déjà engagées que le SMG soutient la manifestation du 19 novembre à Paris à l'appel de la Fédération nationale des collectifs de défense et de développement des services publics.

Syndicat
de la Médecine
Générale

La médecine générale au cœur de la révolte des banlieues

Communiqué du 14 novembre 2005

Il reste encore des médecins généralistes qui exercent dans les cités où la révolte gronde

Nous sommes les témoins privilégiés de l'aggravation des conditions de vie qui transforment le quotidien des habitants en une suite d'humiliations, produisant ainsi de la maladie. Nos cabinets médicaux sont les lieux où s'exprime cette souffrance. Nous ne pouvons pas rester passifs, et nous ne pouvons pas nous contenter d'être des professionnels qui se situeraient en dehors de cette souffrance. La politique menée par le gouvernement tend à faire des médecins généralistes des étouffeurs de la révolte, en nous refusant le droit de faire autre chose que de délivrer des médicaments qui soignent l'angoisse et la dépression. Nous revendiquons le droit de pouvoir changer notre exercice professionnel, nos modes de rémunérations, pour adapter nos pratiques aux réalités que nous rencontrons, pour pouvoir pratiquer l'écoute, travailler en coordination et essayer de passer du soin à la santé.

La réforme de l'Assurance maladie par l'aggravation des inégalités d'accès aux soins participe à cette augmentation de l'exclusion sociale. Nous refusons d'être les complices de cette injustice qui oblige les malades à payer de plus en plus pour se soigner. Nous savons que leur situation les oblige à choisir entre manger ou aller chez le médecin. Ceci est inacceptable, c'est aussi ce que nous dit cette explosion de colère.

Nous savons aussi que la révolte des jeunes n'est pas le fait d'une « racaille ». Ces soi-disant voyous s'expriment dans les cabinets médicaux. Nous comprenons que cette violence est avant tout autodestructive. Comme l'usage des drogues, comme toutes les conduites à risques, elle procède de la désespérance de trouver une place dans la société qui est la nôtre. Nous sommes, nous médecins généralistes, bien placés pour expliquer à ces jeunes l'absurdité et la dangerosité de leurs actions, mais nous ne pouvons pas nier la légitimité de leur colère.

Au moment où les choix politiques faits par le gouvernement risquent de faire disparaître la médecine générale et pas seulement dans les quartiers sensibles, il est temps d'affirmer haut et fort que nous ne sortirons pas de la spirale infernale de la violence sans permettre aux médecins généralistes et aux autres acteurs du secteur social et de la santé d'avoir les moyens financiers et organisationnels pour exercer leurs métiers.

Campagne de dépistage du cancer de la prostate : ne mutilons pas l'information !

Communiqué de presse du 18 septembre 2005

Formindep

L'information médicale doit reposer sur des connaissances scientifiques fiables, solides, établies sur un « niveau de preuves » suffisant. Délivrer une information loyale, proposer des dépistages ou des traitements basés sur des connaissances scientifiques prouvées, sont des règles déontologiques fondamentales pour réduire les risques liés à toute intervention médicale, y compris de prévention. Un dépistage, fut-il d'un cancer, n'est pas obligatoirement bénéfique en lui-même. Il peut être inapproprié, conduire à des traitements inutiles ou dangereux, sans améliorer la qualité ou la durée de vie.

Le collectif *Formindep* constate que la campagne actuelle prônant le dépistage individuel systématique du cancer de la prostate chez les hommes à partir de 50 ans, orchestrée par l'Association Française d'urologie (1), ne respecte pas ces principes scientifiques et éthiques.

Ni l'épidémiologie de cette affection, ni son évolution naturelle, ni les outils de dépistage proposés (toucher rectal et dosage sanguin du PSA), ni l'efficacité des traitements sur la mortalité de ce cancer ne permettent de recommander à ce jour son dépistage systématique. Pire : des arguments scientifiques forts et concordants poussent à le déconseiller. En septembre 2004, la Haute Autorité de Santé dans un dossier concernant le dépistage individuel du cancer de la prostate conclut : « *Le bénéfice en termes de réduction de mortalité globale d'un dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage du PSA sérique total n'est pas démontré.* » (2) En 2000, le Comité Consultatif pour la prévention du cancer dans l'Union Européenne déclarait que « le dépistage du cancer de la prostate n'est pas recommandé en tant qu'action de santé. » (3) L'Organisation Mondiale de la Santé en novembre 2004 et les recommandations des autorités sanitaires de plusieurs pays aboutissent aux mêmes conclusions. (4)

En proposant ce dépistage, l'Association Française d'urologie prend donc le risque d'inquiéter inutilement les patients, de culpabiliser inutilement les médecins généralistes, de provoquer inutilement chez nombre de patients des examens médicaux et des traitements médicamenteux, radiothérapeutiques et chirurgicaux aux conséquences parfois invalidantes, voire de gêner l'accès à ces traitements de patients qui en auraient réellement besoin.

Le *Formindep* s'interroge sur les motivations réelles et les conflits d'intérêts d'organismes promouvant des actions de santé publique ne reposant pas sur des bases scientifiques solides. Il appelle les media à prendre leurs responsabilités en exerçant leur esprit critique pour ne pas se faire les relais complaisants de campagnes orientées. Il appelle les professionnels de santé à délivrer aux patients des informations claires, loyales et objectives, afin que ceux-ci puissent décider en toute connaissance de cause ce qui est bon pour leur santé. Il appelle les responsables de l'information et de la formation des professionnels de santé en France, à prendre leurs distances avec des campagnes ou des recommandations n'intégrant pas les données scientifiques actuelles fiables. Il appelle enfin les patients à exiger des professionnels de santé et des media une information médicale fiable et rigoureuse, en particulier sur les risques encourus à l'occasion d'un dépistage et des traitements proposés par la suite.

1. <http://www.urofrance.org/>

2. ANAES- septembre 2004 « Éléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate »

<http://www.anaes.fr/ANAES/anaesparametrage.nsf/Page?ReadForm&Section=/anaes/SiteWeb.nsf/wRubriquesID/AP-EH-3YTFUH?OpenDocument&Default=y&>

3. Advisory Committee on Cancer Prevention. - Recommendations on cancer screening in the European Union, *European journal of cancer*, 2000, 36, 12:1473-1478.

4. http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/prostate/20040518_3?language=French

Formindep

188 rue Daubenton

59100 Roubaix

Tél. : 03 20 27 18 60

Fax : 03 20 26 31 86

courriel :

formindep@formindep.org

<http://formindep.org>

Revue médicale, formation ou manipulation ?

Le Formindep a adressé en octobre une lettre aux membres des Conseils nationaux de la Formation Médicale Continue, concernant la valeur de la lecture de revues médicales dans la formation continue des médecins (FMC) ; il s'agit de respecter les critères scientifiques, d'indépendance et de qualité. Voici des extraits de cette lettre.

[...] En tant que professionnels, vous savez que les publications scientifiques, donc médicales, répondent à des critères précis déterminant leur niveau scientifique et leur qualité.

Examinons d'abord la question des journaux d'actualité professionnelle ou médicale. Ces journaux ont un intérêt informatif concernant l'actualité, mais ne peuvent prétendre à une valeur scientifique, puisque ce n'est pas leur objet et qu'ils n'en maîtrisent donc pas les outils qualitatifs. De plus, en France, ces publications sont contrôlées, financièrement et éditorialement, par des intérêts industriels et commerciaux autres que ceux des patients. Pour les professionnels attachés à l'indépendance et à la qualité de l'information, cette dépendance relativise fortement l'information médicale qui en est issue... Ainsi qu'il est d'ailleurs précisé sur le site du Syndicat National de la Presse Médicale (1), le rôle de cette presse est d'inciter à la prescription de médicaments dans le seul intérêt des firmes, en dehors de tout repère scientifique fiable, avec les risques sanitaires et l'augmentation des coûts de santé qui en résultent nécessairement.

Vous l'avez compris : accorder un semblant de reconnaissance formative à ces publications en leur octroyant la possibilité de valider la FMC serait scandaleux et contribuerait à faire prendre des risques sanitaires graves à la population, en donnant l'illusion aux professionnels qu'ils pourraient se former valablement à partir d'informations scientifiques non vérifiées, partielles, biaisées, voire mensongères. Dans la même logique, des crédits de formation

pourraient alors être attribués à la page santé des magazines de télévision [...]

[...] Puis viennent les publications de portée scientifique que l'on différencie globalement en publications de recherche, de synthèses et de formation. A ces publications correspondent des critères de qualité que vous connaissez, bien définis dans les milieux scientifiques, parmi lesquels on peut citer :

- existence d'un comité de rédaction identifié, dont les conflits d'intérêts sont exposés ou non ;
- existence de groupes de relecture par des professionnels de la spécialité (peer-reviewers, etc.) ;
- présence ou non de publicité ;
- présence ou non d'articles publi-rédactionnels plus ou moins reconnaissables ;
- présence ou non de suppléments de « congrès » et/ou financés par des firmes ;
- identification des sources de financement ;
- mode de diffusion gratuit ou par abonnement ;
- publication des conflits d'intérêts des auteurs ;
- pour les revues de formation, existence ou non d'un test de lecture, dont l'efficacité sur la mémorisation des données a été ou non vérifiée.

Il nous semble donc indispensable, [...] que les critères de validation des publications scientifiques pour la FMC que vous utiliserez soient transparents et accessibles à tous, que le nombre de crédits de formation que vous attribuerez aux revues scientifiques soit proportionnel à la présence ou non de ces critères de qualité, que chaque publication scientifique fasse l'objet d'un examen spécifique pour déterminer le nombre de crédits de FMC qui lui sera attribué et que les comptes-rendus de ces examens soient accessibles à tous [...]

1. <http://www.fnps.fr/snpm/chiffres/chiffres.htm> - lecteur

L'influence de la marque sur la prescription médicale. L'étude effectuée, en novembre 1996 par J.N. Kapferer sur l'influence de la marque dans la prescription médicale, à l'initiative du SNPM, de l'Association des agences conseils en communication santé et de la Fédération nationale de l'information médicale, a montré qu'il existe des relations significatives entre les produits les plus prescrits et le fait de les avoir vus beaucoup cités dans la presse.

Formindep
188 rue Daubenton
59100 Roubaix
Tél. : 03 20 27 18 60
Fax : 03 20 26 31 86
courriel : formindep@formindep.org
<http://formindep.org>

Deux cent vingt et un médicaments sont retirés du marché ou déremboursés. A priori, il n'y a rien là de choquant. Il existe de trop nombreux médicaments, certains ont un effet discutable, parmi eux quelques-uns ont peut être même des effets nocifs.

Jean-Pierre
Lellouche

Médecin pédiatre

De même, quand il y a quelques mois, les autorités sanitaires ont fait une campagne contre l'utilisation excessive et abusive des antibiotiques avec le slogan « Les antibiotiques, c'est pas automatique », elles proposaient une restriction parfaitement justifiée d'un point de vue rationnel et d'un point de vue de santé publique.

Pourtant, je prends cette campagne à propos des antibiotiques et ce coup d'arrêt donné à plusieurs « poudres de perlimpinpin » comme des gifles qui me font d'autant plus de mal que, dans ce domaine, je ne me sens pas en faute, et que surtout je ne ressens pas l'auteur de ces baffes comme autorisé à en distribuer. Lorsqu'un enfant va à la crèche et qu'il est enrhumé, l'institution médicale considère que ce n'est pas un problème de santé digne d'elle.

Passionnée par les transplantations cardiaques et les fécondations in vitro elle, elle ne sait rien des rhumes récidivants et des otites et des toux. Ces problèmes sont donc mal étudiés, mal enseignés, mal pris en charge. En effet, les professeurs, qui ne s'intéressent pas à ces questions, verraient d'un très mauvais œil le fait que des gens moins titrés, moins élevés dans la hiérarchie, mais ayant une pratique de ces questions et s'y intéressant, prennent la parole.

Les firmes pharmaceutiques profitent de l'absence de discours organisé et de savoirs solides pour vendre n'importe quoi. Ils organisent des colloques et conférences à Fort de France ou au Kenya où, entre deux safaris, des professeurs incompetents (dans ce domaine) et sans aucune motivation (dans ce domaine) affirment, sans y croire, des vérités définitives à un auditoire somnolent de médecins honteux de profiter des largesses du laboratoire invitant.

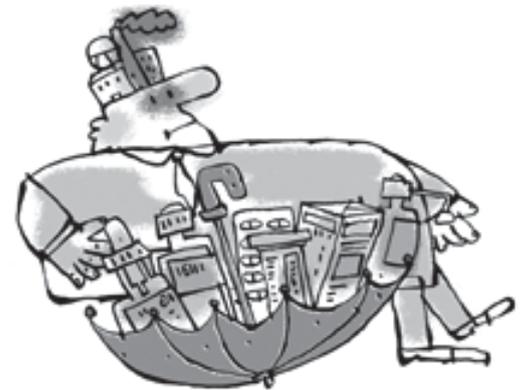
Les pouvoirs publics savent parfaitement que les pratiques fautives des médecins s'inscrivent dans un certain contexte. Plutôt que de s'intéresser au contenu des études, plutôt que de s'intéresser aux conditions dans lesquelles ont lieu les enseignements post universitaires, plutôt que d'aider les médecins à se former et à s'informer, plutôt que de promouvoir une information suffisante de la population, ils prennent des mesures ponctuelles qui n'abordent aucun des problèmes structurels.

