

Chère lectrice, cher lecteur,

Vous découvrez avec ce numéro la nouvelle formule de notre revue. Nouvelle maquette, nouveau contenu rédactionnel, nouvelles ambitions.

2007 est pour *Pratiques* l'année d'une mutation importante. Notre projet est d'ouvrir la revue à l'ensemble des acteurs de la société civile intéressés par les questions de soin et de santé.

Nous avons donc décidé de quitter les liens syndicaux, aux origines de la création de la revue en 1976, en créant une société éditrice de la revue autonome et indépendante : *Les éditions des cahiers de la médecine utopique*. Notre revue continue, mais sous une forme totalement renouvelée.

2007 est une année d'échéances électorales importantes. *Pratiques* participera pleinement au débat politique concernant l'avenir de notre système de soins et de santé en se plaçant sous la bannière *Résister et Reconstruire*.

Résister contre les dérives sécuritaires et mercantiles à l'œuvre aujourd'hui dans le champ médical. Refonder le système de soins pour qu'il recouvre sa mission originelle d'un service public de qualité, accessible à tous. Recentrer le soin autour d'une médecine de première ligne qui non seulement soigne la personne malade, mais qui puisse aussi intégrer des objectifs de prévention et de santé publique.

Revue faite au départ par et pour des médecins généralistes soucieux de réfléchir à leur pratique dans le contexte social, *Pratiques* a su, dès ses débuts, dépasser ce cadre et s'attirer les collaborations non seulement d'autres soignants – infirmiers, psychiatres, médecins hospitaliers – mais aussi des travailleurs sociaux, des spécialistes des sciences humaines ainsi que des usagers de la médecine. Le dossier de ce numéro consacré à la place des sciences humaines chez les soignants est une bonne illustration de cette approche transversale. La santé, cela nous concerne tous. Vraiment tous.

2007 est une année décisive. *Pratiques* est aujourd'hui menacée à très court terme d'asphyxie financière. Pour survivre, il faut franchir un cap, augmenter de façon significative notre audience, élargir notre lectorat.

Vous trouverez en page quatre et cinq de ce numéro l'appel à une souscription de 50 000 euros pour passer le cap de l'année 2007 et permettre le développement à moyen terme de la revue. Cet appel est capital. L'objectif est d'atteindre l'équilibre budgétaire en 2010.

2007, une année avec beaucoup d'espoirs et quelques dangers.

Toute l'équipe de *Pratiques*

## 9 Introduction

par Elisabeth Maurel-Arrighi et Anne Perraut Soliveres

## 1. Les sciences humaines mal traitées

Anne Perraut Soliveres

## 10 Les illusions perdues

*Une infirmière raconte son cheminement dans le dédale des sciences humaines et sa démarche de praticien chercheur.*

Céline Lefève, Françoise Blanchet-Benqué

## 12 Les sciences humaines et sociales en fac de médecine ?

*Que se passe-t-il dans le cursus des études ? Deux enseignantes font un état des lieux.*

Lucile Marquies

## 14 Un défaut de traduction

*De la théorie à la pratique il y a un monde, c'est le constat d'une jeune psychologue clinicienne enseignante.*

Entretien avec Jean-Marc Mouillie

## 15 La philosophie ou l'apprentissage de la critique

*Un philosophe directeur d'un département de sciences humaines parle de son expérience pionnière.*

Philippe Bencteux

## 18 La science du soin

*Loin des recettes préconisées par les théoriciens, un infirmier revendique l'humain comme base des savoirs nécessaires au soin.*

Christiane Vollaire

## 20 Pour un usage authentique de la raison

*Une philosophe souligne les dangers du réductionnisme biologique à l'œuvre en médecine.*

## 23 Marie Kayser Cheminement

Anne-Marie Pabois Initiation

Sylvie Simon Exil

Elisabeth Pénide

## 24 Clown triste

*L'absence d'accompagnement des jeunes professionnels laisse des traces durables.*

Entretien avec Jean-Pierre Peter

## 25 Histoire de la relation médecin/malade

*Pourquoi enseigne-t-on aussi peu l'histoire de la médecine ?*

Eric Hamraoui

28 Au XIX<sup>e</sup> siècle déjà la controverse...

Daniel Lemler

## 29 Sortir la psychanalyse de l'ombre

*Un psychanalyste souligne comment l'institution médicale a du mal à intégrer l'inconscient.*

## 2. Les savoirs et les rencontres qui ouvrent

Elisabeth Maurel-Arrighi

## 31 Comment font nos collègues sénoufos ?

*Quand les chercheurs en sciences humaines osent s'engager, des portes s'ouvrent. Une généraliste évoque les passerelles entre anthropologie et psychanalyse.*

Entretien avec Alain Caillé

## 32 Le pari du don

*Non, les sciences sociales en médecine ne sont pas inéluctablement soumises au tout-économique. Les chercheurs du MAUSS défendent l'importance du don dans la vie sociale.*

Entretien avec Françoise Davoine et Jean-Max Gaudillière

## 35 Les outils de la confiance

*Partir de son propre fond, s'ouvrir aux différentes disciplines et à d'autres cultures, et surtout s'engager aux côtés des patients, voilà la démarche singulière de deux psychanalystes issus des sciences sociales.*

Noëlle Lasne

## 39 Une pratique de l'imaginaire

*Et si la littérature était un outil pour comprendre et ressentir ce qui se passe dans le soin.*

## 41 L'accent du Jura

Gérard Danou

## 42 Éloge de la littérature

*Un médecin propose de s'appuyer sur la littérature pour développer son sens de l'autre.*

Geneviève Barbier

## 44 Jean Valjean

Entretien avec Philippe Pignare

## 45 Les sciences qui dérangent

*Un éditeur bouscule le monde des sciences sociales en donnant la parole à des courants novateurs.*

## 46 Martine Devries

Geneviève Barbier

Catherine Jung

Les raisons de la colère

La nuit de noces de Louis XIII

Avicenne

3. Transmettre pour changer

- Entretien avec Pierre Rabany
- 47 **Savoir se taire**  
*Plus que de sciences sociales, nous avons besoin d'écouter, dit un généraliste enseignant.*
- Eric Galam
- 49 **L'injonction de la perfection**  
*Un médecin responsable d'association aborde les limites de l'apport des sciences humaines.*
- Entretien avec Louis Velluet
- 50 **Devenir « médecin de famille »**  
*Un généraliste est aussi psychothérapeute, c'est la thèse d'un médecin psychanalyste.*
- Isabelle de Beco
- 53 **Chercher des outils**  
*À partir des difficultés rencontrées, pourquoi et comment une association de formation médicale continue à chercher l'aide des sciences humaines ?*
- Laure Van Wassenhove
- 55 **Dessine-moi une consultation**  
*Une enseignante en médecine propose des « cartes heuristiques » pour ouvrir les étudiants à la complexité des situations.*
- Sylvie Cognard
- 58 **Un diplôme universitaire hors-normes !**  
*Une généraliste partage ses doutes entre une réflexion sur l'éthique et les sentiments d'une aggravation des difficultés du quotidien.*
- Entretien avec Pierre Aiach
- 59 **Le social comme face cachée de la médecine**  
*Pourquoi les inégalités sociales de santé sont-elles à ce point occultées ? Un sociologue invite les médecins à se réapproprier ces questions.*
- 61 Elisabeth Maurel-Arrighi Le plaisir de savoir  
Martine Lalande Quelles sciences humaines ?  
Gilles Pannetier Postier syndicaliste
- Didier Ménard
- 62 **Du bon usage de la sociologie**  
*Quand au début des années 80, des praticiens et des chercheurs se retrouvent dans la même cité de la banlieue parisienne, ils peuvent élaborer de nouvelles pratiques avec les habitants.*

IDÉES

- Entretien avec Claude Evin
- 6 Rééquilibrer les facteurs de choix publics

ACTU

- Marie Kayser
- 65 Refus de soin  
Elisabeth Maurel-Arrighi et Martine Lalande
- 66 Non à une société sécuritaire  
Marie Kayser
- 67 Coup d'arrêt aux programmes « d'aide à l'observance »  
Marie Kayser
- 68 Sauver la formation du généraliste

COUP DE GUEULE

- Denis Labayle
- 69 À force de crier au loup

ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

- Pierre Volovitch
- 70 Le mensonge de la « complémentaire pour tous »

BIG PHARMA

- Marcel Garrigou-Grandchamp
- 75 L'ostéoporose a bon dos  
Philippe Masquelier
- 76 Scandales industriels et indépendance  
Jean-Louis Montastruc
- 78 Tamiflu® et grippe aviaire

ENVIRONNEMENT

- Geneviève Barbier
- 83 Cancer : l'invisibilité organisée

FIN DE VIE

- Bernard Senet
- 86 Vieillir : comme on peut ou comme on veut ?

DES PRATIQUES DIFFÉRENTES

- Francis Gaches
- 88 Danse avec l'hépatite  
Marie-Jeanne Martin
- 89 Les sœurs de la Perpétuelle Indulgence

NOUS AVONS LU POUR VOUS

- 90 Dominique Louise Pélegrin, Marie Kayser, Christian Bonnaud,  
Jean-Pierre Lellouche, Martine Devries

DU CÔTÉ DES AMIS

- 94 Le journal de la Commune, dessins inédits d'Eloi Valat

# 50 000 pour que vive et se

Dans les infos en général, la santé = profit et rentabilité. Dans *Pratiques*, j'aime lire ce débat d'idées entre acteurs de soins et soignés sur une médecine basée sur l'humain qui tient compte de la personne dans sa totalité (environnement affectif, social, économique). Si par malheur la maladie frappe, *Pratiques* nous apprend qu'il peut y avoir dialogue et que heureusement, il existe encore des soignants qui écoutent.

**Yolande Rousseau**  
Assistante de direction

Victor Hugo disait que les utopies d'aujourd'hui sont les réalités de demain. *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*, c'est le débat sur la réalité du système de santé de... demain 2007 !