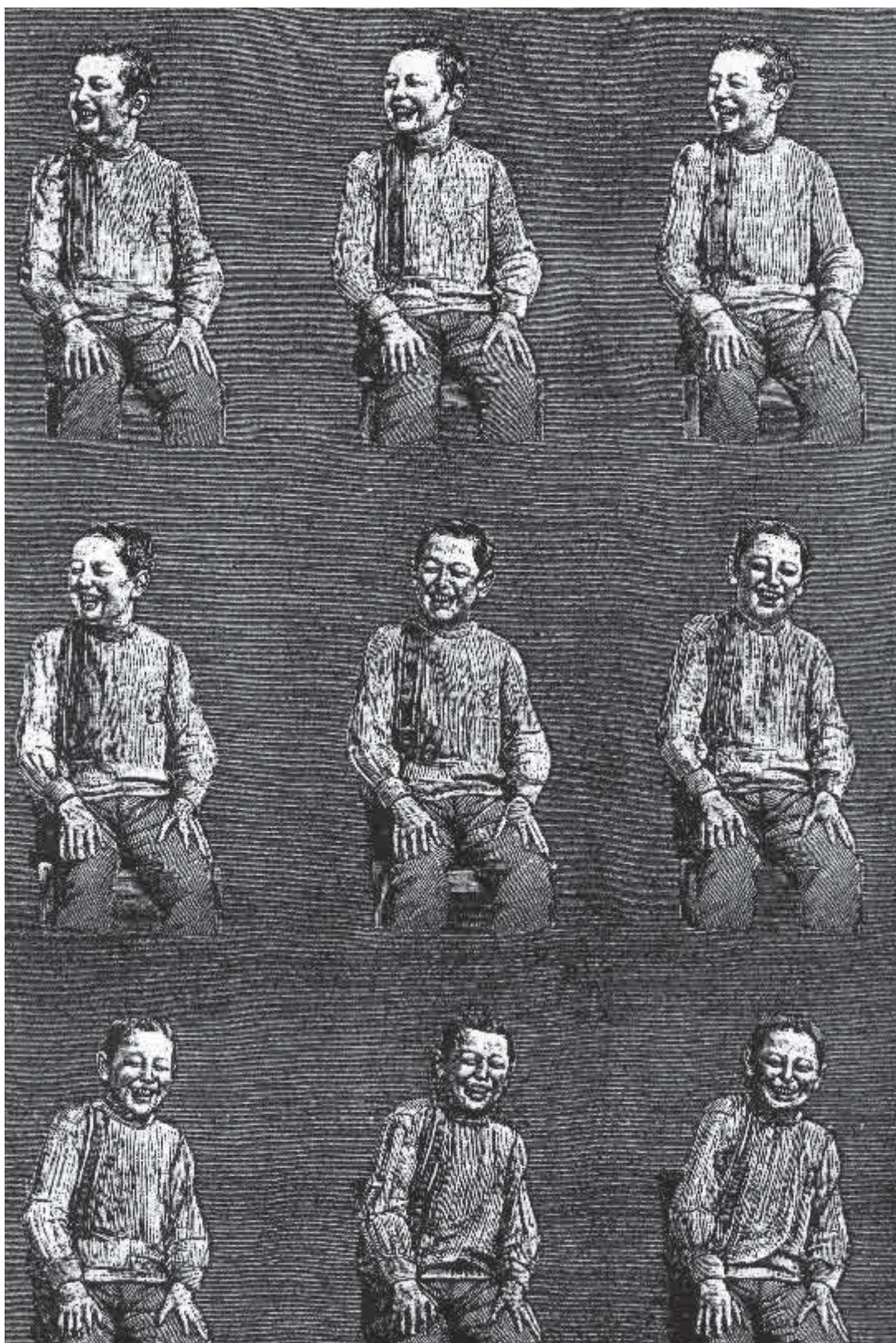
Lorsque le public est informé que les pratiques sont très imparfaites sans qu'on lui donne des éléments susceptibles de lui faire comprendre pourquoi elles sont imparfaites, il a naturellement tendance à penser que les médecins ne sont pas sérieux, les médecins font n'importe quoi.

Une des conditions essentielles de pratiques compétentes serait le développement d'une presse médicale disposant de moyens suffisants pour donner une information de qualité et pour organiser et relayer des débats, et bien évidemment indépendante des firmes.

Le fait qu'en France, les pouvoirs publics n'aient pris aucune initiative pour encourager une presse indépendante ne leur donne aucune légitimité pour nous gifler publiquement.

Médicaments déremboursés





Monique Sicard

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

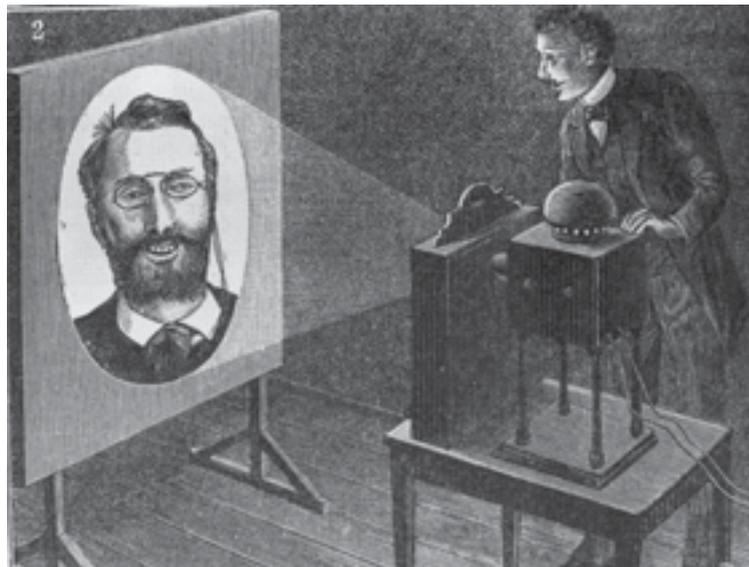
« Je vous rappellerai la surprise que nous éprouvons à la vue d'une personne dont la physionomie nous a été décrite : jamais l'idée que nous nous en faisons ne répond à la sensation que nous donne sa présence. » Georges Demenÿ (1850 – 1917), initiateur des premiers cours de physiologie appliquée à l'éducation physique, fondateur du « Cercle de gymnastique rationnelle » fait ainsi le constat de l'immense difficulté à rendre compte d'une personne.

Mais l'échec, dit-il, vient aussi de la photographie : avec elle, rien n'est gagné d'avance, loin de produire des portraits ressemblants, elle fige. Le bilan du siècle est amer. On avait cru, avec l'avènement du daguerréotype et la portraitomania qui suivit, que rien n'était plus facile à réaliser

que le double photographique d'un visage. C'était une erreur : « Prenez dix photographes, faites leur faire à tous le même portrait reconnaissable à première vue. Dans les huit autres, on hésitera à reconnaître le personnage photographié. (...) Les portraits les plus habiles ne valent pas à ce point de vue un simple coup d'œil jeté sur le personnage lui-même. » Demenÿ a la conscience aiguë de l'emprise du dispositif technique : « On torture son modèle pendant une demi-heure, puis on lui recommande de rester parfaitement immobile et de prendre une expression gaie ! A moins d'être un artiste dramatique consommé, combien de personnes pourraient arriver, dans de telles conditions, à être elles ? »

Comment s'éloigner du portrait pour gagner le visage ? Demenÿ s'engage dans l'auto-expérience : ses visages à lui seront parlants, car la parole seule semble en mesure de garantir une forme de présence. Ils seront muets, certes, mais saisis dans le mouvement. Captés d'image en image, à intervalles réguliers, pendant que leur auteur prononce une phrase, ils dessineront visuellement, la chronophotographie de la parole.

Par la loi de juin 1881, Jules Ferry avait rendu l'école primaire gratuite. Par la loi de mars 1882, il la rend laïque. Parallèlement, la pédagogie témoigne d'un intérêt nouveau porté aux enfants handicapés. Des résultats qui apparaissent extraordinaires, sont obtenus avec des jeunes filles sourdes et muettes : alors qu'elles suivent les mêmes cours que leurs compagnes entendantes, elles ont obtenu le certificat d'étude. Cette réussite tient, disent les promoteurs de la méthode, à la qualité d'un enseignement de type phonominique. Il convient que l'enseignant articule très nettement, de manière à conférer une image au son. Il n'est plus nécessaire d'entendre, mais seule-



ment, de manière à conférer une image au son. Il n'est plus nécessaire d'entendre, mais seule-

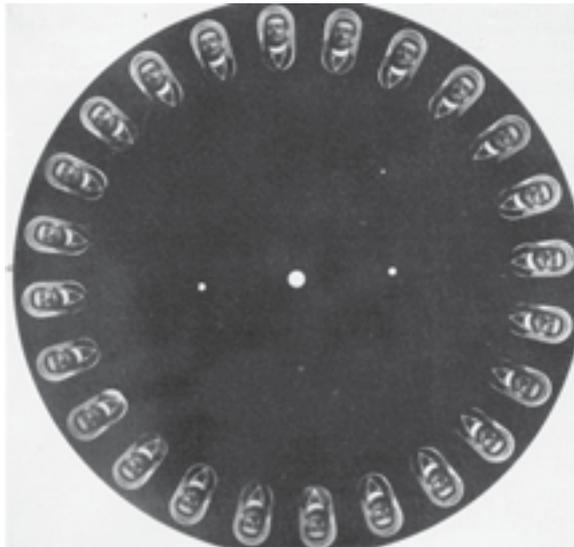
ment, de manière à conférer une image au son. Il n'est plus nécessaire d'entendre, mais seule-

ment, de manière à conférer une image au son. Il n'est plus nécessaire d'entendre, mais seule-

ment d'être visuellement attentif : que les enfants soient sourds ou entendants, ils apprennent à lire de la même manière en observant les lèvres d'un enseignant. Les témoins soulignent, en outre, que les jeunes filles muettes ont recouvert, par ce simple moyen, l'usage de la parole. En cette année 1891, Demeny a l'idée de tester auprès de ces jeunes gens ses portraits photographiques. Monsieur Manichelle, professeur à l'institut des sourds-muets, lui en a, par ailleurs, fait la commande.

Hélas, confrontés à ces bandes dessinées photographiques, les élèves restent incapables de décrypter les paroles prononcées : la saisie photographique, réalisée à intervalles de temps régulier, a laissé échapper des positions de la bouche indispensables à la compréhension.

Demeny songe mettre en mouvement ses images en les faisant se succéder par superposition : les visages seront « animés », dès lors, riches d'une « âme ». Et puisque le petit format se révèle inapte à rendre compte de la position exacte des lèvres et de la langue, on grossira l'image obtenue. La persistance rétinienne du lecteur accomplira le miracle. « On tournait la manivelle, raconte Demeny, et l'œil avait la sensation d'un visage unique, animé de mouvements. On grossissait en regardant à travers une lentille et l'illusion était complète. L'homme remuait les lèvres comme s'il vivait. J'avais inventé la photographie parlante (...). Les élèves de l'Ecole des sourds et muets se mirent à répéter avec l'accent rauque, caractéristique des muets qui parlent, la phrase balbutiée par la photographie. »



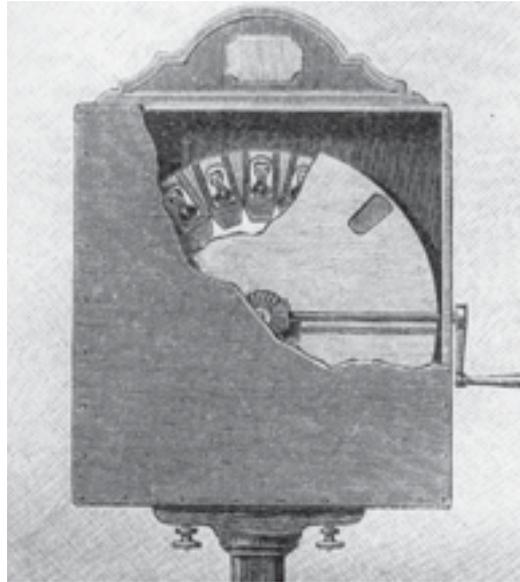
On n'en saura guère plus sur le devenir des enfants. Demeny, lui, perfectionne la qualité des objectifs photographiques, les éclairages. Il use enfin de grands tirages disposant de « toute la netteté désirable ». Il obtient dès lors, de manière très visible, l'image de la langue lorsque la bouche est ouverte. Parallèlement, il opère le déplacement d'un visionnement individuel vers une projection sur écran, collective. Les images projetées de ces visages immenses qui regardent le spectateur droit dans les yeux, suscitent la stupeur. C'est la vie même qui semble d'offrir à tous. Demeny, présent dans la salle, articule sur l'écran des paroles qui deviendront célèbres. Son « Vive la France ! » est publié en première page de l'illustration, en une série de dix-huit images. Elles feront le tour du monde. Son émouvant « Je vous aime ! » s'adressait, lui, vraisemblablement aux enfants : à eux de

comprendre... Etienne Jules Marey, dont Demeny fut longtemps le collaborateur, est bien peu amène lorsqu'il juge les visages « fort laids ». Il est vrai que l'expérience, pour réussir, doit résulter de prises de vue réalisées par une lumière intense, sous un soleil aveuglant. Georges Demeny grimace en fermant les yeux et articule en outre, à l'excès, les mots prononcés. Il faut bien reconnaître que de telles images sont aptes à générer un sentiment de gêne aussi manifeste que les classiques portraits photographiques.