**André Cicoella**  
Président de la commission santé des Verts

Pourquoi j'aime la revue *Pratiques* ? Parce que les articles sont écrits par des soignants qui voient l'humain dans le malade, parce qu'ils osent se poser des questions sur eux-mêmes, sur l'autre, sur les institutions, sur la société, avec une grande honnêteté intellectuelle.

Et, parce qu'ils se posent ces questions-là, il y a l'espoir qu'un jour (sûrement lointain) l'humanité soit plus respectueuse de la vie.

**Chantal Montrichard**  
Aide-ménagère, écrivaine



**Chère Amie, cher Ami de *Pratiques*,**

2007 est l'année de tous nos espoirs dans une revue renouvelée dans sa forme et son contenu, mais aussi celle de la crainte d'un étranglement financier qu'il nous faut savoir dépasser pour la réussite de notre projet.

Malgré une série de mesures rigoureuses prises pour diminuer nos coûts de fabrication, nous nous heurtons cette année à un trou de trésorerie infranchissable <sup>1</sup> sans un apport immédiat d'argent frais, en attendant que les mesures de fond que nous avons mises en place <sup>2</sup> portent leurs fruits : nous avons prévu d'arriver à l'équilibre budgétaire de la revue en trois ans faisant passer le nombre de ses abonnés payants de 850 aujourd'hui à 1 350 en 2010.

**La somme à trouver dès aujourd'hui pour que *Pratiques* puisse franchir le cap de l'année 2007 avec une politique de développement sur trois ans est de 50 000 euros.**

**Nous pouvons y parvenir et pour cela nous devons trouver :**

**50 souscripteurs à 1000 euros**

**ou**

**500 souscripteurs à 100 euros**

**ou**

**1 000 souscripteurs à 50 euros**

1. Depuis deux ans, arrêt de subventions publiques dont nous étions bénéficiaires : Centre national du livre et FOPIM (Fonds de Promotion de l'Information Médicale et médico-économique).

2. Réduction des coûts de fabrication, amélioration de la revue pour accroître son audience et sa notoriété, politique de diffusion renforcée.

# euros développe notre revue

C'est le prix à payer pour que *Pratiques* puisse continuer à vivre et se développer de façon durable. Nous nous engageons bien sûr à donner dans les semaines et mois à venir les informations concernant cette souscription et l'usage précis que nous en ferons.

Votre abonnement est le signe que vous avez eu besoin de *Pratiques* pour essayer de réfléchir le soin ou la santé, à la croisée de la médecine et des sciences humaines, avec des informations, des témoignages, des analyses critiques, des débats contradictoires, des propositions alternatives aux modèles dominants.

Aujourd'hui, *Pratiques* a besoin de ses lecteurs pour pouvoir continuer à vivre et se développer dans une indépendance éditoriale totale, sans publicité, sans autre ressource financière que ses abonnements et la vente au numéro.

En espérant que vous pourrez faire partie de nos généreux donateurs, nous sommes à votre disposition pour tout renseignement complémentaire éventuel.

Toute l'équipe de *Pratiques*

Ceux qui me côtoient peuvent témoigner que je ne manque jamais une occasion – professionnelle ou amicale – de demander autour de moi : « Connaissez-vous la revue *Pratiques* ? ». Tenez, prenez ce numéro et découvrez-la. Elle est remarquable car y écrivent des professionnels de santé qui osent se mettre à nu, exposer leurs regrets, leurs peurs, leurs difficultés, leurs joies à soigner leurs patients. Justement, les patients c'est nous. Avec nos interrogations, nos colères, nos incompréhensions quand nous sommes dans le cabinet d'un médecin avec lequel il est parfois si difficile de communiquer. En la matière, nous avons tous eu des souvenirs douloureux. Cette revue, c'est le moyen de se rencontrer, de lever la barrière, de réparer, de se comprendre.

**Tù-Tâm Nguyễn**

Responsable du Pôle Vivant et environnement –  
Cité de la santé,

Médiathèque de la Cité des sciences et de l'industrie

*Pratiques* c'est d'abord une revue qui permet de ne pas désespérer de la médecine : d'une part parce qu'elle témoigne des interrogations qui traversent le milieu médical, d'autre part parce que son ouverture aux non professionnels de la médecine (y compris les usagers) et le dialogue ainsi engagé avec eux contraste avec le discours monolithique qui a longtemps été celui des Esculapes.

L'avenir est là.

**Marie-Christine Pouchelle**

Anthropologue,

**Jean-Pierre Peter**

Historien



Je souscris en payant (et j'ai bien noté qu'un reçu me sera adressé à réception de mon règlement) :

50 €     100 €     200 €     500 €     1 000 €     le montant de mon choix : .....

par chèque, à l'ordre de **Souscription-Pratiques**, à Pratiques, 52 rue Gallieni, 92240 Malakoff.

Merci de nous indiquer vos coordonnées :

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Tél. .... Fax .....

E-mail .....

Profession .....

# Rééquilibrer les facteurs de choix publics

Entretien avec **Claude Evin**

Claude Evin, ancien ministre de la Santé et de la protection sociale, député et président de la Fédération hospitalière de France nous livre ses analyses sur les points de blocage actuels de notre système de soins.

*Pratiques : Les politiques peinent à réformer le système de soins, et plus largement de santé. Ancien ministre, parlementaire, président de la Fédération hospitalière de France (FHF), vous avez l'expérience pour nous aider à comprendre quels sont les obstacles qui s'opposent, ou du moins freinent, les transformations.*

**Claude Evin :** Les obstacles ne sont pas nécessairement de même nature suivant les domaines que l'on veut réformer. Le sentiment que j'ai est que le débat sur les questions de santé est fortement monopolisé par une représentation des seuls professionnels de santé et qu'il n'y a pas de débat démocratique autour des questions qui touchent le système de santé, comme par exemple l'organisation du système, les enjeux auxquels nous sommes confrontés aujourd'hui tels l'accès aux soins, les inégalités territoriales dans l'offre de soins, le niveau de prise en charge par la solidarité nationale face à une augmentation grandissante des dépenses de santé. Tous ces sujets font l'objet de décisions qui résultent d'un rapport de force où seuls s'expriment les représentants des professionnels. Même si la loi du 4 mars 2002 a donné plus de place aux patients, en particulier aux associations qui les représentent, ils n'ont pas encore la possibilité de peser réellement sur les choix qui sont faits en leur nom. Donc, nous en sommes toujours dans la situation où ce sont les professionnels qui s'expriment au nom des patients sur des sujets divers qui pourtant les concernent, tels que : les modalités de rémunération des professionnels du soin, leur implantation géographique... Cela ne veut pas dire que les Français n'aient pas d'opinions sur la question. Ces sujets sont constamment évoqués dans les réunions publiques auxquelles je participe. Mais ces expressions ne sont pas entendues lorsque des choix de réforme seraient à faire.

*Dans l'organisation des caisses d'Assurance maladie, les partenaires sociaux étaient censés être porteurs de ce débat démocratique. Pour vous, de ce côté-là, il y a donc constat d'échec ?*

Sur un certain nombre de sujets que je viens d'évoquer, on ne peut que constater les carences. Les discussions sur la convention médicale ne sont plus que des négociations tarifaires. La question de la répartition territoriale de la médecine libérale, avec aujourd'hui des zones où il n'y a plus du tout d'offre de soins, n'a jamais été portée par les organisations qui géraient les caisses de Sécurité sociale. Pas plus que les questions liées à l'accès aux soins, aux honoraires libres, au secteur 2<sup>1</sup> de la convention médicale. Quand, il y a quinze ans, j'étais aux responsabilités ministérielles et que je me souciais de l'accès aux soins et d'une présence effective minimale sur un territoire de professionnels du secteur 1<sup>2</sup>, je n'ai pas eu le soutien des organisations syndicales de salariés gestionnaires des caisses de l'Assurance maladie.

Une part de l'explication de cette situation est liée aux compétences que l'on donne aux caisses. Le partage des compétences entre les caisses et l'État, qui conduit à limiter la compétence des caisses à la médecine de ville, conduit à une appréhension cloisonnée de l'offre qui ne correspond plus à la réalité. Mais personne ne peut imaginer que les organisations syndicales responsables de la gestion des caisses aient en charge les dépenses hospitalières. Les dépenses hospitalières sont très majoritairement des dépenses de personnel, personnel qui est représenté par les mêmes organisations syndicales que celles siégeant dans les caisses. Comment dans ces conditions demander aux organisations syndicales d'être en position d'optimiser les dépenses hospitalières ?

Mais la carence n'est pas seulement du côté des partenaires sociaux, on ne peut également que constater la grande pauvreté du discours poli-

tique. Ainsi, sur la question de l'accès réel au service public en matière d'hospitalisation.

Aujourd'hui, une grande partie de la chirurgie est en train de passer du public au privé. Si l'on n'agit pas, on va vers une situation dans laquelle la chirurgie à l'hôpital public ne prendra plus en charge que les activités de pointe d'une part et les populations défavorisées d'autre part. Il y a besoin ici d'une réflexion des politiques qui n'existe pas. Bien sûr les collectivités territoriales n'ont pas formellement de compétence dans ce domaine, mais cela n'explique pas tout. Certains élus commentent à s'y mettre. À l'intérieur de la FHF, nous avons décidé de donner plus de place aux élus au sein des régions. Mais les politiques ont du mal, car ils considèrent que les questions de santé sont des questions qui relèvent des professionnels. La question de la territorialité a émergé dans le débat au moment des élections régionales en 2004, mais comme les Conseils régionaux n'ont pas compétence en la matière, le sujet est resté en l'état. Les élus se sont peut être davantage investis dans les SROS<sup>3</sup> de troisième génération en 2005-2006.

*Est-ce que ce constat d'absence de débat politique large n'est pas lié aussi au fait que les gens qui sont dans les postes de décision ne sont pas formés aux questions de soin et de protection sociale ?*

Il y a bien d'autres domaines où on retrouve cette situation. Par exemple, un maire avant d'être élu n'a pas de compétence particulière dans un certain nombre de domaines spécifiques : la voirie, les questions de transport, d'urbanisme, etc. Une fois qu'ils sont élus, ils s'y mettent.

*Si le problème central est celui de l'absence de débat démocratique sur ces questions, comment peut-on organiser ce débat ?*

Il faut avoir la volonté de l'organiser au niveau national, mais aussi régional. Dans la loi du 4 mars 2002 était prévue la mise en place de Conseils régionaux de santé. Il faut une instance permanente qui organiserait le débat public sur ces questions. Il s'agirait d'un organe consultatif qui aurait en charge d'organiser le débat à propos de l'évolution de l'ensemble de l'offre de soins hospitalière et ambulatoire. Dans la situation actuelle, ce que l'on trouve sur le terrain c'est une décision imposée de type administrative, celle de l'ARH<sup>4</sup>, sans discussion préalable et à laquelle fait face un Comité de défense souvent très largement dominé par les professionnels ou les syndicats de personnels de santé.

Au niveau local, il faut que les débats sortent du champ des seuls professionnels. Au niveau national, il faudrait élargir les compétences de la Haute Autorité de Santé (HAS) afin qu'elle porte ce genre de débats en lui donnant non seulement

une vocation médicale et scientifique, comme c'est le cas actuellement, mais aussi une mission économique. J'aimerais que par exemple la HAS puisse faire de la pédagogie sur le déremboursement en cours des médicaments ou sur toute autre décision à prendre concernant le niveau de prise en charge par la solidarité nationale.

*Vous parlez du niveau national et régional. La question ne doit-elle pas être également portée au niveau plus local, du territoire ?*

Oui, il faut un débat au niveau du territoire local. Un débat qui ne peut pas se limiter à la question des fermetures et d'ouvertures de structures. Mais qui doit traiter également de l'organisation, de l'accès, et de la qualité et de la sécurité des soins. L'organisation de la chirurgie carcinologique doit faire l'objet très prochainement de la publication de textes fixant des règles d'amélioration de la qualité. Au regard des seuils d'activité nécessaires pour assurer la sécurité, 25 à 40 % des hôpitaux publics sont potentiellement touchés et devront mettre en œuvre des organisations communes. C'est là-dessus qu'il faut débattre localement et régionalement.

*La question de la répartition de l'offre n'est-elle pas également liée d'une part aux règles d'installation des médecins libéraux et d'autre part aux règles de nomination des médecins hospitaliers ?*

C'est une question réelle qui préoccupe la population. D'un côté, il faut affirmer qu'on ne peut faire avancer cette question sur le seul mode de la contrainte. Mais il faut aussi se souvenir qu'aujourd'hui, elle n'est traitée qu'avec les organisations syndicales de médecins. Si la population participait au débat, la situation serait changée. La FHF vient de faire la proposition pour la médecine de ville de limiter le conventionnement des nouveaux médecins dans les territoires où l'offre est jugée excédentaire, tout en s'assurant qu'existe à ce niveau un « bouclier de service public » c'est-à-dire un minimum d'offre de soins par territoire selon des principes de service public, c'est-à-dire en tarifs opposables avec permanence des soins. La CSMF<sup>5</sup> a protesté, considérant que nous n'avions pas à faire de propositions dans ce domaine, or les carences de l'offre de soins libérale touchent aussi les hôpitaux, d'une part les hôpitaux locaux fonctionnent avec des médecins libéraux, s'ils ne sont pas présents dans certains territoires, ces hôpitaux en pâtissent ; de la même manière que lorsque les médecins libéraux ne sont pas là pour garantir une offre de soins en ville, c'est l'hôpital que les patients sollicitent.

*Puisqu'on en arrive aux libéraux. Il y a depuis de nombreuses années des projets relatifs à une modification*

.../...

.../...

*du mode de rémunération des professionnels libéraux. Dans le même temps, on sent bien que chez les jeunes médecins, la médecine libérale est moins attractive. Quels sont ici les obstacles à une modification des modes de rémunération ? Pourquoi le troisième étage du médecin référent, celui qui aurait pu mettre en place un financement forfaitaire des actions de prévention, n'a jamais été mis en place ?*

Le premier obstacle, c'est que l'on est ici dans un débat totalement idéologique pour les organisations de médecins.

*Dont la représentativité peut-être discutée, car en décalage complet par rapport aux préoccupations des jeunes générations de médecins.*

En effet, mais pour le moment, ce sont eux qui s'expriment. Donc, pour ces organisations, la question du mode de rémunération n'est pas un sujet rationnel. On touche ici à du symbolique. C'est certainement moins vrai pour les jeunes médecins, mais pour le moment on ne les entend guère. S'ajoute à cette réaction des organisations de médecins un blocage plus technocratique, à caractère financier. Le mode de rémunération à l'acte est inflationniste. Pour le moment, quand on a mis en place des modes de rémunération forfaitaire, on les a envisagés comme venant s'ajouter au paiement à l'acte. L'impact sur les dépenses pose alors problème. Dans ce domaine, il faut rediscuter l'ensemble de la structuration de la rémunération du médecin, ce qui reste un sujet tabou.

*Pour changer de sujet, ne faut-il pas revenir sur cette séparation qui donne à l'Assurance maladie une compétence exclusivement sur le curatif tandis que la prévention reviendrait à l'État ?*

Il faut un pilote unique avec un fonctionnement institutionnel différent. Je suis favorable à ce qu'on aille vers des Agences régionales de santé placées sous la responsabilité d'une Agence nationale de santé. Aujourd'hui, le Parlement vote sur l'ONDAM<sup>6</sup>. Il faudrait que la négociation conventionnelle soit en cohérence avec l'ONDAM. Que le lien avec le secteur médico-social soit mieux pensé... L'Assurance maladie peut-elle réellement agir sur l'hôpital ? J'ai évoqué tout à l'heure la situation dans laquelle sont les organisations syndicales à la fois présentes dans les conseils d'administration des caisses, mais en même temps repré-

sentantes des intérêts des personnels hospitaliers. Dans le même temps, l'État est là sans admettre qu'il affirme toujours totalement son autorité.

*Cela fait plus de vingt ans que l'on parle d'une réforme nécessaire de la « gouvernance » de l'Assurance maladie définissant plus clairement le rôle des différents acteurs...*

Non, ça ne fait pas plus de vingt ans qu'on le pose de cette façon. La réflexion a progressé. Lors de la campagne présidentielle de 2002, Jospin et Chirac parlaient tous les deux d'Agences régionales de la santé, mais personne n'avait suffisamment réfléchi au contenu même de la proposition. Depuis, il y a eu la loi de 2004 clarifiant les rôles au sein de l'Assurance maladie. La question première n'est pas pour moi de savoir qui doit avoir le leadership de la gouvernance entre l'État et l'Assurance maladie. Il faut rebattre les cartes en proposant un pilote unique. Comme je n'imaginais pas que les caisses de Sécurité sociale puissent piloter le secteur hospitalier compte tenu des enjeux, de façon pragmatique j'opte pour un regroupement État-caisses dans une seule instance. Il est à remarquer que cette proposition a été reprise aussi bien par Nicolas Sarkozy dans un discours du 2 octobre dernier que par le Parti socialiste dans son projet politique.

*Pour conclure provisoirement, peut-on dire quelques mots sur le médicament ? Comment mener une politique du médicament indépendante des pressions des laboratoires pharmaceutiques ? Qui diffuse l'information sur les médicaments ? Qui valide cette information ?*

Qu'est-ce que l'indépendance par rapport aux laboratoires ? Nous avons besoin des laboratoires pour produire les médicaments. Quant aux moyens d'informations sur les médicaments, des outils existent qu'il faudrait évaluer pour les améliorer, je pense aux avis d'AMM<sup>7</sup> ou aux avis de la Commission de la transparence. Mais je ne suis pas certain que l'État sache bien les utiliser.

*Il nous semble que c'est le point crucial pour l'amélioration de l'information des médecins prescripteurs.*

L'État ne sait pas faire de communication sur ces sujets. ■

1. Catégorie des médecins libéraux qui ont choisi le secteur de la convention médicale leur permettant de pratiquer des dépassements d'honoraires.

2. Le secteur de la convention médicale où les médecins s'engagent à appliquer les tarifs conventionnels sans dépassement d'honoraires.

3. Schémas régionaux d'organisation sanitaire.

4. Agence Régionale de l'Hospitalisation.

5. Confédération des syndicats médicaux français.

6. Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie. Le gouvernement transmet chaque année au Parlement un rapport analysant l'évolution, au regard des besoins de santé, des soins financés au titre de l'ONDAM.

7. Autorisation de Mise sur le Marché.



# La place des Sciences humaines dans le soin

**Remède, leurre, alibi ?** Que peut-on attendre de l'apport des sciences humaines et des sciences sociales dans la formation des soignants ? À quelles conditions ces savoirs peuvent-ils les aider dans leur pratique ? Qui est légitime pour transmettre les savoirs ? Telles sont les questions auxquelles se confrontent dans ce numéro des soignants, des enseignants, des chercheurs et des citoyens.

Alors que la sélection se fait principalement sur des critères scientifiques, les sciences humaines et sociales ont été introduites depuis quelques années dans l'enseignement des écoles d'aides-soignants aux facultés de médecine. Dans quelles conditions ces matières ouvrent-elles la curiosité des professionnels et leur capacité à intégrer les données sociologiques, historiques, philosophiques, psychiques et politiques requises par le soin ?

À l'heure de la domination du rentable et du quantifiable, *Pratiques* fait l'hypothèse que les sciences humaines et sociales présentent les mêmes dangers d'extériorité, de dogmatisme et de surdité que la médecine. Depuis longtemps, des praticiens s'efforcent d'intégrer les sciences humaines dans leur pratique. Bonheurs et déceptions sont au rendez-vous, selon que les chercheurs osent ou non partager et s'engager. Il y a un monde entre les chercheurs qui restent dans la tour d'ivoire de leurs théories, et ceux qui apportent des concepts issus de la confrontation au réel. La médecine est d'abord une pratique, avec ses incertitudes et son ancrage dans la relation. Pour faire face, les soignants ont besoin de se nourrir aux côtés de philosophes, d'ethnologues, d'historiens, d'économistes, de sociologues, de psychanalystes qui partagent la même attention au monde.