Georges Demeny décide d'abandonner la réalisation d'autoportraits pour partir à la recherche d'instantanés de vie. Il a conscience que, loin de faire poser, articuler à l'excès le modèle, il faut le

laisser s'exprimer librement. Le saisir alors, dans son expression habituelle ; en réalité, dit-il, une « série d'expression ». Le visage de l'auteur prononçant péniblement une phrase laisse place au portrait en pied de l'« enfant qui rit ». C'est la nature même, comme une tranche de vie partagée qui se projette sur les écrans. En témoignant tant l'enfance que son rire spontané. De ces images qu'il réanime à l'aide de son « phono-scope, » il ne nous reste, malheureusement, que les publications gravées du journal *La Nature*. Mais insensiblement, Demeny se rapproche du cinéma. Le 10 octobre 1893, il dépose le brevet de sa fameuse caméra munie d'une pièce excentrique. « Il n'y avait plus qu'à la lancer industriellement ». Il se prend alors à rêver de réversibilité : le même appareil servirait à la prise de vue et à la projection sur écran. Il n'arrivera cependant pas le premier dans l'aventure du cinématographe. Les frères Lumière, en 1895, le devanceront de peu.

Les appareils lourds de la photographie avaient habitué le XIX^e siècle au sérieux de visages figés, à la tristesse des corps immobiles, appuyés sur des guéridons, calés dans de profonds fauteuils. Georges Demeny restera celui qui sut faire exploser les visages d'un rire sonore ; le seul à avoir accompli profondément, pleinement, la difficile transition entre l'image fixe et



le cinéma. Son intérêt pour la synthèse du mouvement des images naquit chez lui, paradoxalement, d'un intérêt particulier porté à l'écoute. Il est vrai que, fils d'un professeur de piano hongrois, il avait été, en sa jeunesse, violoniste à l'Opéra. Ses études de physiologie, sa longue collaboration aux travaux photographiques d'Etienne Jules Marey avaient contribué à faire acquérir, chez celui que beaucoup considèrent aujourd'hui comme le fondateur de l'éducation physique moderne, une belle maîtrise des représentations photographiques du corps.



Elisabeth Pénide

Médecin généraliste

Sous prétexte de la flambée des banlieues, nous voyons notre ministre de l'intérieur attiser la haine raciale : durant ces quelques dernières semaines, il s'est attaqué tour à tour :

- aux logements vétustes, en expulsant manu militari leurs occupants, squatters ou non, squatters en situation régulière ou non, pour le plus grand plaisir des promoteurs immobiliers ;
- aux jeunes des banlieues, en promettant de les nettoyer au karcher ;
- aux familles polygames, source principale selon lui de jeunes délinquants ;
- au regroupement familial, dont il veut durcir les conditions déjà drastiques ;
- aux gens du voyage, déjà pourchassés de toutes parts du fait de l'absence d'aires de stationnement suffisantes, en leur imposant des taxes mirifiques ;
- aux associations, en les accusant de détourner l'argent public au profit des délinquants...

Trop, c'est trop !

Ce ne sont que des mots, que de sournaises paroles jetées à la curée populaire... En retour, nous observons les conséquences de cette vindicte organisée : lorsque les flambées des

banlieues ne sont dues qu'à des groupes isolés et minoritaires, tout l'opprobre rejaille sur une population d'origine immigrée, qui malgré tous ses efforts pour tenter de s'insérer, se trouve confrontée à une exacerbation de cette haine raciale :

- les réactions dans le milieu du travail contre ces populations d'origine immigrée se multiplient, les rendant la cible de harcèlements sans fin ;
- l'environnement social n'est pas en reste : les injures raciales des voisins d'immeubles, les réactions de jalousie vis-à-vis d'une réussite sociale ;
- dans les écoles, les réactions vis-à-vis un enfant turbulent n'ont pas les mêmes conséquences selon son origine ethnique...

Alors les immigrés qui essayent de s'intégrer n'en peuvent plus ! Les réactions dans les journaux étrangers ne sont pas exagérées : la France est en train de perdre petit à petit son blason de pays de liberté, d'égalité et de fraternité.

Pour Véronique Dutriez, Georges Federmann et Haïm Asseraf

Nous sommes de tout cœur avec les victimes et leurs familles suite aux agressions qui ont eu lieu à Strasbourg le 15 novembre 2005 : Véronique Dutriez, 50 ans, décédée des suites de ses blessures, Georges Federmann, psychiatre et Haïm Asseraf, médecin généraliste, dont les vies ne sont plus en danger.

Véronique Dutriez compagne de Georges Federmann, mère de trois enfants, était responsable locale du MRAP et très engagée dans les mêmes combats que son compagnon pour les sans-papiers. Georges Federmann est connu à Strasbourg pour ses engagements dans plusieurs associations : militant d'Attac, de Ras l'Front, pour l'aide médicale aux sans-papiers ou encore pour une paix juste entre les Israéliens et les Palestiniens.

Au nom du Syndicat de la Médecine Générale, nous exprimons à Georges dont nous partageons le combat, à ses enfants et à leurs proches toutes nos condoléances et notre sympathie.

« Voulez-vous faire quelque chose de bien

Pour ceux que la mort a rencontrés

Hommes, laissez les morts tranquilles

Et accomplissez leur espoir ».

Erich Mühsam

Denis Labayle

Médecin gastro-entérologue

Où commence, où finit la médecine ? Nous étions sept dans la salle de repos du personnel : un médecin, des infirmières et des aides-soignantes. La discussion vint inévitablement sur le sujet d'actualité : les révoltes en banlieue. Comment parler d'autre chose quand l'hôpital est à deux pas de la commune de Grigny où, la nuit précédente, tout a flambé ? Deux aides-soignantes antillaises y habitent. Et, là, surprise ! Je suis le seul à mettre en cause la politique du ministre de l'intérieur qui joue depuis plusieurs mois au pompier pyromane. Tous ou presque sont sarkosistes, pire, sarkosystes acharnés : « Ras le bol de subir chaque jour l'arrogance et l'incivilité d'une minorité de « voyous ». Ras le bol de ne plus pouvoir dormir à cause du bruit... Enfin quelqu'un qui vient faire appliquer la loi. » Je m'insurge, rappelle que le ministre a mis le feu aux poudres, que son gouvernement a supprimé les subventions aux associations, a réduit la police de proximité, n'a rien fait contre le chômage des jeunes... Mes arguments ne portent pas. L'ancien maire de Neuilly est devenu leur idole. « Et s'il habite dans une banlieue riche, tant mieux pour lui. J'aimerais être à sa place », me dit une autre.

C'est cela aussi la banlieue, et ceux qui sont en face de moi ne sont pas des privilégiés. On est loin des discours des intellectuels et des technocrates de tous bords. En banlieue, le malaise sévit des deux côtés et ceux qui ignorent l'intensité de ces antagonismes ne trouveront pas de solutions.

Les murs tagués, c'est sympathique vu des salons du

boulevard Raspail ou du quartier latin. Mais taguer les murs de son hôpital public, c'est inacceptable. Se révolter peut s'expliquer quand on connaît la désespérance ambiante, mais brûler ses propres écoles publiques, c'est inacceptable. Manifester son ras-le-bol peut se comprendre, mais détruire le bus qui dessert le secteur et permet à ceux qui n'ont pas de voiture de se déplacer pour travailler, c'est inacceptable. Rappeler ces évidences citoyennes paraît parfois politiquement incorrect. Brûler la voiture du voisin, cela gêne-t-il les habitants des quartiers tranquilles ? Non, alors pourquoi les intellos de gauche justifient-ils le vandalisme et, pire, parfois applaudissent comme un souvenir fantasmé de Mai 68.

En banlieue, aussi, il y a des cons, des petits fachos, des religieux tordus, des mafieux. Pour avoir sous-estimé leurs influences, on a laissé les populations dériver vers les défenseurs de la radicalité. Pendant qu'on faisait la fine bouche sur l'interdiction du voile à l'école, pendant qu'on invitait les soi-disant intellectuels islamistes à débattre sur la lapidation des femmes, on a laissé les extrémistes religieux s'implanter, et en quinze ans, eux, n'ont pas perdu leur temps. Encore faut-il vivre sur place pour s'en rendre compte. La République est laïque et ne doit pas s'adapter aux religions, ce sont les religions qui doivent s'adapter aux principes de la République. Que la gauche ose enfin dire la vérité !

Petite discussion en banlieue

Dire que le machisme fleurit aussi en banlieue et qu'une « tournante » est un mot bien aseptisé pour dire : un viol collectif. Que des religieux oppriment les femmes, et on ne s'est pas battu pendant des années pour l'égalité des sexes pour voir aujourd'hui nos efforts anéantis par la volonté de quelques illuminés. Que la mafia est une force qui justifie la répression. En acceptant de voir les réalités en face, nous permettrons à la majorité de ceux qui veulent habiter ces

quartiers et désirent y apporter leur richesse inventive d'y vivre en paix. Car la banlieue, c'est aussi cela : un étonnant laboratoire de recherche sociale qu'il ne faut pas laisser gâcher. Il est temps de ne plus abandonner le terrain à ceux qui profitent de la crise : les mafieux, les fachos religieux et ce petit Napoléon Bonaparte qui se présente, aujourd'hui, en défenseur des opprimés, insulte la jeunesse et protège la vraie « racaille », celle qui vole « légalement » en col blanc.

Défendre l'option médecin référent

Marie Kayser *Médecin généraliste* **A**u 15 novembre, le devenir de l'Option Médecin Référent devait être fixé. Pour défendre cette option, l'AMedRef (1) vient de sortir *Le livre blanc de l'Option Médecin Référent*. A travers documents et témoignages, elle montre bien que, dans cette option, tout le monde est gagnant : médecins, patients et Assurance maladie. Alors, pourquoi la mort annoncée de ce mode d'exercice ? Parce que l'option médecin référent constitue une menace pour le système libéral du paiement à l'acte, puisqu'elle introduit un paiement forfaitaire pour le médecin et une dispense d'avance de frais pour le patient, le médecin s'engageant à s'investir dans la coordination, la prévention et la formation.

Mais si l'option est « gelée », elle n'est pas encore morte.

Actuellement, de nombreux médecins souffrent de leurs modalités d'exercice, les internes refusent de s'engager dans la voie de la médecine générale ; ils nous faut ensemble conquérir le droit pour tous ceux qui le souhaitent d'exercer dans d'autres conditions avec d'autres modes de rémunération que le paiement à l'acte exclusif ; il nous faut aussi exiger pour nos patients la dispense d'avance de frais indispensable pour un meilleur accès aux soins.

1. Association Nationale des Médecins Référents : www.amedref.org

Afin de pouvoir choisir en toute connaissance de cause les médicaments les mieux appropriés à leurs patients, les médecins devraient pouvoir recevoir une information objective et plus complète. C'est également ce qu'attendent les usagers de notre système de soins, le patient naturellement qui fait confiance à son praticien, mais aussi le payeur qui finance rubis sur l'ongle les décisions thérapeutiques des prescripteurs. D'autant plus que la France est aujourd'hui la première nation en terme de dépenses pharmaceutiques publiques (CQFD remboursées), avec plus de 400 dollars par habitant et par an, d'après l'OCDE. En ville, le poste médicament a doublé en dix ans, pour représenter aujourd'hui un tiers des dépenses de soins, largement devant les honoraires des médecins.

Mais, l'administration française tarde à réaliser qu'il lui revient désormais de promouvoir elle-même auprès des médecins ces grandes molécules « tombées dans le domaine public », un peu comme dans l'oubli, mais encore au cœur des recommandations de bonne pratique et souvent proposées en « première intention » par les experts.