La revue *Pratiques* plaide pour que soient entendus, à côté des universitaires qui travaillent en lien avec le terrain, les soignants qui s'interrogent à partir de leur pratique et de leur expérience. C'est à ces conditions que la parole des citoyens, malades ou bien-portants pourra être écoutée.

Elisabeth Maurel-Arrighi, Anne Perraut Soliveres

RE  
LE  
S  
S  
D  
D

# Les illusions perdues

**Anne Perraut Soliveres**, cadre supérieur  
infirmier de nuit, chercheur en sciences de l'éducation

Anne Perraut Soliveres est l'auteur de *Infirmières, le savoir de la nuit*, PUF, 2001.

J'ai longtemps cru que ce qui manquait à ma formation d'infirmière tenait à l'absence d'enseignement des sciences humaines. C'est cette sensation de vide qui m'a poussée à m'inscrire à l'université sitôt ma formation terminée, espérant y trouver réponse à la question cruciale et cependant jamais formulée : « Que faire quand je me trouve dans une situation qui m'embarrasse, soit parce que je ne sais pas comment me comporter, soit parce que je suis trop touchée pour garder la distance que j'imagine être la bonne ? »

Tout en exerçant ma profession d'infirmière, j'ai surfé de la psychologie expérimentale à la psychanalyse, en passant par la sociologie ou l'ethnologie, sans trouver « le » chemin que je cherchais obstinément. Je suivis ainsi deux routes parallèles durant plusieurs années, sans comprendre ce qui pourrait un jour faire se rencontrer ces univers que je sentais nécessaires à mon équilibre. Mon quotidien professionnel me confrontait à de multiples situations, souvent difficiles à vivre, et cependant d'une richesse insoupçonnée. Qui n'a jamais affronté, muet d'angoisse, le regard de celui qui vient d'apprendre qu'il plonge dans la récurrence de son cancer, évoqué avec lui la suite, traitement, risques, espoirs ou désespoirs insensés, ne peut comprendre combien peuvent être dérisoires certaines théories comportementales. Mes études universitaires me tiraient hors du réel, mais me donnaient à entrevoir une profondeur de champ dont je sentais l'importance capitale pour mieux approcher ceux que je devais soigner et surtout comprendre ce que je faisais.

Mon insatisfaction face aux différents courants universitaires que je traversais tenait à ce que j'y retrouvais précisément ce que je reprochais à la médecine : un certain dogmatisme associé à l'absence d'ouverture à d'autres univers du savoir.

L'hyperspécialisation, le verrouillage absolu face à toute instillation du doute, affligeaient mon exigence de vérité. Pendant que l'expérience me façonnait, la conscience de mon impuissance à maîtriser la maladie chez le malade et surtout ma propre angoisse face à l'évolution des pathologies résistant à la médecine, se substituait insidieusement aux espérances insensées de mes débuts.

Mon passage par l'école des cadres infirmiers de Reims fut l'élément heureusement perturbateur. Cette école travaillait autour des concepts de l'analyse institutionnelle, une exception dans le paysage ultraconservateur de l'hôpital, mais aussi une des révélations de mon parcours universitaire. Jusque-là, j'avais naïvement imaginé que les décisions institutionnelles étaient prises de façon forcément objective. Soudain, je découvrais la multitude de données (politiques, budgétaires, idéologiques, hiérarchiques et surtout subjectives...) qui complexifiaient le fonctionnement de l'hôpital et enserraient ma fonction soignante. Je pouvais enfin commencer à me déculpabiliser, à m'extraire de ce que je considérais jusque-là comme un échec personnel. Loin de me démobiliser, cette découverte me donna enfin les pistes de travail dont j'avais besoin pour aborder sans pathos la question de la souffrance.

Puis, dans les années quatre-vingt, la psychologisation s'est infiltrée dans les discours professionnels bien davantage que dans les pratiques, en particulier dans les spécialités les plus ingrates. On s'est mis à parler du patient « au centre du système », à évoquer une médecine qui pourrait être « holiste », ce qui revenait à découper le patient en... quatorze besoins (selon Virginia Henderson) afin de ne pas risquer d'oublier qu'un être humain a besoin de respirer, de se nourrir, d'excréter, de communiquer, etc. Ces changements n'ont cependant pas apporté le soulagement escompté. Ils me semblent même accentuer la culpabilité individuelle sur laquelle fonctionne une grande partie de l'engagement

« L'apport de l'histoire, de la sociologie des comportements, des cultures multiples et la pensée qui les accompagne sont incontournables, sans oublier les imaginaires de chacun des protagonistes. »

des soignants et de certains médecins. Dans la formation des infirmières, la volonté délibérée d'objectiver autant que possible pratiques et observations conduit à choisir les disciplines les plus comportementalistes de la psychologie. La vulgarisation et le persillage d'informations insuffisantes pour éveiller l'esprit critique ont enfermé les infirmières dans l'idée rassurante qu'à chaque situation correspondrait une réponse adaptée qu'il suffit de trouver, à l'instar de ce que la médecine leur inculque.

Ce ne sont pas les transmissions ciblées, dernière trouvaille de nos chers technocrates, qui y changeront quelque chose. En instaurant le DAR (Donnée, Action, Résultat), méthode de transmission issue de l'école de guerre (*sic*), on oublie l'injonction de considérer le patient dans sa globalité, toujours d'actualité, pour recentrer l'attention des soignants sur son dysfonctionnement. Pire – et c'est nouveau dans le paysage médical – il ne s'agit plus seulement de mettre en œuvre tous les moyens à notre disposition, mais de noter un résultat sur la fiche. Par bonheur, cette forme contrainte reste très peu prise des infirmières, voire fort mal utilisée, ce qui atténue un peu ses effets pervers.

Si l'éthique apparaît comme la voie royale pour envisager une relation soignante basée sur le respect de l'autre, trop éloignée du rapport trivial au quotidien, elle participe à placer la barre hors de portée de la plupart d'entre nous. De plus, dans un système de soins privilégiant la ligne budgétaire et le contrôle, son spectre contribue au désenchantement des soignants. Elle accentue le sentiment d'échec de leurs tentatives de faire toujours mieux avec de moins en moins (de temps, d'argent, de réflexion).

Peu à peu, en cherchant des appuis dans divers mouvements de réflexion critique hors de mon champ professionnel et de l'université, j'ai commencé à percevoir les enjeux soigneusement occultés dans ma formation comme, d'ailleurs, dans mon éducation. Du tout politique au tout psychologique, la palette des références, raisons et écueils s'avère infinie et là encore, nos sciences humaines restent désespérément impuissantes. Occupées à tricoter dans leurs champs clos, elles

ignorent l'art subtil de la transversalité, à mon sens la seule façon de cesser de saucissonner les êtres humains en organes, émotions et dysfonctionnements. La distance dont se elles se réclament, sous prétexte de viser à l'objectivité, leur fait perdre une bonne partie du sens de l'inscription des troubles somatiques et psychiques des êtres humains dans leur vie réelle.

Malgré tout, pour mon évolution personnelle, donc pour mes compétences de soignante, je mesure l'apport de cette fréquentation des sciences humaines. Néanmoins, je n'en vois aucune qui m'ait permis d'aborder sereinement et efficacement cette zone hasardeuse du colloque singulier avec une personne dépendant de mes soins, si ce n'est ma propre démarche analytique... L'échec relatif de cette quête d'un « modèle » m'a probablement aidée à comprendre que mon quotidien d'infirmière s'avérait la plus pertinente des formations. Il y manquait cependant la possibilité d'interroger mes intuitions, mes actes et leurs conséquences sur la santé des patients, mais aussi l'influence de ces rencontres sur ma propre capacité à faire face, dans la durée, à la souffrance des autres.

C'est dans ce vide, entre pratique et théorie, que je peux concevoir aujourd'hui un espace de formation et de recherche transversales qui permettrait aux soignants d'aborder ces impacts mutuels patients/soignants dans la situation de soin. L'apport de l'histoire, de la sociologie des comportements, des cultures multiples et la pensée qui les accompagne sont incontournables, sans oublier les imaginaires de chacun des protagonistes. Ce *no man's land* reste un lieu de tous les dangers, occulté aussi bien par les tenants des savoirs officiels, jalousement attentifs à garder leur pré carré, que par les soignants eux-mêmes, davantage effrayés par la lumière qui pourrait se faire sur leurs pratiques et sur leurs contenus qu'ils ne sont inquiets de l'ombre dans laquelle ils sont maintenus par la communauté savante. ■

# Les sciences humaines et sociales en fac de médecine

Elles ne sont présentes que depuis 1992. Qui les enseigne ? Comment les étudiants se les approprient-ils ? Un état des lieux par deux enseignantes.

■ **Céline Lefève**, historienne et philosophe des sciences

■ **Françoise Blanchet-Benqué**, médecin biologiste

**Céline Lefève**,  
maître de conférences en histoire  
et philosophie des sciences,  
Département Histoire et  
Philosophie des Sciences,  
Centre Georges Canguilhem et  
REHSEIS, Université Paris 7 –  
Denis Diderot

**Françoise Blanchet-Benqué**,  
maître de conférences-praticien  
hospitalier biologiste  
UFR de médecine,  
Université Paris 7 –  
Denis Diderot

## Les sciences humaines et sociales sont-elles obligatoires dans les études médicales ?

Un module obligatoire de culture générale a été introduit en 1992 en première année, avec de la philosophie et l'histoire des sciences, et des techniques de communication, d'épistémologie, de psychologie, d'éthique médicale et de déontologie<sup>1</sup>. En 1994, il est devenu module de sciences humaines et sociales (SHS)<sup>2</sup>, permettant aux étudiants d'acquérir des outils en sociologie, anthropologie, psychologie sociale, démographie, droit national, européen et international, économie, communication... et d'aborder les grandes questions d'éthique dans la société<sup>3</sup>. L'épreuve est rédactionnelle, sur « les capacités d'analyse et de réflexion des étudiants »<sup>4</sup> et compte pour 20 % de la note du concours<sup>5</sup>. Sous la pression du concours et des habitudes d'apprentissage, de nombreux étudiants « bachotent » aussi les SHS, pourtant conçues pour résister à une conception dogmatique, favoriser le doute et éveiller l'esprit critique. Les enseignants doivent donc mettre au point des méthodes qui valorisent les qualités réflexives des étudiants. Ils essaient de montrer, à l'aide d'exemples contemporains et concrets, que, pour comprendre et interroger la médecine actuelle, il est utile de s'initier à son histoire et de l'inscrire dans ses contextes sociaux, politiques, culturels et intellectuels. En 1994, les SHS ont été introduites, en complément des connaissances médicales scientifiques et cliniques, dans le second cycle, où les étudiants rencontrent les malades et le système de santé et prennent conscience des problèmes posés par la relation de soin dans les situations cliniques.

## Des sciences humaines et sociales dans les études médicales : pourquoi ?

Afin d'offrir aux futurs médecins et soignants, mais aussi aux étudiants qui ne s'engageront pas dans la voie médicale, des instruments pour comprendre, questionner et participer à des politiques de santé tenant compte du point de vue du malade. En répondant aux besoins et aux questions pratiques des futurs soignants. Les outils d'analyses historiques, épistémologiques, sociologiques, philosophiques ou éthiques permettent de faire affleurer les logiques, souvent anciennes et implicites, des discours et des pratiques. Les sciences humaines et sociales tentent de rappeler à la médecine sa nature de construction (historique, sociale et intellectuelle).

Les textes législatifs autorisant l'enseignement de disciplines très diverses, la nature et le volume horaire des enseignements varient beaucoup selon les facultés. Une étude sur trente quatre facultés de médecine montre une moyenne nationale d'enseignement des SHS en PCEM 1 de 96 heures de travaux dirigés et 40 heures à 80 heures de cours magistraux. L'UFR Bichat-Lariboisière propose 80 heures de cours magistraux de sciences économiques et sociales, psychologie, éthique et déontologie, épistémologie, histoire et philosophie des sciences et de la médecine.

## Par qui ?

78 % des enseignants sont hospitalo-universitaires et assurent 49 % des enseignements. L'autre moitié est assurée par des enseignants de SHS d'autres universités ou UFR, en majorité professeurs agrégés et certifiés du second degré.

Pour développer l'enseignement, il faudra recruter des enseignants de SHS reconnus pour leurs travaux scientifiques<sup>6</sup>. Le statut de maître de conférences associe recherche, enseignement de qualité et intégration dans les pratiques scientifiques ou soignantes<sup>7</sup>.

Depuis 5 ans, avec le cursus Licence-Maîtrise-

ne ?  
 Doctorat, des enseignants de SHS ont pu collaborer avec les enseignants de médecine et de biologie. Cela permet des enseignements à deux voix, sur une question donnée, avec un praticien et un spécialiste des SHS, où l'on approfondit le sens des notions, l'histoire des problèmes, leur acuité dans la pratique quotidienne, et où les étudiants sont placés en position active. Les enseignements d'éthique éclairent les pratiques et les cas, non par la seule lecture des textes déontologiques et législatifs, mais par la compréhension de leur genèse et de leurs enjeux en termes de valeurs et de choix.

#### Comment les étudiants

perçoivent-ils cet enseignement ?

Trop d'étudiants de PCEM 1 y voient un outil de sélection. Les conditions d'études en première année sont déplorables, surtout dans les facultés parisiennes (sureffectifs, charge de travail excessive, pression des redoublants...). À partir de la deuxième année, les cours optionnels d'épistémologie, de philosophie ou d'éthique sont prisés et suivis. Les étudiants y découvrent que les pratiques soignantes mobilisent des représentations et des croyances anciennes et diverses, qu'elles résultent de valeurs morales, de normes sociales et de choix politiques dont il faut décrypter l'histoire, le sens, les implications. La pratique de l'argumentation et du débat permet aux étudiants de prendre un recul rare dans leur formation. Naissent alors une curiosité intellectuelle, un plaisir de questionner et de comprendre, et le désir de poursuivre cette démarche.

#### Un exemple : l'enseignement à la faculté

Bichat-Lariboisière

En PCEM 1, nous proposons 20 heures d'épistémologie, d'histoire et de philosophie de la biologie et de la médecine. Comme l'historien et philosophe contemporain Georges Canguilhem, nous suivons le parcours du vivant au patient. Partant de la définition du vivant comme individu, tout indivisible, singulier et inséparable de son milieu de vie, nous montrons que le pathologique consiste dans l'altération du comportement biologique global de l'individu et de sa relation au milieu. Cette philosophie de la vie opère comme critique de la parcellisation médicale du corps : la maladie n'est jamais située dans une cellule ou un organe, elle affecte l'organisme dans sa totalité, dans sa relation au milieu et, pour un patient, dans ses relations au monde. La conception quantitative du pathologique, héritée de la médecine scientifique du XIX<sup>e</sup> siècle, allie la recherche des mécanismes pathologiques et la mesure statistique du normal. La conception qualitative, elle, est

centrée sur l'expérience globale (biologique, psychologique et sociale) du patient. L'enjeu n'est pas d'opposer ces deux conceptions, mais de montrer qu'elles cohabitent dans la pratique médicale et que la première ne doit pas éclipser la seconde : le diagnostic et la thérapeutique doivent associer l'objectivité du savoir scientifique et la prise en compte de la subjectivité du patient. Un cours sur les théories eugénistes au XX<sup>e</sup> siècle montre comment les pratiques médicales ont été soumises à des idéologies scientifiques fallacieuses et à des idéaux racistes conduisant, après la seconde guerre mondiale, à l'émergence de la bioéthique et au souci du patient comme personne. Un cours sur l'histoire du biopouvoir et de la santé publique depuis le XIX<sup>e</sup> siècle montre la construction sociale de l'homo medicus et de l'individu contemporain acteur et responsable de sa santé.

En DCEM 1, 45 heures de cours sont intégrées aux masters médicaux, dans une approche pluridisciplinaire (philosophique, historique, sociologique et juridique) de la santé et de la maladie, approfondissant l'étude de l'évolution moderne du statut du patient.

Cette année, un certificat optionnel d'histoire et de philosophie de la médecine aborde les représentations de la maladie et du soin dans les œuvres cinématographiques. Nous analyserons *Johnny s'en va t'en guerre* (D. Trumbo, 1971), *Journal intime* (N. Moretti, 1993), *Haut les cœurs !* (S. Anspach, 1999), *Vivre* (A. Kurosawa, 1952) et *Bienvenue à Gattaca* (A. Niccols, 1997). Les étudiants sont projetés dans diverses situations (apprentissage clinique, consultations, entretiens avec les familles, réunions de service, etc.) et acquièrent une réflexion éthique indispensable à leur maturation professionnelle. Ils interrogent l'expérience intime de la maladie, de l'accident, du handicap, de la mort, l'annonce de la maladie, le suivi de la maladie chronique, le soin d'urgence ou de guerre, le fonctionnement des institutions, la fonction sociale de la médecine. ■

1. Arrêté du 18 mars 1992 relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales, modifié en 1993, 1994 et 1995.

2. Arrêté du 21 avril 1994 modifiant l'arrêté du 18 mars 1992 relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales.

3. Arrêté du 2 mai 1995 relatif au module de sciences humaines et sociales de la première année de premier cycle des études médicales.

4 *Ibid.*

5. Arrêté du 21 avril 1994, cité plus haut.

6. L'arrêté du 2 mai 1995 prévoit que « du fait que ces enseignements relèvent de diverses disciplines, ils sont assurés avec le concours d'universitaires des disciplines concernées. »

7. Un tel recrutement a été amorcé à la suite du rapport du Pr. D. Lecourt sur « l'enseignement de la philosophie des sciences » remis en 1999 au ministre de l'Éducation nationale, de la Recherche et de la Technologie : [www.education.gouv.fr/cid1946/l-enseignement-de-la-philosophie-des-sciences.html](http://www.education.gouv.fr/cid1946/l-enseignement-de-la-philosophie-des-sciences.html)

# Un défaut de traduction

Qu'il s'agisse de futurs médecins ou, comme ici, d'aides-soignants et d'infirmiers, l'enseignement en sciences humaines se révèle peu adapté.

■ **Lucile Marquis**, psychologue clinicienne, enseignante

Psychologue clinicienne, j'enseigne depuis deux ans dans des écoles d'infirmiers en région parisienne à des aides-soignants, auxiliaires de puériculture et infirmiers. Je participe au jury de concours d'entrée en formation d'infirmier. Comme la plupart des intervenants en sciences humaines dans ces cursus, je suis jeune dans le métier. Aussi suis-je pour le moment soucieuse de répondre aux objectifs pédagogiques, même si la pertinence de leur découpage m'apparaît parfois discutable.

Je suis frappée par l'ampleur des programmes et le peu d'heures imparties. Sur une formation d'un an, une auxiliaire de puériculture reçoit environ dix heures d'enseignement sur le développement psychomoteur de l'enfant de la naissance à l'adolescence. Pour

couvrir une telle période en si peu de temps, on s'attache à des notions simples, ce qui n'empêche pas de dire des choses essentielles. Mais comme il faut aller vite, on transmet un nombre considérable d'informations sans avoir le temps,

ni les outils, pour les articuler les unes avec les autres. Ce choix de proposer beaucoup d'informations amène tout naturellement à ce que j'appellerais une logique de « tableaux » : mots clés, schémas, flèches. Chaque âge de la vie de l'enfant correspond à des problématiques psychiques, cognitives ou affectives que l'on énumère et décrit sans analyser. Ce savoir malgré une présentation claire, est dense, compact, la pensée peine à y circuler.