Une ère nouvelle s'est engagée devant nous, avec l'arrivée massive de « grandes molécules » dans le répertoire des génériques

L'amoxicilline était encore il y a peu la seule molécule dans ce cas. Elle a été rejointe ces derniers mois par de nombreux autres « gold standards », et les autorités de santé seraient bien inspirées de s'engouffrer dans cette brèche en investissant à leur tour très légitimement le champ de la visite médicale. Captopril, énalapril, céfadroxil, céfatrizine, céfaclor, association amoxicilline + acide clavulanique, diclofénac, piroxicam, fluoxétine, oméprazole, zolpidem, simvastatine..., et bien d'autres encore, sont à ranger dans cette catégorie.

Pour des visiteurs médicaux d'Etat !

Cependant, l'industrie abandonne tout effort promotionnel sur ces médicaments encore utiles, mais devenus moins rentables pour elle, quitte à le reporter sur de fausses innovations. Car bien plus que leurs brevets, ces médicaments de « premiers choix » perdent aussi le support de leurs créateurs industriels. Lesquels redéploient leurs visiteurs médicaux (VM) sur des médicaments plus récents, plus coûteux, encore protégés, mais souvent sans amélioration tangible du service médical rendu. Une étude récente, réalisée par la société C.baX, montre que parmi les 500 à 550 médicaments promus fin 1999 auprès des médecins à « fort potentiel de prescription », 269 ne le sont plus aujourd'hui, alors qu'ils sont encore pour la plupart commercialisés.

L'État doit donc envoyer ses propres visiteurs médicaux pour soutenir la prescription de ces « grands principes actifs », sans égal en terme de rapport coût/efficacité. Il revient aux pouvoirs publics de donner aujourd'hui aux médecins un accès aux informations qui ne leurs parviennent plus sur les médicaments anciens, génériqués et dont la promotion a été interrompue, ou auxquelles ils ont pu échapper jusqu'ici : comparatifs des coûts de traitements, études cliniques dont les résultats négatifs ne leurs sont jamais présentés, amélioration du service médical rendu (ASMR)

François Pesty

Pharmacien

Ancien responsable marketing et ventes de l'industrie pharmaceutique, promoteur de l'Institut PUPPEM « Pour Une Prescription Plus Efficace du Médicament » et secrétaire général du Collectif PUPPEM

<http://perso.wanadoo.fr/pourune-prescriptionplusefficientedumedicament/>

modeste par rapport à des équivalents thérapeutiques plus anciens... Personne ne le fera à leur place, à commencer par les fabricants de génériques qui n'en ont ni les moyens financiers ni la volonté, puisque plus de la moitié du marché des copies est aux mains des grandes firmes pharmaceutiques pour qui l'intérêt du générique s'arrête là où commence celui du princeps. Les pouvoirs publics doivent comprendre qu'il n'est plus aujourd'hui admissible de laisser complaisamment à l'industrie du médicament un quasi monopole d'influence sur les pratiques médicales. Une « pensée unique », en quelque sorte, dont il faudra bien s'émanciper un jour.

L'efficacité de la visite médicale des labos – une réalité à prendre en compte

31 000 personnes travaillent en France pour la promotion du médicament, dont 24 000 visiteurs médicaux qui arpentent chaque jour le territoire national, réalisant plus de 30 millions de contacts par an. Chaque médecin reçoit en moyenne 6 VM par semaine, chacun présentant trois spécialités pharmaceutiques. Les 21 000 médecins dits à « fort potentiel de prescription », sont visités de 7 à 70 fois par an pour le même médicament ! Mais qui pourra reprocher à l'industrie du médicament, entreprises de droit privé, de rechercher à maximiser ses profits, rentabiliser ses investissements et satisfaire son actionariat. Pour cela, elle consacre aujourd'hui 2,5 milliards d'euros à la promotion, plus de 22 000 euros investis par médecin chaque année...

L'immobilisme des pouvoirs publics – une attitude coupable

Face à cette débauche de moyens, le service public se fait inexistant sur le terrain pour convaincre en face à face les médecins et contribuer à l'appropriation par les professionnels de santé des références médicales. Manque de courage politique et conflits d'intérêt, manque de considération et méconnaissance à la fois des métiers de la promotion du médicament et de la

médecine libérale, culture administrative et technocratique. Quelle que puisse en être la raison, le résultat est bien là : les structures de l'État sont pléthoriques pour réglementer, légiférer, et élaborer, dans des conditions que d'aucun pourra juger somme toute satisfaisantes, de l'information utile au bon usage du médicament, mais rien ou presque n'est fait pour le « faire savoir ». D'un côté, près de 2000 agents de l'État, 930 rien qu'à l'Afssaps (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) et plus de 200 millions d'euros de budget annuel pour le « savoir faire ». De l'autre, des « bouts de chandelle » ! Les lettres aux prescripteurs envoyées par l'Afssaps rejoignent la pile de prospectus qui atterrissent chaque jour sur le bureau encombré des médecins libéraux, avant classement vertical... ; la mise en ligne des recommandations de bonne pratique en format .pdf téléchargeable sur les portails Internet des agences sanitaires, ne rencontre que quelques internautes occasionnels ; il convient de saluer l'effort de l'Assurance maladie en 2005, car pour la première fois elle a signé avec les représentants des médecins des objectifs conventionnels d'économies portant sur certains postes de médicaments, et a procédé au déploiement d'un double dispositif comprenant la visite de ses délégués de l'assurance maladie (DAM) aux cabinets des médecins et une intensification des entretiens confraternels réalisés par ses médecins-conseils. Néanmoins, les 638 DAM délivrent pour le moment un message « tous azimuts », essentiellement administratif, sinon comptable, et non de nature médicale, et quel pourra être l'impact par exemple sur la prescription des hypolipémiants des 30 000 appels téléphoniques de 20 minutes des médecins conseils, face aux quelques six millions de contacts réalisés par la VM sur ce domaine thérapeutique ? Enfin, il serait bien dérisoire en vérité d'évoquer l'action sur le bon usage du médicament des 175 médecins et paramédicaux correspondants en région de la Haute Autorité de Santé (HAS, ex-Anaes), laquelle s'est déclarée récemment favorable à utiliser

« la force de frappe » de la visite médicale des laboratoires pour diffuser les recommandations de bonne pratique ! Quel aveu d'impuissance et de dépendance ! Sans oublier la très balbutiante formation médicale continue...

Un glissement structurel des dépenses par transfert des prescriptions orchestré par l'industrie avec la bienveillance des pouvoirs publics – Des chiffres éloquentes

Prenons juste quelques exemples. En l'espace de cinq ans seulement, la prescription des antibiotiques recommandés en première intention par l'Afssaps dans les infections ORL et respiratoires, a chuté vertigineusement, passant de 45 % à 33 % des unités et de 20 % à 10 % des montants remboursés par le régime général de l'Assurance maladie. Les six sartans commercialisés en 2002 totalisaient déjà sept fois plus de remboursements que le captopril et l'énalapril, les deux chefs de file des IEC, néanmoins recommandés en première intention par un groupe d'expert de la société européenne de cardiologie (septembre 2004). Les anti-H2, aujourd'hui tous génériques et placés sur un pied d'égalité avec les IPP dans les RBP de l'Afssaps pour le traitement du RGO, étaient déjà quinze fois moins remboursés en 2002. Après la perte de son brevet, les prescriptions de l'oméprazole ont fondu de 35 % tandis que Inexium® s'envolait de + 38 % en 2004...

L'institut PUPPEM et le projet ProGenerix - Une solution proposée aux pouvoirs publics pour responsabiliser enfin l'État dans sa mission de promotion des références médicales

Un service public de visite médicale, professionnelle et indépendante de l'industrie, chargé de promouvoir auprès des médecins une vingtaine de « grands médicaments » génériques et délaissés par l'industrie alors qu'ils constituent encore



des alternatives de premiers choix d'après les experts, et appartenant à six domaines thérapeutiques majeurs, totalisant 28 % du médicament remboursé en France, telle est la vocation de l'Institut PUPPEM « Pour Une Prescription Plus Efficace du Médicament ». D'après le « business model » proposé, avec un effectif de 760 personnes et un budget de 90 millions d'euros, une économie cumulée de 1,8 milliards d'euros pourrait être réalisée sur quatre ans, 750 millions d'euros dès sa quatrième année d'activité, au profit de l'Assurance maladie, donc, de chacun d'entre nous. L'Institut PUPPEM en appelle donc aux médecins pour qu'ils soutiennent cette initiative visant à améliorer l'efficacité de leur prescription par une démarche pédagogique d'information et de communication. Un collectif PUPPEM a été créé, regroupant des usagers du système de soins et des professionnels de santé, avec pour objectif la mise en place par les pouvoirs publics d'une expérimentation régionale du dispositif proposé pour en valider la pertinence. Médecins, mobilisez-vous et rejoignez le Collectif, pour qu'enfin les choses bougent avec vous !

Jean-Pierre
Lellouche

Médecin pédiatre

Le médecin désireux de guérir ou au moins de soulager le malade devrait apprécier l'effet placebo, essayer de mieux le comprendre pour mieux l'utiliser. On a pourtant souvent le sentiment que la médecine le considère comme un peu impur. Elle ne le condamne pas, mais elle en aurait presque un peu honte.

La médecine telle qu'elle est enseignée en faculté obéit à des lignes de force que l'on peut représenter ainsi : la connaissance précise de l'anatomie, de la physiologie et de la biochimie, la connaissance des transferts de molécules dans les cellules et la connaissance précise des chromosomes permet ou, plutôt, devrait permettre et permettra de guérir les maladies.

La médecine dispose des scanners, des IRM, des scintigraphies et de la possibilité de procéder à d'innombrables dosages biochimiques. Ces moyens extraordinaires ne sont que peu de choses par rapport à ceux dont on disposera dans vingt ans.

La médecine se sent forte et appelée à devenir plus forte encore, cela grâce à toujours plus de techniques toujours plus pointues.

Quelle peut être la place de l'effet placebo dans ce contexte ?

Lorsqu'on donne de l'eau distillée sous le nom de *Aqueducus distillatissimus*, on donne un produit

L'effet placebo, l'ami du médecin ?

n'ayant pas d'effet médicamenteux spécifique. Et pourtant, certains malades voient leurs douleurs s'atténuer, leurs verrues régresser, leur digestion se normaliser. Parfois, les signes qui s'atténuent ou disparaissent sont des

signes intenses témoignant de maladies graves. L'effet placebo ne s'observe pas seulement avec des produits n'ayant aucun effet spécifique, il accompagne aussi et augmente les effets bénéfiques d'une chimiothérapie anti cancéreuse ou anti infectieuse ou d'une substitution hormonale.

La médecine, qui se veut toute puissante, ou qui projette de le devenir, ne peut pas accepter pleinement l'effet placebo. Pour elle, le schéma idéal est le suivant : un individu ressent des symptômes inhabituels, il consulte, on l'interroge, on l'examine, on fait des examens complémentaires, on comprend ce qu'il a, on lui donne un traitement adapté dont on sait où il agit et comment il agit. Et au terme de ce parcours entièrement prévisible et parfaitement maîtrisé par un technicien compétent, le malade est guéri.

Dans la guérison par placebo ou avec contribution de l'effet placebo, les notions de prévisibilité, de maîtrise, d'évolution parfaitement conforme aux données de la littérature sont absentes.

Par ailleurs, dans la guérison « noble », classique, la guérison vient d'un produit apporté de l'extérieur. La guérison placebo vient, elle, de quelque chose d'imprévisible de non programmable qui a lieu parce que quelque chose s'est passé dans l'esprit du malade. Et ceci n'est pas en relation avec la consommation d'un produit commercialisable prescrit par un bon technicien, la guérison naît dans la relation.

Si la médecine guérissait tout, il n'y aurait aucun besoin de placebos ou d'effet placebo. Reconnaître une certaine importance au placebo, c'est donc accepter de reconnaître que la médecine ne peut pas tout et que ce qu'elle ne peut pas faire n'est pas négligeable.

Mais par ailleurs, la guérison classique vient dans un climat d'analyse méthodique de rationalité de démarche standardisée. La guérison placebo vient dire : on peut guérir sans avoir tout compris, sans avoir procédé de façon méthodique, sans savoir comment et sans savoir pourquoi.

Accepter pleinement l'effet placebo, c'est considérer la guérison du malade comme plus importante que la science du médecin.

Résumé : La mission première d'AMI (1) consiste à former du personnel de santé local afin de participer à l'autonomisation des populations. En Afghanistan, mission phare d'AMI depuis 25 ans, à partir des outils pédagogiques fournis tels que le magazine de formation *Salamati*, les équipes médicales formées représentent l'avenir sanitaire du pays.

Sous le régime des talibans, seul le milieu de la santé était accessible aux femmes dans le monde du travail. Zakia, jeune femme afghane qui travaille pour l'AMI depuis 1996, nous explique son parcours, et plus particulièrement son parcours de femme. « A partir du moment où j'ai commencé à travailler pour AMI, jour après jour, ma vie a changé et j'ai pu retrouver toute ma joie de vivre. »

A 27 ans, Zakia a tenu pour AMI les différents postes de traductrice, sage-femme, responsable de programme en santé maternelle, formatrice d'éducateurs sanitaires, conseillère en santé reproductive... « en quatre ans, je n'ai pas pris une seule journée de vacances, travaillant sans cesse, je n'ai jamais été fatiguée, ce fut une incroyable opportunité dans ma vie. »

Une opportunité, car il y a quelques années de cela, Zakia ne voyait pas d'issue à son avenir de femme. Tentant d'échapper tant bien que mal au sort qui lui était réservé (le mariage forcé comme beaucoup d'Afghanes), elle se réfugie au Pakistan pour poursuivre ses études et

devenir sage-femme. « J'étais tellement heureuse d'obtenir un travail, c'était mon vœu réel de travailler au sein d'un hôpital. Jours après jours, j'ai appris et amélioré mes compétences en obstétrique. » Mais peu de temps avant l'arrivée des talibans, la famille de Zakia la convainc de revenir au pays en lui promettant monts et merveilles, « ... mes jours sombres débutèrent alors », commente-t-elle. Fin des études, menaces de mort, mariage avec son cousin...

Suite à une tentative de suicide, c'est en position de bénéficiaire que Zakia fait la rencontre de deux femmes françaises d'AMI. L'une d'entre elles lui demande ce qu'elle voudrait pour être heureuse. Sa réponse : « Travailler au département médical ». Elle est dès lors embauchée en tant que traductrice, mais intègre très vite des postes médicaux, tout d'abord à Kaboul. Mais la pression des talibans l'amène en 1998 à travailler avec AMI dans diverses provinces : le Laghman, la Kunar, le Panshir... aux côtés de « sa mère française Elizabeth » comme elle appelle sa formatrice. Zakia doit alors faire face à de nouvelles difficultés : travailler avec les ONG est mal perçu par la plupart des Afghans, on considère ces femmes trop « libérées », et cette idée est particulièrement persistante dans les provinces.

Petit à petit, Zakia fait son chemin et fait désormais partie intégrante des équipes AMI. Elle se veut optimiste quant à l'avenir des femmes et leur accès à la santé. Si toutes les provinces ne bénéficient pas encore d'un staff médical féminin pour pouvoir s'occuper des Afghanes, certaines provinces donnent l'exemple : « A Samangan, nous avons commencé à mettre en œuvre un programme de sages-femmes communautaires pour vingt et une femmes, et celui-ci s'étend progressivement aux onze provinces alentour ».

*Entretien avec
Zakia Kohistani*

*Sage-femme pour AMI
en Afghanistan et future médecin*

Devenir médecin, itinéraire d'une femme afghane

Aide Médicale Internationale
119, rue des Amandiers
75020 Paris
Tel : 01 46 36 04 04
Fax : 01 46 36 66 10
courriel : info@amifrance.org
<http://www.amifrance.org>

Même si son mari vit à ses crochets, Zakia persiste à croire que l'avenir des femmes afghanes est en marche. La présence féminine au gouvernement en est un signe. Au ministère de la Santé publique, les femmes ont beaucoup travaillé à la création de protocoles et de standards en santé



reproductive, de véritables outils pour les cliniques et les hôpitaux ! Zakia veut désormais devenir médecin : « Je pense que ma vie en tant que médecin sera bien meilleure, car une chose très importante à retenir est qu'il s'agit d'un métier très respecté par la communauté, qui bénéficie d'une bonne image auprès de la population. Mais un fait me révolte néanmoins : la plupart des médecins demandent beaucoup d'argent à leurs

patients, je ne trouve pas cette pratique très humanitaire. »

Zakia est actuellement coordinatrice entre le ministère et les ONG du programme de sages-femmes communautaires, et poursuit simultanément sa cinquième année de médecine. Elle travaille trente heures par semaine pour AMI, manque beaucoup de cours, et fait tout pour rattraper son retard, « mais je n'ai pas le choix, et surtout c'est une chance pour moi de pouvoir travailler et étudier en même temps. Si AMI n'était pas là pour m'aider, je ne pourrai pas poursuivre mes études, car cela demande trop d'argent. Je suis très heureuse de travailler avec AMI, c'est un véritable centre de formation. »

Propos recueillis par Claire Lecouteux

1. AMI, Aide médicale internationale est une ONG médicale que nous avons présentée dans le n° 30 de *Pratiques* (juillet 2005).

Dates à retenir sur vos agendas :

✓ **Du 24 au 30 avril 2006, venez en Andalousie avec le SMG**

Nous avons choisi pour 2006 de renouer avec la pratique des Journées de Printemps à l'étranger.

En Europe ? Nous affirmons souvent : « une autre Europe est possible », mais que se passe-t-il ailleurs en Europe ? Quelles sont les réalités des autres systèmes de santé ? Quelles sont les perspectives des acteurs du système ?

En Andalousie ? Nous y avons des contacts et l'Andalousie est belle au printemps.

Ces journées auront lieu la dernière semaine d'avril.

Nous serons basés entre Cadix et Séville ; l'organisation espagnole qui est notre partenaire est L'Association pour la Défense du Système de Santé Public.

Nous alternerons les rencontres et la découverte du pays : visite de Séville et parcours des Villages blancs.

Lecteur(trice)s de *Pratiques*, professionnels ou usagers vous êtes les bienvenus avec nous.

Si vous êtes intéressés, envoyez vos coordonnées au secrétariat pour que nous puissions vous adresser les formulaires de pré-inscription.

Observatoire des Méfaits de la Réforme
du Système de Santé

Vous êtes un utilisateur du système de santé et vous êtes en difficulté pour vous faire soigner, ou bien vous êtes le témoin d'une situation d'inaccessibilité aux soins. Vous êtes acteurs de santé, et vous intervenez dans la relation d'aide auprès d'un public divers. Vous êtes désarmés face aux difficultés d'accès aux soins.

Les dimensions dans lesquelles la réforme va dégrader l'accès aux soins et renforcer les inégalités sont très nombreuses. Sans en négliger aucune, nous avons décidé de cibler cinq d'entre elles :

- les restrictions des prises en charge au titre des ALD,
- les restrictions dans le domaine des arrêts de travail,
- les difficultés d'accès aux soins liés aux dépassements d'honoraires ou aux refus de soins,
- la réalité des délais d'attente pour le patient ayant choisi le parcours de soins,
- les difficultés d'accès aux assurances complémentaires ou mutuelles.

Vous pouvez facilement participer au recensement des inégalités et témoigner. Pour cela, il vous suffit de remplir un constat des méfaits de la réforme sur le site Internet : www.smg-pratiques.info
Un grand merci pour votre participation.

La revue *Pratiques* soutient fortement ce projet et permet aux soignants et usagers du soin de témoigner à travers une nouvelle rubrique intitulée « Méfaits de la réforme ». Voici dès à présent deux témoignages.

Ça n'arrive pas qu'aux autres !

Surtout si vous êtes chez Médéric pour une complémentaire santé d'entreprise.

Nous avons reçu, le 31 octobre dernier, une lettre datée du 21 octobre 2005 qui stipule :

« *Compte tenu des résultats globaux de votre Régime Santé, nous sommes contraints de procéder à la résiliation du contrat visé en objet à effet du 31 décembre 2005.*

Nous regrettons cette situation et restons à votre disposition pour toute information complémentaire ».

Renseignement pris, les dépenses santé de l'entreprise en question dépasse le coût moyen imparti et donc « nous ne pouvons pas pénaliser les autres contrats » mais Médéric se déclare être une mutuelle !

Donc, un conseil d'ami, à tous les chefs d'entreprise et associations, si vous n'y êtes pas, n'y allez pas, ne vous laissez pas prendre par les discours lénifiants du commercial et, si vous y êtes, conseillez vivement à votre personnel d'être en bonne santé, de ne pas changer de lunettes, de ne pas se faire soigner les dents, d'éviter les appareils auditifs, les semelles orthopédiques et, moyennant le refus des séjours à l'hôpital, vous n'aurez pas d'ennuis.

Marie-José
Auburtin

Directrice de l'ESTES
(Ecole supérieure
en travail éducatif et social)
<http://www.estes.fr>

Bernard Senet

Médecin généraliste

Bernard Senet, médecin généraliste, a écrit à la CPAM, en voici des extraits :

[...]Travaillant dans le service de soins palliatifs de l'hôpital de l'Isle-sur-la-Sorgue, je suis amené à établir des prolongations d'arrêt maladie concernant les patients en fin de vie dont nous avons la charge, ainsi que des arrêts maladie pour leurs conjoints, complètement absorbés par la prise en charge de leurs proches.

Récemment, j'ai eu communication de deux lettres opposant un refus de versement des indemnités journalières à deux conjoints concernés par l'évolution dramatique d'une tumeur cérébrale.

Le patient est décédé le lendemain d'un courrier de sa caisse primaire lui annonçant le refus de versement sous prétexte que le certificat de prolongation n'avait pas été établi par le premier médecin ayant rédigé l'arrêt initial (il s'agissait d'un neurochirurgien de la Timone) ; cet homme,

domicilié dans un autre département de la région PACA, était loin de son médecin traitant quand l'heure de la prolongation a sonné. Le refus d'arrêt de maladie de son épouse est arrivé le même jour et était motivé par le fait qu'il n'avait pas été établi par son médecin traitant, ledit médecin étant alors en congé.

A cheval entre la médecin de ville et la médecin hospitalière, je suis

fréquemment confronté à ce type de problème : j'établis des arrêts de travail et des prolongations justifiés par les circonstances. Les nouvelles réglementations et leur application aveugle par le personnel administratif des caisses se fait sentir de manière particulièrement inhumaine quand elles s'appliquent dans ces circonstances.

Il y a quelques années, le vote d'une loi sur les soins palliatifs, permettant l'octroi de congés pour les familles des patients, semblait un progrès raisonnable et justifié. Fin 2005, l'obsession de la chasse aux arrêts de travail injustifiés et la culpabilisation systématique des patients, de leurs familles et de leurs médecins amènent à des situations de ce type. Elles nous rappellent que nous avons, comme soignants, toujours à nous méfier des réglementations, de l'uniformisation et de l'application rigide et culpabilisante de textes à visée dissuasive dont l'efficacité est évidemment discutable...

Arrêts de travail... in extremis

Elisabeth Pénide

Médecin généraliste

La parole mensongère. Le gouvernement nous mène en bateau lorsqu'il prétend par un énième décret sauver la Sécurité sociale. Les nouvelles ordonnances qu'il vient de prendre (déremboursements de médicaments, 18 € à charge du patient pour tout acte de plus de 91 €), le déremboursement des médicaments concerne des molécules anciennes assez inoffensives, peu chères, que les patients avaient toujours trouvées efficaces malgré un service médical jugé insuffisant. Nous devons bien trouver des solutions pour soulager leurs maux avec des combinaisons certainement plus coûteuses, sans parler de toutes les nouvelles molécules au prix exorbitant dont l'évaluation est souvent insuffisante et le service médical rendu « n'apporte rien de nouveau » selon la revue *Prescrire*... Quant aux patients qui, découragés par ces déremboursements, préféreront renoncer aux soins, ils s'exposeront à des complications beaucoup plus coûteuses pour la Sécurité sociale.

La nouvelle franchise de 18 € va concerner en fait, en plus des actes techniques de plus de 91 €, 56 % des séjours hospitaliers en hospitalisation complète, c'est-à-dire les séjours de Médecine, Chirurgie, Obstétrique jusque-là exonérés du ticket modérateur de 20 % du prix de journée, qui devront s'acquitter en plus du forfait hospitalier (1) de ces 18 €. Cette nouvelle franchise va de nouveau pénaliser les populations les plus fragiles qui, de fait, vont renoncer aux soins, quand les économies qu'elle engendre se borneront à une centaine de millions d'euros selon les experts.

Il est tout à fait improbable que ces deux mesures ne fassent économiser les trois ou quatre milliards d'euros souhaités... Dans six mois, le gouvernement profitera du peu d'effet de ces réformes pour nous en concocter de nouvelles qui peu à peu démantèleront notre système de Sécurité sociale.

La précédente réforme (un euro, DMP, médecin traitant...) devait faire un milliard d'économies, en passant sous silence que ces économies, au moins pour 700 millions d'entre elles, étaient dans cette même réforme engagées pour les revalorisations des honoraires des spécialistes (2)... En même temps, on a nommé les boucs émissaires : la parole qui accuse !

On accuse ces médecins « traitants » de ne pas être assez dociles, de toujours prescrire trop d'arrêts de travail, pas assez de génériques, de ne pas respecter les ordonnances bi-zones des patients en ALD (Affection Longue Durée), trop de médicaments... Les patients de consulter trop de médecins différents, de cumuler les examens complémentaires et les arrêts de travail... Et tout un chacun de commenter cet « état de fait » !