Il est à la fois étrange et frustrant, dans l'expérience de l'enseignant, de donner des informations, en ayant l'impression de garder le meilleur pour soi. On dépense beaucoup d'énergie, sans transmettre l'essentiel : la manière de s'approprier ces connaissances, de circuler au milieu d'elles et de s'en servir de façon personnelle. C'est pourtant là l'enjeu du rapport pédagogique. Au lieu de pré-

senter les psychothérapies sous forme d'énumération, il serait utile de prendre le temps de mener avec les élèves une réflexion autour des différentes visions de l'humain selon ces différents courants. Au lieu de simplement les décrire, transmettre les moyens de les penser.

Pourtant, certaines notions abordées dans les programmes de formation peuvent aider à introduire du lien, de la continuité, d'un élément théorique à un autre. Je pense par exemple à des termes issus de la clinique psychanalytique, comme la « pulsion » ou le « transfert ». La pulsion, conçue non comme un état statique de besoin, mais comme une dynamique relationnelle qui parcourt toute une vie, fournit un fil directeur pour évoquer le développement psycho-affectif d'un enfant. De même, la problématique du transfert permettrait de comprendre ce qui est en jeu dans une relation thérapeutique avant même qu'elle ne se décline en différents courants. Ce sont des notions particulièrement difficiles à manier, car transversales, elles n'entrent pas dans un tableau, ne s'énumèrent pas.

Il me semble qu'il y a comme un défaut de traduction entre ce que ces notions pourraient apporter et ce que peuvent en recevoir les étudiants. Je me souviens avoir tenté d'expliquer le transfert à une classe d'infirmiers en deuxième année et de m'être heurtée à une incompréhension absolue. La dynamique transférentielle de la relation de soin ne faisait aucun écho chez eux, non parce qu'ils ne la comprennent pas, mais parce qu'ils ne sont pas formés à cela, pas encouragés à engager une réflexion sur leur pratique individuelle.

Même si les étudiants se plaignent régulièrement du caractère abstrait, insaisissable, du contenu des cours en sciences humaines, je ne crois pas nécessairement au primat de la pratique. La théorie est précieuse, ne serait-ce que par les perspectives qu'elle ouvre et dont les étudiants choisissent de se saisir ou non, sur le moment ou après coup. Je crois à la possibilité de créer – à travers des dispositifs pédagogiques simples, comme celui de la supervision et l'analyse des situations rencontrées en stage – un espace dans lequel engagement dans un métier et réflexions théoriques peuvent s'articuler, se rencontrer. ■

« On ne transmet pas l'essentiel : la manière de circuler au milieu des connaissances, de façon personnelle. »

# La philosophie ou l'apprentissage de la critique

Prendre du recul, s'interroger sur ce qu'est la médecine, développer un regard critique sur la complexité des choses. Voilà ce que l'enseignement de la philosophie peut apporter aux étudiants.

■ Jean-Marc Mouillie, philosophe

**Pratiques :** *Vous enseignez à la faculté de médecine d'Angers depuis huit ans, pour quelles raisons pensez-vous que les médecins universitaires ont choisi un philosophe ?*

Jean-Marc Mouillie : À ma connaissance, la philosophie est la discipline la plus représentée dans les facultés qui ont recruté des enseignants titulaires en « sciences humaines et sociales ». Mais il y a également des anthropologues, des sociologues, des psychologues, des juristes. Penser la médecine peut et doit se faire sous plusieurs angles. On ne voit pas comment se passer des éclairages historique et épistémologique par exemple. Privilégier la philosophie a peut-être un sens vis-à-vis de la nécessité de penser à la fois les discours et les pratiques, de scruter la conceptualité, d'interroger les représentations. Sans compter que l'éthique contemporaine est liée à une réflexion philosophique et que sensibiliser au questionnement est la visée pédagogique principale de cet enseignement. Il importe alors qu'il s'agisse d'une philosophie modeste, qui ne prétende pas, illusoirement, effacer les points de vue spécifiques d'autres disciplines. Ce qui est remarquable, mais particulièrement exigeant, dans cette formation, est que la discipline initiale de l'enseignant ne lui suffit pas. Elle est un point de départ, une « entrée », vers les autres savoirs.

**Quel enseignement faut-il dispenser durant les premières années d'apprentissage qui permette aux étudiants de penser la complexité de la fonction médicale ?**

Le premier objectif de la formation initiale – dans l'esprit des textes officiels – est l'apprentissage de la réflexion critique. Cela peut se faire de multiples manières et c'est la richesse de cet enseignement, non sa faiblesse, que d'exposer selon les lieux universitaires des approches multiples dans le choix des thèmes, les formes pédagogiques, les références disciplinaires. Il y a une grande convergence pour, comme vous dites, sensibiliser à la complexité des choses. Prendre du recul, essayer d'échapper aux présupposés pour les comprendre, est le chemin d'une appropriation des choses plus nuancée, instruite et responsabilisée. L'étudiant se pose des questions. Il importe de lui donner les moyens de les développer et d'en faire quelque chose.

Notre cours de première année développe la question « qu'est ce que la médecine ? » et entend justifier le fait d'avoir à penser cette question à travers une approche plurielle : épistémologique, anthropologique, sociologique, historique, éthique. Cette même approche pluridisciplinaire inspire les enseignements en deuxième et en troisième année qui développent les différents aspects de la réflexion en bioéthique, puis en éthique médicale. L'intérêt de l'enseignement en sciences humaines est de rendre sensible à la multiplicité des regards, celui de l'institution, celui des personnes selon leur statut (par exemple de médecin, de chercheur ou de patient), celui des cultures, des époques, des milieux sociaux, etc. Se décentrer de son propre point de vue permet, autant que faire se peut, d'accéder

Jean-Marc Mouillie, directeur du département des sciences humaines à la faculté de médecine d'Angers.

« Il conviendrait de s'interroger sur le préjugé qui veut que la médecine soit une science. Elle les utilise toutes, mais n'en est pas une. »

.../...

.../...

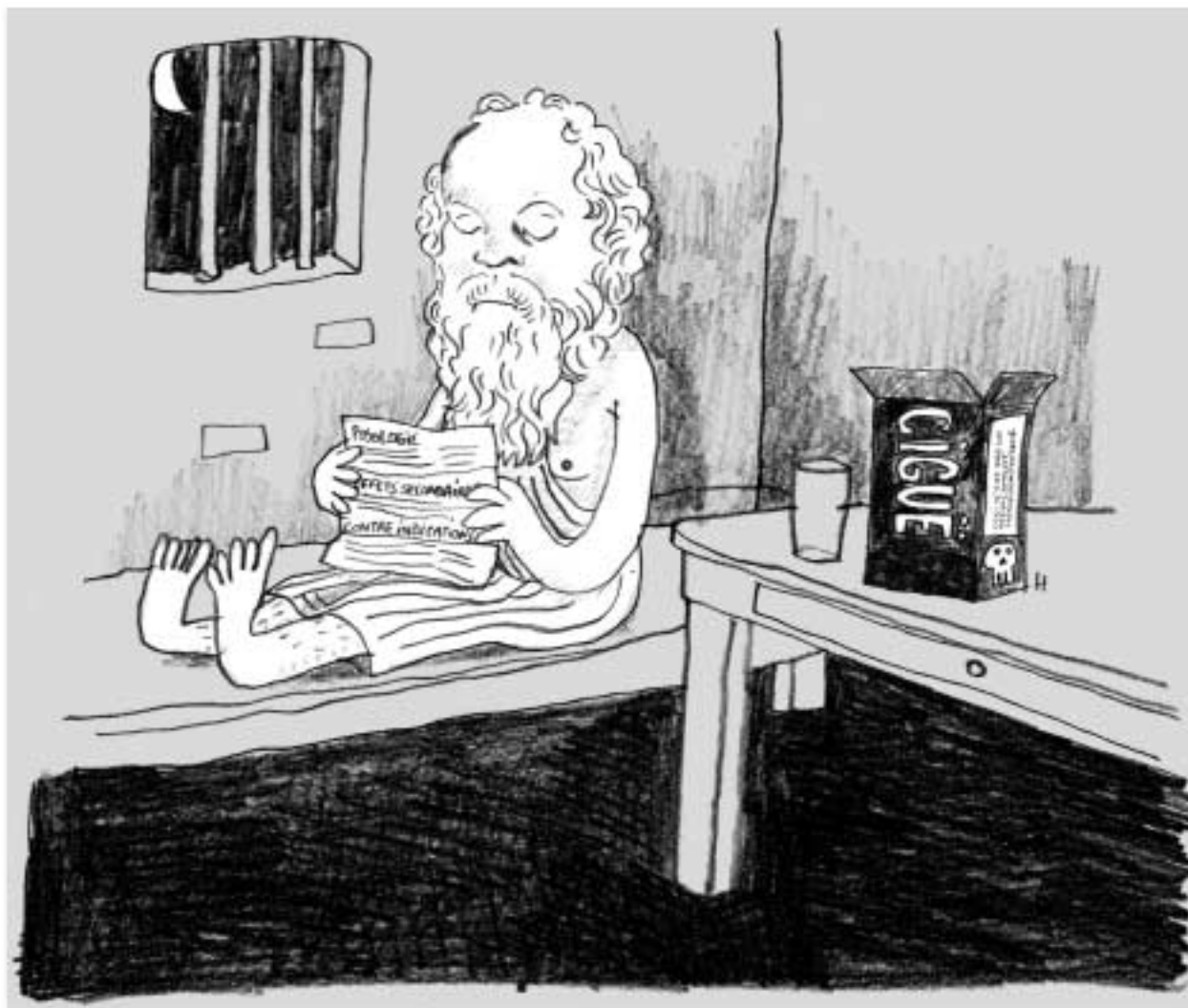
progressivement aux autres regards, sous forme d'allers-retours. S'interroger sur ce qu'est un regard est une problématique d'ouverture.