Les arrêts de travail ? Une étude de la caisse (3) portant sur les arrêts de deux, trois et quatre mois montrent qu'ils sont la plupart du temps justifiés, qu'ils concernent plus particulièrement des patients âgés plu-

C'est pour mieux te manger mon enfant !

tôt d'échelle sociale basse avec des travaux durs, plutôt des femmes... cela n'a rien d'extraordinaire ! Alors pourquoi chercher des « coupables » ?

Comment ne pas enrager devant le discours sur les génériques : posons plutôt les questions véritables qu'il conviendrait de se poser...

– Pourquoi n'existe-t-il pas un logiciel de prescription en dénomination commune internationale ? Nous sommes des milliers de médecins à le réclamer !

– Pourquoi faut-il qu'il y ait des dizaines de génériques pour une même molécule, ce qui multiplie les risques d'accidents chez nos patients, quand la molécule bleue devient jaune ou rouge, sans vous parler de la boîte !

– Pourquoi le gouvernement ne prend-il pas ses responsabilités en imposant un seul générique par molécule, ou un seul prix par molécule ?

Ah certes, dans l'ordonnance bi-zone, on ne peut pas faire prendre en charge à 100 % la radio de l'arthrose par un diabète, mais toujours pas non plus la rééducation du côté droit dans les séquelles d'hémiplégie à gauche : l'un ne compense pas l'autre, c'est bien connu, à un individu correspond deux moitiés complètement indépendantes !

On accuse les bénéficiaires de l'ALD d'être les plus gros consommateurs de soins en dépensant plus de 50 % des biens médicaux : comment pourrait-il en être autrement puisque ce sont évidemment les maladies les plus coûteuses et de longue durée ? Mais il s'agit de donner « plus de cohérence à notre système » : ainsi dans sa séance du 27 octobre 2005, le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie suggère qu'il serait « cohérent de faire supporter aux ALD les participations de type franchises (remise en question de l'exonération pour les ALD de la franchise de 18 €), dès lors que les plus modestes en sont dispensés » et dénoncent la distorsion - trop « sanctuariser » les prises en charge intégrale d'un côté, trop solliciter l'assuré non exonéré d'autre part - En fait, tout doucement, nous glissons à faire accepter l'idée commune qu'aucune maladie ne puisse dépendre uniquement d'une couverture solidaire et obliger tout assuré à contrac-

ter une assurance privée volontaire : fini l'Etat Providence !

Le discours politique accusait également le nomadisme médical quand la seule enquête disponible de la Caisse d'Assurance maladie en 2003 (4) montre que celui-ci ne concerne que 0,47 % des consommateurs sur 1 303 000 bénéficiaires étudiés, qu'il est souvent justifié et que son coût n'est pas si extraordinaire qu'on veut le laisser entendre. Mais dites-moi, qui n'a pas parlé de tous ces « gens » qui abusent ? Quand la Caisse nous prouve qu'elle est parfaitement capable de repérer les fautifs sans avoir à obliger chacun de paperasseries sans fin... Le médecin traitant a sa raison d'être mais pas dans le sens d'un contrôle.

Il y a d'autres paroles occultées

Le gouvernement se garde bien de nous informer de certaines causes du déficit de la Sécurité sociale, en particulier le déficit lié au régime des maladies professionnelles. Dans une note remise à la commission Diricq, citant elle aussi des travaux de l'INVS (Institut National de Veille Sanitaire) et des études financières de la Sécurité sociale, Serge Dufour, membre du Conseil supérieur de prévention des risques professionnels, évalue le seul coût des cancers professionnels non reconnus entre 3,2 et 6,7 milliards d'euros (5). Et il situe le montant global des accidents et maladies non déclarés, et donc « le dû minimum de la branche AT-MP (Accident du Travail-Maladie Professionnelle) à la branche Maladie », à « un montant voisin de 15 milliards d'euros ». Soit plus que le déficit total de la Sécu. Sans compter que la prise en charge des victimes de l'amiante va coûter entre 27 et 37 milliards d'euros dans les vingt années à venir (6)...

Pour parler du déficit, nous pourrions nous poser la question de la diminution du financement avec, sans parler des exonérations antérieures, ne serait-ce que le montant total des allègements de charges prévus en 2006 évalué à 24,3 milliards d'euros, l'essentiel (85 %) concernant les allège-

ments généraux sur les bas salaires (18,9 milliards en hausse de 7 %) (7)...

Une autre parole doit être dénoncée : celle qui sert à manipuler les foules en favorisant « les maladies de la trouille », selon l'article du *Canard Enchaîné* du 26 octobre : « La grippe aviaire ravage déjà les cerveaux ». Celui-ci plante bien le décor de cette hypothétique pandémie, rappelons-le, laquelle pour l'instant a fait durant ces dernières années une soixantaine de victimes à travers le monde... Grâce à cette nouvelle peur panique qui mobilise tous les médias, le gouvernement détourne l'attention des foules. En même temps, les entreprises se frottent les mains : depuis les fabricants de masques qui se préparent à faire face à une demande « raz-de-marée » jusqu'aux firmes pharmaceutiques, Roche ou Glaxo fabriquant le Tamiflu® ou le Relenza®, médicaments qui n'empêcheront pas leurs consommateurs d'être ensuite réellement grippés, car rappelons-le, ces médicaments n'ont rien d'un vaccin ! Pour une pandémie qui à l'heure actuelle n'est que la plus sombre hypothèse d'une mutation du virus H5N1 recombiné avec un virus de grippe déjà « humanisé » !

Pendant ce temps, 70 000 personnes ont trouvé la mort dans le tremblement de terre au Pakistan et d'autres milliers vont encore mourir faute de secours appropriés... Pour ne parler que de virus, le Sida continue à décimer l'Afrique et les laboratoires pharmaceutiques défendent et interdisent la reproduction à un prix abordable de molécules efficaces...

Sans jamais le déclarer, toutes ces réformes nous conduisent à un système de santé se rapprochant du système américain. Quand on sait les dégâts de ce système, certes avantageux pour les entreprises qui de plus en plus se désinvestissent de la couverture sociale de leurs employés, mais coûte plus de 14 % du PIB, en acceptant plus de 45 millions de laissés-pour-compte... Pour une « médecine bien de consommation » que chacun

consomme sans aucune coordination, sans aucune politique de santé publique, le royaume des assurances !

Grâce à toutes ces manipulations du discours, petit à petit, s'opère un glissement dans l'opinion publique qui vient normaliser les différents degrés de prise en charge du risque maladie :

- une assurance-maladie réduite à sa portion congrue,
- un système assurantiel « obligé » pour pouvoir à minima se soigner,
- une assurance privée « super luxe » pour arriver aux couvertures larges des mutuelles d'il y a un an à peine,
- et un reste à charge (RAC en langage Sécu) de plus en plus important pour le public résigné et culpabilisé...

Et pourtant,

on pourrait vraiment faire autrement !

1. Forfait hospitalier : 14 € en 2005, 15 € en 2006, 16 € à partir du premier janvier 2007.

2. Document « La réforme de la sécu expliquée aux profanes » sur le site www.smg.ras.eu.org

3. « Description des populations du régime général en arrêt de travail de deux à quatre mois » rapport consultable sur le site www.ameli.fr.

4. Etude de la caisse AMPI tirée du site AMELI de CAM : 1 303 000 bénéficiaires étudiés – 72 000 consommateurs retenus. Certes, la caisse de l'AMPI compte peu de toxicomanes... (AMPI = Assurance Maladie des Professions Indépendantes). 340 présumés nomades soit 0,47 % des consommateurs, 0,26 % des bénéficiaires. 1886 actes concernés, et l'étude montre que la plupart sont justifiés... Etude consultable sur www.ameli.fr

5. La CGT retient l'estimation de l'INVS de 5 % à 10 % de cancers professionnels sur un total annuel de 280 000 cancers. Soit de 14 000 à 28 000 cas, au lieu des quelque 1 500 reconnus. Le coût moyen du traitement de cette pathologie étant de 250 000 euros.

6. « Le drame de l'amiante en France : comprendre, mieux réparer, en tirer des leçons pour l'avenir » - Rapport d'information de la mission commune d'information :

<http://www.senat.fr/presse/cp20051026b.html>

7. « La commission des Finances partagée sur les allègements de charges » - 17 octobre :

http://www.lesechos.fr/info/rew_france/4330230.htm

Article du *Monde* du 19 octobre :

<http://www.lemonde.fr/web/article/0,1-0@2-3224,36-700505@51-648305,0.html>

Bernard Meslé

Médecin généraliste

Les difficultés de prise en charge des accouchements sur l'agglomération nantaise se situent à deux niveaux : le blocage de capacité du secteur public et les dépassements d'honoraires du secteur privé qui rendent de plus en plus problématique l'accès aux soins dans ce secteur.

Au CHU, la construction de la nouvelle maternité à la Faiencerie, ouverte fin septembre 2004, n'a pas entraîné d'augmentation du nombre de lits malgré la demande du CHU auprès de l'ARH (agence régionale d'hospitalisation, sorte de préfecture des établissements de soins).

Accoucher à Nantes en 2005

La demande du CHU était fondée sur l'expansion démographique de l'agglomération : plus 10 % entre les deux derniers recensements. Malgré ce blocage, la maternité du CHU a accueilli 25 % de plus d'accouchées sur les neuf premiers mois de 2005 par rapport à 2004, arrivant à un taux moyen d'occupation des lits de 124 %, contre 89 % en 2004, ceci grâce à quelques « acrobaties » : deux lits dans des chambres à un lit ; proposition aux accouchées de sortir au bout de trois jours avec prise en charge à domicile par une sage-femme. Le personnel médical, pour mieux gérer la situation, envisage d'instaurer une inscription des femmes au 3^e mois de

grossesse ; le nombre de ces inscriptions serait limité à 300 par mois plus ou moins 10 %, ce qui est le maximum des possibilités actuelles : 3500 accouchements par an.

A la Clinique mutualiste Jules Verne, l'inscription préalable est la règle depuis des années ; il n'y a donc pas eu d'offre supplémentaire en 2005 par rapport à 2004.

Dans le secteur privé, l'ARH a autorisé une augmentation des lits à la clinique Brétéché. Malgré cela, le nombre d'accouchements dans le privé n'a pas augmenté en 2005 malgré une offre accrue. On

peut supposer que les problèmes financiers dus aux dépassements d'honoraires dissuadent de plus en plus de femmes qui se tournent vers l'hôpital public. La question qui doit être posée aux pouvoirs publics est donc : allez-vous donner les moyens au secteur public de répondre à la demande accrue ? Comment avez-vous pu manquer de clairvoyance devant l'accroissement de la population nantaise pour ne pas augmenter les moyens de la maternité hospitalière ? Ou alors, et c'est plus probable, vous espériez un transfert sur le privé. Mais les conditions financières du privé ne permettent pas à toutes les femmes d'y accéder, elles sont même de moins en moins nombreuses à pouvoir se « payer » des dépassements d'honoraires de plus en plus exorbitants. Alors quel avenir, puisque la maternité du CHU arrive à saturation ?



Une campagne de prévention des risques de cancers cutanés liés à l'exposition solaire des enfants est entreprise par l'Institut National du Cancer. De nombreux médecins ont reçu une affichette « Protégez-le du soleil, vous le protégerez du cancer » et quatre moyens sont proposés : 1) casquette, 2) lunettes, 3) tee-shirts, 4) crème solaire. Ces quatre moyens sont réunis sous l'appellation « le bouclier anti cancer ».

Jean-Pierre
Lellouche

Médecin pédiatre

On remarque que sur cette affiche, le mot cancer est écrit quatre fois. Pas une fois, il n'est écrit cancer de la peau, l'affiche éditée par l'Institut National du Cancer nous dit qu'en protégeant un enfant du soleil, on le protège du cancer. Il risque d'y avoir confusion entre protection contre le cancer de la peau et protection contre les cancers en général, et il est très vraisemblable que cette confusion soit voulue. Les publicitaires ont probablement pensé que promettre une protection contre le cancer, et donc contre tous les cancers, était plus attractif que de promettre une protection contre les seuls cancers de la peau.

Risques de cancer

D'autre part, on voit mal comment les lunettes de soleil pourraient éviter un cancer.

Les lunettes peuvent être utiles pour améliorer le confort et pour ne pas fatiguer la vue, mais elles ne peuvent en aucun cas prévenir quelques cancers que ce soit. On peut même à la limite penser qu'un enfant n'ayant pas de protection oculaire souffrirait plus vite du soleil et qu'il y resterait moins longtemps exposant donc moins sa peau. Les lunettes seraient donc indirectement cancérogènes. On pourrait pour la même raison considérer la casquette comme risquant de permettre de mieux tolérer une exposition prolongée et, donc, comme dangereuse si on est concerné uniquement par la question du cancer de la peau.