*À quel niveau de la formation intervenez-vous ?*  
C'est semble-t-il une originalité d'Angers, grâce au soutien de deux doyens successifs, que d'avoir conçu depuis huit ans un « déroulé » thématique de la première à la quatrième année avec un volume horaire non décroissant. En première année, les étudiants sont d'ailleurs trop nombreux pour permettre un véritable enseignement interactif. Jusqu'en 3<sup>e</sup> année, cet enseignement est intégré parmi les matières obligatoires et systématiquement dispensé en groupes. À partir de la 4<sup>e</sup> année, les étudiants peuvent s'inscrire à un certificat optionnel pluridisciplinaire organisé en trois volets : un séminaire, un atelier de lecture, un groupe de parole dit « d'analyse de pratiques » animé par un médecin analyste. Nous avons choisi, par exemple, de travailler sur les thèmes tels que « l'imaginaire en médecine », « pudeur et impudeur », « le corps non organique », « souffrance et douleur ». Les étudiants

sont invités à être les acteurs de leur formation : choix des thèmes, travaux pour les journées d'études, revue de presse, projections de film suivies de débat, etc.

Dans le 3<sup>e</sup> cycle, les interventions, plus ponctuelles, sont des cours à plusieurs voix, avec deux enseignants, un médecin et un non médecin, sur des thèmes comme l'addiction, la prévention, la fin de vie, la génétique, les essais cliniques, etc. Les échanges sont également fréquents avec le département de médecine générale. Enfin, dans la formation médicale continue universitaire, il a été créé un diplôme universitaire « Éthique et normes en médecine » qui en est à sa deuxième année d'existence.

*Pensez-vous que les sciences humaines pourraient devenir les égales des sciences exactes dans la sélection des étudiants en fin de première année ?*  
J'entends dans la question qu'il y aurait une différence tranchée entre « sciences humaines » et « sciences exactes ». C'est sans doute vrai pour les méthodes et les objets, mais nous nous efforçons, à partir de l'histoire des sciences aussi bien que





d'une réflexion philosophique, de ne pas les opposer. Il ne s'agit donc pas de rivalité, ce qui serait un contresens profond sur ces savoirs. Concernant la « sélection » du concours d'entrée, l'épreuve de sciences humaines nous semble avoir pour but particulier de permettre le plus possible de valoriser la qualité de réflexion de l'étudiant, la mise en forme de sa pensée, à partir de connaissances spécifiques. Le sens de cet enseignement n'est évidemment pas réductible à un rôle pondérateur vis-à-vis des disciplines « scientifiques ». Qu'ils réussissent ou pas le concours, les étudiants semblent goûter ce moment d'ouverture et expriment souvent leur gratitude. L'inscription et l'importance des sciences humaines dans le concours d'entrée sont fondamentales, mais c'est à présent dans le 2<sup>e</sup> cycle qu'un développement est souhaitable.

*Auparavant, la sélection se faisait sur les sciences exactes et ceux qui venaient des bacs littéraires n'avaient pas beaucoup de chances de réussir. Est-ce différent aujourd'hui ?*

Ce qui brouille les choses c'est qu'aujourd'hui, les bons élèves dits « littéraires » sont dans les terminales scientifiques. De ce fait, on ne peut pas savoir si ces étudiants réussissent lorsqu'ils s'inscrivent en médecine. Plus avant, il conviendrait d'interroger le préjugé qui veut que la médecine soit une science. Elle utilise les sciences, mais elle n'en est pas une elle-même. Peut-être s'agit-il de penser les choses de façon plus dialectique, comme une sorte d'entrecroisement, de carrefour de connaissances, de compétences, de sensibilités. Là résident la richesse et la difficulté du métier de médecin.

*Pensez-vous que la relation médecin-patient puisse s'enseigner ?*

Encore faudrait-il qu'une telle relation, « la » relation médecin-patient, existe... Il y a des médecins et des patients. Voilà ce qu'on peut enseigner : montrer qu'une chose n'est pas ce qu'elle paraît être, inciter à penser en partageant la réflexion. D'ailleurs, les étudiants ne s'y trompent pas et le rabâchage de mots creux autour de cette « relation » est rapidement « contre-productif », provoquant lassitude, voire allergie. Que la médecine soit fondamentalement à penser comme relation, médiation, échange, est une exigence dont l'appropriation passe par la réflexion, non le mot d'ordre et le sens commun.

*On a parfois l'impression que le patient est scindé, par certains médecins, en un corps considéré comme une mécanique et un esprit éloigné de ce corps.*

Là, on a vraiment affaire à des représentations qui limitent la compréhension, la pertinence et la créativité de l'art médical. Il n'y a aucune opposi-

« Les élèves semblent goûter ce moment d'ouverture et expriment souvent leur gratitude. »

tion entre le relationnel et le geste technique, parce qu'ils ne relèvent pas du même domaine, ils ne sont pas au même niveau. Le manque d'écoute, le manque de respect du sujet dans l'univers du soin sont désastreux. Et il semble difficile de concevoir l'enseignement des sciences humaines sans une référence au travail analytique. Mais en faire un argument contre le travail scientifique et ses nécessités méthodologiques est absurde. Celui qui ne voit dans l'être humain qu'une mécanique d'un côté, un esprit de l'autre (ce qui revient d'ailleurs à le traiter comme un autre corps, une « réalité »), est plongé dans une fiction qui s'ignore, à laquelle il faut opposer une reconnaissance de la complexité de notre être, décrite par nombre d'auteurs.

*À l'heure où les politiques de santé semblent favoriser un retour du « tout scientifique », quel rôle un département de sciences humaines peut-il jouer dans une faculté de médecine ?*

C'est une question de regard. Je n'ai pas l'impression que l'enseignement des sciences humaines soit dans une position de résistance. Il serait plutôt dans une position d'engagement. Un travail de réflexion est nécessaire qui ne peut être fait qu'entre médecins et non médecins, dont les comités d'éthique, les discussions d'équipe ou encore certains enseignements sont les lieux. Suivons la suggestion de votre question. D'un côté, les professionnels, qui connaissent leur métier, sont face à des gestionnaires qui veulent leur dire comment ils devraient faire à la lumière de normes non médicales. D'un autre côté, la pratique médicale est aujourd'hui dans un moment de perplexité, parce qu'elle s'est saisie de l'idée d'une responsabilité envers autrui et le tiers qui ne passe pas par des normes anonymes et impersonnelles. L'une des questions fondamentales est sans doute de comprendre le rapport aux normes. ■

Propos recueillis par **Sylvie Cognard**



# La science du Soïn

Arrêtons d'esquiver les difficultés et de chercher des grisgris. Affirmons nos savoirs de praticiens.

■ Philippe Bencteux, cadre de santé

Après bientôt quarante ans auprès des infirmes (*je sais pas vous, mais moi j'aime ce mot-là, il me fait penser aux infirmières*) et malades (*des infirmes passagers*), je pense que le besoin en sciences humaines dans les professions de soin est aussi nécessaire que la recherche expérimentale à la préparation d'une choucroute ou d'une forêt noire. Nous déplaçons ainsi nos questionnements vers des sciences « connues » car ce sont les seules références que nous ayons à notre disposition, la science du soin n'étant pas inventée.

On dit que la médecine n'est pas une science mais un art – probablement au sens artisan –, faut-il proposer une science du soin au service de l'art ?

Il faut savoir ce qui amène les professionnels du soin à s'orienter dans cette branche de pratiques et mieux voir leurs intentions premières. Sauf quelques rares exceptions liées au prestige qu'elles représentent, au statut social qu'elles procurent, ce qui amène aux soins est la seule intention de prêter son aide humaine à des humains dans la difficulté (*bon, nous ne sommes pas tous comme ça, certains font de la distribution aseptique de soins, disons que c'est pour se protéger...*). Les sciences humaines peuvent nous apporter beaucoup dans l'explication de cette démarche personnelle, dans l'analyse psychosociale des pratiques, dans la connaissance des êtres humains, mais elles ne sont que piètre secours s'il s'agit de formaliser nos pratiques quotidiennes, dans le contact toujours improbable et tâtonnant de nos relations de soins.

J'avais rêvé, il y a trente ans, lors de ma formation de cadre de santé, et pour mon sujet de mémoire, d'inventorier les nécessaires acquisitions en sciences humaines à enseigner aux étudiantes infirmières. Trente ans plus tard, et

fort du principe socratique selon lequel nous devons savoir « avant toute chose » de quoi nous devons parler pour entamer quelque conversation et que, si nous n'avons pas défini ce qui fonde l'essence de nos rôles, nous nous égarerons, je propose de retourner à notre intention première : être humain pour prendre soin.

Or nous voici dans une époque matérialiste et consumériste qui nous enferme dans un mode de pratiques niant l'humain – je parle ici de ce qui constitue un fait naturel de l'humanité : se venir en aide mutuellement en cas de difficulté de vie. Isolés que nous sommes à observer et analyser de l'intérieur notre monde de soignants, nous présageons qu'« aux autres *nous-mêmes* qui ne semblent pas humains », il suffirait d'inculquer quelques sciences humaines pour qu'ils en soient transformés.

Professeur de médecine, médecin hospitalier ou libéral, infirmière, aide-soignante, chacun « seul » se débrouille avec son humanité comme s'il en avait presque honte (*pour un homme ça fait trop mauviette, pour une femme c'est naturel et y'a pas de quoi en faire état*).

Ce qui se passe dans le temps court, mais répété, d'une relation de soin n'a son pareil dans aucune des disciplines de la terre. Aucune science humaine n'est indispensable et toutes nous sont utiles et indispensables pour réfléchir à nos pratiques, les jauger dans la constellation des domaines de la science : l'anthropologie est indispensable, la sociologie est indispensable, la philosophie est indispensable, la psychologie est plus que tout indispensable, toutes sont indispensables parce qu'elles nous rassurent et alimentent nos questionnements, questionnements justes et profonds, à la hauteur de nos responsabilités ; mais aucune n'est « applicable » et toutes se révèlent inutiles à soigner.

« Dire que nous en sommes arrivés à penser et enseigner qu'un bon soin est un soin aseptisé d'humanité ! »

La véritable science humaine utile est celle du soin, or elle n'existe pas parce que nous ne nous sommes pas *accordés* sur ce simple fait humain. La charité et l'idée du sacrifice nous encomrent, nos émotions et nos pudeurs nous emprisonnent, nos corporatismes nous isolent (*nous découvrons ainsi – tardivement – que médecins et infirmières partagent les mêmes questions*). Au bout du compte, nous en sommes arrivés à penser et enseigner qu'un bon soin est un soin aseptisé d'humanité. Nous fabriquons des clones, robots programmés pour la distribution de matérialités curatives, agissants dans la toute puissance, satisfaits d'avoir exécuté la tâche proprement, et aveugles aux nécessités de la simple humanité.