On sait, par ailleurs, que le soleil de midi est particulièrement agressif. Or aucun conseil n'est donné pour éviter les heures les plus dangereuses. Pourquoi ? La campagne se présente sur un mode ludique, on voit un soleil méchant et un enfant bien protégé par quatre éléments qui constituent son bouclier anti cancer. Or, il se trouve que les quatre éléments, casquette, lunettes, tee-shirt et crème solaire, sont tous quatre des produits à acheter, des produits de consommation. Éviter les heures où l'ensoleillement est le plus dangereux serait un comportement très différent, ce ne serait pas de l'ordre du plus de consommation d'objets marchands, ce serait une utilisation modérée réfléchie responsable de biens non marchands.

Les publicitaires veulent influencer nos choix en jouant sur nos inconscients, mais les publicitaires ont eux-mêmes un inconscient. En oubliant la question du soleil de midi qui doit être évité, et en nous proposant quatre objets de consommation, ils se situent dans une dynamique de consommation. Ils nous incitent à laisser les enfants consommer autant qu'ils le voudront de l'exposition solaire à condition de consommer aussi les quatre produits proposés. L'idée d'un monde où l'on consommerait moins, de façon mieux informée et plus responsable ne les effleure pas.

Jean-Pierre
Lellouche

Médecin pédiatre

Beaucoup de nouveaux-nés crient beaucoup. C'est toujours très pénible et souvent inquiétant pour les parents. Certains parents tentent de faire taire leur enfant en lui mettant la main devant la bouche ou en le secouant. Parfois, ces manœuvres dérapent vers une maltraitance caractérisée : étouffement, gifles, secousses, et vers des lésions ou même la mort. Dans le *Lancet*, vol 364 9 octobre 2004, des auteurs hollandais ont analysé cette situation en Hollande entre 1997 et 1998 auprès de 3345 enfants. Ils ont demandé à des parents de répondre à des questions relatives aux cris et à la maltraitance incorporées dans une série de vingt questions dont certaines anodines : sur la suce, le bercement ou le portage dans un sac kangourou. Les parents remettaient leurs réponses dans une enveloppe cachetée et anonyme.

Il en ressort que la maltraitance liée à des cris ressentis comme excessifs n'est pas exceptionnelle : 6 % des parents ont dit avoir giflé étouffé ou secoué vivement leur enfant pour faire cesser ses cris et parmi eux, un sur cinq (soit à peu près 1 %) ont maltraité leur enfant de plus d'une façon (giflé et secoué ; secoué et étouffé...). La maltraitance est plus fréquente dans les familles de faible niveau socio-écono-

Cris des nouveaux-nés

mique, dans les familles monoparentales, s'il y a du chômage ou un faible nombre d'heures de travail. Mais ce qui est frappant et assez surprenant est le taux élevé de maltraitance repéré dans les familles immigrées de Turquie ou du Maroc (de l'ordre de huit fois plus). Les auteurs en concluent qu'il est très important de penser que les cris excessifs ou ressentis comme excessifs sont très éprouvants pour les parents, il faut les informer de la très grande fréquence des cris (la moyenne à un mois est de l'ordre de une heure et demie de cris par jour), il faut les accompagner.

J'aimerais ajouter que, à côté des parents qui maltraitent leur enfant et qui sont une minorité, il y a énormément de parents qui ressentent leur enfant hurlant comme un persécuteur, ils lui en veulent et en le berçant se disent qu'il ne faut surtout pas le cogner contre les murs et se le disent avec une réelle ambivalence : « si je le cogne ce serait fini, mais heureusement que je suis un bon parent je ne le cogne pas ». Et ce ras le bol, cette peur de passer à l'acte ont très peu d'occasion d'être mis en paroles. « Ça ne se dit pas, il ne faut même pas y penser ».



« It is time to stop putting children second in the UK and USA ». Dans son éditorial du 17 juillet 2004, le *Lancet* attire l'attention sur une régression des droits de l'enfant aux Etats-Unis et au Royaume-Uni.

Au Royaume-Uni, un amendement au Children Bill a été voté (par 226 voix contre 91) permettant aux parents d'administrer à leurs enfants des punitions corporelles « modérées ». Si cet amendement est accepté par la House of Commons, les parents pourront frapper leurs enfants à condition qu'il n'y ait pas de marques, de blessures, de cicatrices, d'œil au beurre noir ou des « lésions mentales » (mental harm).

Aux Etats-unis, une communication a été faite le 7 juillet 2004 devant le Congrès demandant que les enfants ayant des troubles psychiatriques puissent être détenus dans des centres de détention (au lieu d'être dans des centres spécialisés pour les soins).

Aux Etats-Unis, entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2003, 15 000 enfants ont été incarcérés dans des centres de détention pour jeunes parce qu'il n'y avait pas de place dans les

structures de soins psychiatriques. 347 centres ont indiqué avoir des jeunes qui avaient besoin de soins psychiatriques, il y avait dans la plupart des centres des enfants de moins de treize ans ; dans beaucoup, des enfants de moins de dix ans et même un enfant de sept ans. Les enfants incarcérés ne pouvaient pas bénéficier de soins psychiatriques adaptés. Les diagnostics portés étaient : autisme, dépression, schizophrénie, toxicomanie...

L'éditorial souligne que l'autorisation de frapper son enfant à condition que ça ne laisse pas de traces méconnaît complètement la dimension psychologique du problème : la violence faite aux enfants augmente la probabilité qu'ils adoptent à l'âge adulte des conduites violentes et asociales et qu'ils battent leur femme et leurs enfants. Et l'auteur conclut : « Les enfants partout dans le monde ont le droit d'être élevés à l'abri de la crainte des mauvais traitements physiques et psychologiques ou de la perte de dignité et de recevoir les meilleurs soins possibles. Il n'y a rien qui permette d'excuser le fait que les enfants britanniques et américains se situent parmi les exceptions à cette règle ».

Jean-Pierre
Lellouche

Médecin pédiatre

Punitions corporelles

Jean-Pierre
Lellouche

Médecin pédiatre

Dans de nombreux pays la fréquence des césariennes augmente. L'Italie n'est pas encore le détenteur du record dans ce domaine, mais certaines régions ont déjà atteint des taux qu'il sera très difficile (et non souhaitable) d'égaliser.

Pour apprécier les résultats, il faut savoir que l'OMS considère que les césariennes ne doivent pas dépasser 10 à 15 % des accouchements, l'Italie a atteint 35 %. Peut-on faire mieux que 35 % ? Oui, car 35 % est un résultat global, la région Campania atteint, elle, 51 %. 51 % peut sembler être un chiffre indépassable, d'autant plus que le record mondial pour un pays entier appartient au Chili avec 40 %. Peut-on dépasser 51 % ? Aucun pays ne l'a fait, aucune région non plus, mais de nombreuses cliniques dans la région Campania ont atteint des taux de 88 %.

A partir d'un article de *La Repubblica* du 14 mars 2005 qui fournit ces chiffres, je voudrais essayer de comprendre ce phénomène très général et inquiétant qu'est l'augmentation du taux des

césariennes dans de nombreux pays.

Césariennes

Le taux de césariennes dépasse fréquemment 10 à 15 %. Et il tend à augmenter.

Quelques exemples : en Grande-Bretagne, il est passé de 11,3 % en 1985 à 19 % en 1999 ; en

France, le taux est passé de 11 % en 1989 à 17,5 % en 1999. Au Québec le taux de césariennes a augmenté, passant d'une moyenne de 4,8 %, en 1969, à 19,5 % en 1987-88. Depuis ce sommet, le taux a légèrement diminué à 16,7 % en 1997-98, pour regimber en 1999-2000.

Mais nulle part les taux ne sont aussi élevés qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes. Le Chili remporte la palme mondiale avec un taux de 40 %. Au Brésil, il dépasse 36 %, et il est supérieur à 23 % à Cuba, au Mexique, en Uruguay et en Argentine.

Pourquoi les césariennes sont-elles aussi fréquentes et pourquoi vont-elles en augmentant ?

Pour *La Repubblica*, l'explication principale ce sont les sous (i soldi). La césarienne fait gagner de l'argent aux deux bouts de la chaîne. En effet, l'acte césarien rapporte plus d'argent que l'accouchement par voie basse. Mais par ailleurs, comme dans de nombreux autres pays, les obstétriciens ont la hantise du procès qui pourrait leur être fait si un enfant souffrait d'anoxie cérébrale. Si un enfant est handicapé et s'il est né par césarienne, les parents ne pourront pas reprocher à l'obstétricien d'avoir effectué une césarienne, puisque l'obstétricien leur a demandé et a obtenu leur accord. En revanche, si l'enfant est né par voie basse et s'il est handicapé, les parents pourront reprocher à l'obstétricien de n'avoir pas effectué une césarienne.

Or, si un enfant est handicapé, les sommes allouées par les tribunaux peuvent être astronomiques et les cotisations demandées aux obstétriciens pour couvrir ces risques sont très élevées.

La Repubblica fait observer que la quasi totalité des césariennes ont lieu entre huit heures et quatorze heures et ajoute perfidement « C'est étrange pour une intervention qui devrait être une

intervention « d'urgence » et donc non programmable ».

Certains obstétriciens affirment que les femmes désirent la césarienne et ils leur reprochent d'être, comme ils disent par dérision en anglais, « too posh to push », trop chic, trop élégantes pour pousser. Cette affirmation ne tient pas : dans une enquête citée par le journal et portant sur 9500 femmes, 90 % de celles qui avaient accouché par voie basse disaient leur préférence pour cette voie et 70 % des césarisées disaient qu'elles auraient préféré l'accouchement normal.

Il est intéressant de noter deux différences importantes entre les deux régions Campania et Lecco qui ont respectivement un taux de 51 % et de 12 %. En Campania, seulement 10 % des femmes ont des cours d'accompagnement de la grossesse, alors que c'est la très grande majorité à Lecco et d'autre part, les tarifs ont été modifiés à Lecco pour faire que la césarienne ne coûte pas plus cher (et ne rapporte pas davantage) qu'un accouchement par voie naturelle.

L'Amérique du Nord n'est pas seule à avoir vu son taux de césariennes exploser. En Grande-Bretagne, il est passé de 11,3 % en 1985 à 19 % en 1999. En Belgique, la proportion a progressé

de 11,5 % en 1988 à 15,9 % en 1998. En France, le taux est passé de 11 % en 1989 à 17,5 % en 1999. Mais nulle part la situation n'est aussi critique qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes. Le Chili remporte la palme mondiale avec un taux de 40 %. Au Brésil, il dépasse 36 %, et il est supérieur à 23 % à Cuba, au Mexique, en Uruguay et en Argentine.

Au Québec le taux de césariennes a augmenté de façon alarmante dans la province, passant d'une moyenne de 4,8 %, en 1969, à 19,5 %, en 1987-88. Depuis ce sommet, le taux a légèrement diminué à 16,7 % en 1997-98, pour regimber en 1999-2000.

Les sages femmes se sentent très mal à l'aise devant ce recours trop fréquent à la césarienne. Mais elles ne peuvent pas dire aux obstétriciens qu'ils exagèrent. Ce serait la lutte du pot de terre contre le pot de fer. Certaines disent avoir peur en dénonçant cette dérive de « passer pour les talibans de l'obstétrique ».

Et la situation aux Pays-Bas est intéressante à considérer de ce point de vue : 70 % des accouchements se font sous la surveillance d'une sage-femme, et les Pays-Bas sont une des rares nations industrialisées à respecter les normes de l'OMS. Malgré une légère augmentation, le taux de césariennes n'y dépasse pas les 12 %.

Jean-Pierre
Lellouche

Médecin pédiatre

Le diabète chez le jeune enfant était très rare il y a trente ans. Sa survenue avant cinq ans était exceptionnelle. On observe dans de nombreux pays une augmentation considérable de l'ordre de 3 à 5 % par an, avec de plus en plus de cas chez des enfants très jeunes. Augmentation aisément perceptible dans tous les services hospitaliers de pédiatrie.

Cette question est étudiée dans le *Lancet* du 6 novembre 2004. K M Gillepsie publie un article : « The rising incidence of childhood type 1 diabetes and reduced contribution of high risk HLA haplotypes » et cet article est l'objet d'un commentaire de Marian Rewers et Paul Zimmet, que je traduirais ainsi : « la marée montante du diabète de type 1 chez l'enfant : quel est l'insaisissable déclencheur environnemental ? » (« The rising tide of childhood type 1 diabetes - what is the elusive environmental trigger ? »).

Gillepsie et coll. ont comparé les groupes HLA de personnes ayant eu le diabète dans l'enfance dans les années 1922 à 1946 à des personnes ayant eu un diabète depuis 1985. On remarque qu'au-

trefois, le diabète survenait presque exclusivement chez des personnes ayant une forte susceptibilité génétique, alors que dans les cas plus récents, il y a une atteinte fréquente chez des personnes ayant des groupes tissulaires considérés comme peu favorables au développement d'un diabète.

Diabète chez le jeune enfant

Cette augmentation considérable de la fréquence du diabète et l'atteinte de plus en plus fréquente de personnes dont on considérait autrefois qu'elles étaient à faible risque génétique font penser à l'intervention d'un facteur

environnemental. De très nombreuses hypothèses ont été faites. Parmi les hypothèses : les céréales, les entérovirus, les infections répétées de la petite enfance... mais en fait, il n'y a pas d'explication claire. Et pourtant, il y a une augmentation considérable et il est impossible d'imaginer que la cause de cette augmentation ne soit pas un ou plusieurs facteurs environnementaux.

Les auteurs font observer que, selon la théorie de Geoffrey Rose, « la cause d'une maladie la plus difficile à mettre en évidence est celle qui est universellement présente ».

Quel est ou quels sont les facteurs environnementaux responsables ? Doit-on inclure parmi les facteurs susceptibles d'avoir un rôle certains vaccins ou certaines associations vaccinales ?

Il me semble, en tout cas, incroyable et insupportable que le diabète augmente de façon si nette sans que cela suscite davantage d'émotions et d'interrogations.

Nous avons lu pour vous

André Cicoella et Dorothee Benoît Broways, *Alertes santé*, Fayard, 2005, 400 pages

André Cicoella s'est intéressé à la santé environnementale avant l'heure : il nous parle depuis longtemps des cancers ou des troubles de la fertilité liés aux produits toxiques. En 1998, il s'inquiétait dans nos colonnes (1) de l'augmentation des cancers d'enfant alors que cette réalité ne sera reconnue en France qu'en 2004. Il est enfin à l'origine de la création de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement : il sait de quoi il parle lorsqu'il nous raconte comment le rapport sur la téléphonie mobile a pu écarter les contributions gênantes pour la croissance économique et les opérateurs de téléphonie.

Alertes Santé est un livre ambitieux qui aborde de multiples sujets dont on entend parler, mais que l'on connaît mal : plombages dentaires, perturbateurs endocriniens, téléphones portables, nanotechnologies... Ces différentes illustrations sont suivies par une analyse sur la gestion sociale de la santé environnementale et la place démesurée que prennent la science et l'économie dans des décisions qui nous concernent tous. Sans nier la complexité de l'expertise, André Cicoella nous rappelle l'évidence : ce sont bien des questions de société, auxquelles chacun peut et doit prendre part. La nature a horreur du vide, sans doute, et les chaises abandonnées par les citoyens ont tôt fait d'être occupées par des acteurs peu soucieux de la santé de nos enfants : la démocratie est toujours à défendre ou à reconquérir.

Geneviève Barbier

1. « Les trois quarts des cancers sont liés à l'environnement », *Pratiques* n°4, 1998.

Yves Gineste- Jérôme Pellissier, *Humanitude. Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*, Edition Bibliophane-Daniel Radford, juin 2005

Ancrer le prendre soin dans le socle de notre humanité, ne jamais provoquer une réduction ou une destruction des promesses et des facultés fondamentales des êtres humains. La relation soignant-soigné actualise concrètement ces liens d'humanité qui nous relient les uns aux autres. Voilà l'esprit de ce livre « panoramique » : il décrit et analyse avec vigueur, finesse et intelligence le « devenir vieux » avec ses aléas, les structures, les considérations économiques, les pathologies, mais celles des institutions aussi ! Et la vision figée et réductrice qui est habituellement en vigueur dans notre société. Surtout, il propose des gestes simples, une méthode, et une formation pour les « soignants » qui souffrent eux aussi. L'attention aux perceptions et au vécu des soins, la place et le rôle de l'émotion au cours du soin, son utilité pour comprendre l'autre rend ce livre passionnant. On se met à réfléchir à des moments du quotidien, et on sort changé - personnellement et professionnellement - de cette lecture.

Martine Devries

Lydie Violet, Marie Desplechin *La vie sauve*, Editions du Seuil

Sur un sujet grave : une femme jeune et jolie atteinte d'une tumeur du cerveau, un livre léger, enjoué, plein d'humour et de questions posées à chacun de nous, habitants de la planète Terre ; à chacun de nous, professionnels confrontés à une situation tragique. La vie et le destin ne sont pas tracés d'un coup de règle, il y a dans celle-ci beaucoup de traits de crayon, mais l'esquisse est pure et légère.

Martine Devries

Didier Fassin, *Faire de la santé publique*, Edition ENSP septembre 2005*

Un petit livre, 54 pages, très claires, comment d'abord, la santé publique s'est-elle « faite » : cette pratique existe depuis l'antiquité romaine, ou dans l'empire inca, avant même d'être nommée et « construite » au XIX^e siècle. Elle est d'abord, toujours, une pratique du pouvoir politique, et seulement ensuite une affaire médicale. Comment se fait-elle à l'heure actuelle ? L'auteur nous en fait la démonstration à travers l'histoire récente de « l'épidémie » de saturnisme infantile à Paris : grâce à l'activité d'hommes et de femmes, professionnels et amateurs, on passe d'une maladie individuelle, d'un fait inscrit dans les corps à un fait de culture. Selon la manière dont on décrit les troubles, selon le seuil choisi, selon l'interprétation qui est faite des causes : socio-économiques, ou culturelles et comportementales, les interventions préconisées seront très différentes. La santé publique ainsi comprise engage la manière dont nous considérons le monde, et la façon dont nous agissons ou voudrions agir pour le modifier. A travers l'importance actuelle de la santé publique, le corps devient la cause de l'action publique et c'est comme si on reconnaissait au malade des droits auxquels le citoyen ne peut prétendre.

Martine Devries

(*) A commander pour 5,72 euros, port compris à ENSP, avenue du Pr Léon Bernard, 35043 Rennes Cedex

Nous avons vu pour vous

ANCIC, *Cédérom de formation à l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse hors établissement de santé*,*

Un cd-rom interactif sur l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé, édité par l'Association Nationale des Centres d'Interruption de Grossesse (ANCIC) pour la formation des médecins de ville à l'IVG médicamenteuse en complément de la formation délivrée par chaque centre référent avec lequel le médecin (généraliste ou spécialiste) a signé une convention. Ce CD a pour objectif de donner aux médecins l'accès aux textes législatifs nécessaires à la connaissance de la procédure, ainsi que les bases techniques et les documents pratiques pour faciliter sa mise en place. Les cas cliniques interactifs sont les bienvenus dans le dernier chapitre agrémenté d'images échographiques.

Sophie Eyraud

(*) à commander sur le site www.ancic.asso.fr, 10 € + 2 € de frais d'envoi

Courrier des lecteurs

Les luttes féministes depuis 1990

Ndlr. A la suite de l'entretien avec Joëlle Brunerie par Martine Lalande, dans le numéro de Pratiques de janvier 2005, nous avons reçu des précisions :

[...] depuis 15 ans, la loi Neiertz (délit d'entrave à l'IVG, 1993), le maintien de la fabrication du RU 486, la loi du 4 juillet 2001 sur l'avortement et la contraception ont été obtenus aussi par la mobilisation constante des féministes de l'Ancic, de la Cadac et du Mfpf..

Faut-il rappeler que nous restons toujours engagées pour le remboursement des pilules de 3^e génération, pour l'application de la loi du 4 juillet 2001 dans toutes ses directives, pour que toutes les femmes en Europe puissent faire valoir leurs droits à vivre librement leur sexualité ?

Pourquoi nier le travail collectif des féministes depuis les années 90 qui porte autant sur les aspects bioéthiques et le refus de la marchandisation du corps des femmes (« *De nouveaux défis pour le féminisme* » 9 et 10 mars 2002, FSE 2003) que sur la mobilisation pour revendiquer, tout en fêtant les 30 ans de la loi Veil le 25 janvier 2005, la liberté de choisir ?...

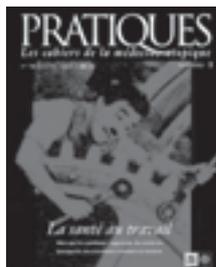
**Annie Bureau et Marie-Laure Brival ; Maya Surduts et Nora Tenenbaum
Coordination des associations pour le droit à l'avortement et à la contraception (Cadac)**

Le noyau dur : l'humain

Je souhaite réagir à l'article de Vincent Delahaye « Entre agrafeuse et logiciel » du n° 30 de *Pratiques*. Je ne suis pas médecin, je suis conseiller ANPE depuis onze ans [...] Je veux juste témoigner ici qu'il (ainsi que plusieurs autres articles de ce numéro 30) décrit le processus de transformation du métier de conseiller à l'emploi ANPE, basé de plus en plus sur « l'utilitarisme » et « l'efficacité » et de moins en moins sur l'humain [...]. Voilà l'ennemi : le noyau dur, qui résiste encore un peu, le contenu proprement humain de l'entretien entre le chômeur (une personne) et le conseiller ANPE (une personne).

« Objectiver », c'est remplacer ce rapport humain par une « utilisation » par le chômeur (éventuellement avec l'aide de l'agent ANPE) d'une machine qui décidera ce qu'il devra faire en fonction de questions bien déterminées a priori.

Bernard Tommasini



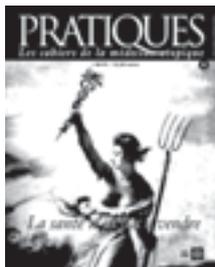
n° 5 : La santé au travail



n° 6 : Sexe et médecine



n° 7 : La responsabilité du médecin



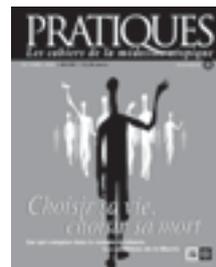
n° 8 : La santé n'est pas à vendre



n° 9 : L'hôpital en crise



n° 10 : Folle psychiatrie



n° 11 : Choisir sa vie, choisir sa mort



n° 12 : L'information et le patient



n° 13 : La médecine et l'argent



n° 14-15 : Profession : infirmière



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



n° 17 : Des remèdes pour la Sécu



n° 18 : Quels savoirs 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



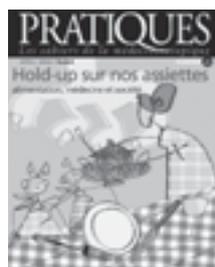
n° 22 : La santé, un enjeu public



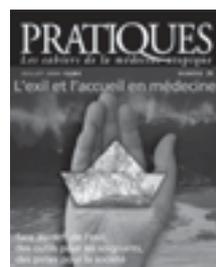
n° 23 : Ils vont tuer la Sécu !



n° 24 : Le métier de médecin généraliste



n° 25 : Hold-up sur nos assiettes



n° 26 : L'exil et l'accueil en médecine



n° 27 : Faire autrement pour soigner



n° 28 : Les pouvoirs en médecine



n° 29 : Contre les méfaits de la Réforme de l'Assurance maladie



n° 30 : Les sens au cœur du soin



n° 31 : Justice et médecine

- 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° 33 : L'envie de guérir

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

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

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

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

Pratiques a besoin de vous !

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

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

Merci et à bientôt,

La rédaction

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

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

- | | | |
|--------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Abonnement un an | 48 euros |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement deux ans | 87 euros |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement jeune médecin
(étudiant, remplaçant, installé de moins
de trois ans et demandeur d'emploi) | 35 euros |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement à durée libre par
prélèvements automatiques (joindre
RIB + autorisation de prélèvement) | 12 euros/
trimestre |
| <input type="checkbox"/> | Commande à l'unité
(14 € + 1,50 € de frais d'envoi) :
– nombre d'exemplaires :
– intitulé du numéro : | 15,50 euros/n° |
| <input type="checkbox"/> | Commande à l'unité numéro
double 14/15 (16,80 € + 1,50 €) | 18,30 euros |

nom _____

prénom _____

adresse _____

téléphone _____

fax _____

e-mail _____

profession _____

Chèque à l'ordre de *Pratiques* à envoyer :
52, rue Gallieni - 92240 Malakoff - France
Tél. : 01 46 57 85 85 • fax : 01 46 57 08 60
e-mail : revuepratiques@free.fr
site : <http://www.smg-pratiques.info>

Un reçu vous sera adressé à réception de votre règlement

PRATIQUES n° 32

Le temps de la parole
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 : Yolande Rousseau,

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 ; Marie Kayser ; Sylvie Lagabrielle ;

Martine Lalande ; Evelyne Malaterre ;

Elisabeth Maurel-Arrighi ; Didier Ménard ; Patrice
Muller ; Anne-Marie Pabois ; Elisabeth Pévide ;
Anne Perraut-Soliveres ; Sylvie Simon ; Dominique
Tavé ; Christiane Vollaire

Correspondants : Denis Labayle ; Noëlle Lasne ;

Jean-Pierre Lellouche ; Monique Sicard

Dessins : Eloi Valat

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 : 4^e trimestre 2005

commission paritaire n° 0308G85786

ISSN 1161-3726

Publié avec le concours du Fonds de promotion de
l'information médicale et médico-économique
(FOPIM)

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.

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

PRATIQUES

Les cahiers de la médecine utopique