Et nous voudrions, pourquoi pas, *nous*, enseigner des sciences humaines !

Je force le trait pour désigner le système de la pensée actuelle, et non pour stigmatiser des soignants qui font individuellement la plupart du temps le mieux qu'ils savent faire.

Dans un établissement de soin, la question de l'éthique est rarement posée, elle ne s'affiche pas, elle est sous-entendue (*ça va de soi*) et ne concerne souvent que les droits et devoirs, pas le sens humain. Il est impossible pour moi de travailler dans une équipe sans avoir échangé sur les valeurs humaines.

J'ai eu la chance durant six années de ne pas avoir à me poser la question de l'humanité des soins et de vivre une expérience – jamais renouvelée – dans un établissement d'accueil de personnes âgées handicapées (*moi je préfère ce mot là, pas vous ?*), dont l'étiquette chrétienne ne permettait pas le doute, mais permettait aussi, et c'était sa noblesse, en toute liberté, l'exercice « laïc » de l'humanité.

Tout, dans les pratiques, conduisait au plus de dignité humaine, au plus d'aboutissement des personnalités dans leurs propres histoires, à la valorisation des différences, tant chez nous soignants que chez les résidents.

Il suffisait, c'est peu de choses, que quelqu'un se détache plusieurs heures auprès d'un mourant sans provoquer un tollé général, que les infirmières enferment dans le bureau un médecin remplaçant qui refuse de prescrire des antalgiques parce que « *les vieux ont toujours mal quelque part* », que chaque personnalité (aidant ou aidé) soit regardée et estimée pour son histoire, sa propre vibration émotionnelle et non pour son pansement ou sa constipation. Il suffisait qu'il n'existe aucune hiérarchie d'obéissance, mais un respect et une estime mutuelle des missions de chacun, que nos slogans soient « fiers et debout, vivants

jusqu'au bout », « une émotion par jour », « des moutons sous les lits pourvu qu'on rigole », il suffisait que les familles soient co-soignants...

Lorsque le cadre éthique est clairement défini, l'humain étant le dénominateur commun et le véhicule constant du langage, chacun révèle un savoir « aidant » qui ne relève a priori d'aucune des sciences humaines, ce qui ne veut pas dire qu'il n'en fasse pas usage. Bien au contraire, elles étaient nos échanges, éclairaient nos échecs, nos rebondissements, et nous encourageaient à les explorer davantage. Mais jamais elles ne nous apportaient de recettes, et nous n'attendions pas qu'elles nous en fournissent, convaincus que nous étions, à la fois de l'aspect totalement hasardeux du cheminement de la relation de soin et de l'importance prépondérante de l'intérêt humain porté à la personne.

« Professeur de médecine, médecin hospitalier ou libéral, infirmière, aide-soignante, chacun « seul » se débrouille avec son humanité comme s'il en avait presque honte (pour un homme ça fait trop mauviette, pour une femme, c'est naturel et y'a pas de quoi en faire état). »

C'était il y a dix ans, une configuration exceptionnelle et une expérience stoppée dans son élan par le jeu des restructurations et des pouvoirs... On peut d'ailleurs se poser la question de savoir si une science qui s'appelle l'économie, adoptée par certains comme ligne de vie, s'oppose aux principes des sciences humaines, si les trop humains ne sont pas aussi trop faibles, car arrivèrent des *capitaines d'industrie* et un discours insupportable pour nous : « *Travailler avec les familles ? Ah oui, ça ne mange pas de pain !* » « *On pourrait choisir M<sup>lle</sup> Z. pour les contacts avec la clientèle, mais n'est-elle pas un peu trop typée !* ».

Le médecin et moi démissionnons en chœur. Fin de l'histoire.

Y aurait-il une science du soin ? Pourquoi pas ? La psychologie a son Freud, l'anthropologie son Lévi Strauss, des *pères fondateurs* ! Et pourquoi pas, chez nous qui sommes submergés par la gent féminine, par nature plus intime et intuitive avec le soin, des *mères fondatrices* ?

Mais n'oublions pas que le soin est à *agir* plus qu'à *penser* : écouter des pensants qui ne soignent plus ou n'ont quasiment jamais soigné : on a donné. Merci ! ■

# DOSSIER Pour un usage authentique de la raison

Les sciences humaines mettent en œuvre des formes de rationalité spécifiques, différentes de la rationalité quantificatrice des sciences exactes, tout aussi fondatrices et indispensables dans la formation des futurs médecins. Mais il faut pour cela lever l'hypothèque d'une tradition réductionniste aussi liée aux intérêts financiers que contraire à l'intérêt d'une médecine responsable.

■ **Christiane Vollaire**, philosophe

Christiane Vollaire est l'auteur de *Humanitaire au cœur de la guerre*, Editions Les Insulaires, mars 2007.

La médecine n'est pas une science, c'est une pratique, en vue de laquelle la formation, n'est pas seulement un processus d'intégration des connaissances, mais aussi, pour le soignant, un véritable facteur de construction (ou de déconstruction) de soi.

Dans cette mesure, la formation médicale se présente, dans toute société, comme un enjeu politique majeur, non seulement parce qu'en termes de santé publique elle conditionne le devenir d'une population, mais parce qu'en termes d'éducation, elle conditionne les modes de pensée professionnels qui sont l'un des fondements du lien social.

Si la médecine (de la racine indo-européenne « med » qui signifie la mesure au sens d'un équilibre) a bien pour fonction un rééquilibrage des défaillances du corps, c'est dans la conception même que le soignant se fait originellement de ce corps et des équilibres dont il est le lieu que peut se constituer une pensée du soin. Et cette pensée elle-même suppose une réflexion sur la relation au milieu physique et mental, culturel et affectif, par lequel tout sujet, soignant ou soigné, est déterminé.

## Origines et conséquences économiques du réductionnisme biologique

La même perspective, qui avait permis au XVI<sup>e</sup> siècle de sortir de l'obscurantisme religieux pour

fonder les sciences physiques sur une pensée rationnelle de la matière, devient à la fin du XIX<sup>e</sup> une nouvelle forme d'obscurantisme, qui prétend réduire la pensée rationnelle elle-même aux déterminants physico-chimiques de la matière.

Cette conception, issue du modèle de la « médecine expérimentale » forgé par Claude Bernard au milieu du XIX<sup>e</sup>, s'est institutionnalisée et a fait école, dans la mesure même où elle est devenue, dans une société industrielle, source de production : la charnière du XIX<sup>e</sup> au XX<sup>e</sup> siècle « invente la biomédecine » pour reprendre l'expression de Jean-Paul Gaudillière, non pas seulement pour ce qu'elle permet de penser le corps, mais pour ce qu'elle permet de produire, d'échanger et de vendre tout ce qui peut servir de substitut à son fonctionnement naturel (y compris les tissus organiques), et de traduire l'intention thérapeutique en termes de marchandise. On ne s'étonnera donc pas qu'au XX<sup>e</sup> siècle, la « molécularisation des sciences de la vie »<sup>1</sup> ait pu produire un véritable « complexe médico-bio-industriel » qui mobilise les mêmes énergies, et les mêmes lobbies, que le tristement célèbre complexe militaro-industriel à l'origine du commerce des armes. L'ancien secrétaire d'État américain à la défense, qui a initié la deuxième guerre du Golfe, était aussi à la tête d'un lobby pharmaceutique.

C'est sur ce fond très rigoureusement mondialisé qu'émerge le constat récemment dressé par une étude de l'INSERM, rendue publique en juin 2006, d'une formation médicale en pharmacologie « essentiellement assurée par l'industrie pharmaceutique ».

### Les risques d'une absence de responsabilité critique

Ce serait de l'aveuglement que de ne pas relier cet état de fait absurde et totalement irrationnel au regard des exigences thérapeutiques les plus élémentaires, à la forme étroite de rationalisme dont elle est issue, et dont elle constitue non pas un effet collatéral, mais la conséquence la plus directe : réduire le corps à ses paramètres biométriques, c'est le soumettre aveuglément à des exigences industrielles de rentabilité qui contredisent pour une large part les impératifs de santé publique. Non seulement les sciences biologiques ne peuvent pas constituer le tout du savoir médical, mais le quasi-monopole, ou le privilège, qui leur est accordé dans la formation des médecins, a pour première conséquence de livrer ceux-ci,

### L'émergence de nouvelles formes de rationalité

Il semble, en effet, que se rejoue sans cesse, sur le terrain médical, depuis le début du XX<sup>e</sup> siècle, la scène primitive de l'affrontement qui a vu, depuis la fin du XIX<sup>e</sup>, les sciences humaines naissantes s'affirmer à l'encontre du monopole rationnel des sciences exactes pour faire valoir leur propre rationalité : « On nous conteste de tous côtés le droit d'admettre un psychique inconscient et de travailler scientifiquement avec cette hypothèse »<sup>2</sup>, écrivait Freud en 1915 dans la *Métapsychologie*, pour revendiquer les fondements rationnels de la recherche psychanalytique à l'encontre du positivisme des sciences exactes. Et à la même époque charnière, Durkheim revendiquait, pour les lois de la sociologie naissante, une valeur rationnelle différente, mais égale en dignité scientifique, à



sans regard critique et sans défense intellectuelle, aux injonctions des laboratoires, comme le signale l'étude précitée de l'INSERM.

C'est face à ce risque, qui n'est pas seulement médical au sens strict, mais tout simplement politique, puisqu'il concerne les exigences mêmes d'une responsabilité citoyenne du médecin, que doit être posée non pas seulement une exigence d'humanité face à la déshumanisation de la médecine, mais une exigence de rationalité face à sa déraison parée des discours de façade d'une pseudo-rationalité. Et c'est précisément sur ce terrain du combat pour un retour à la raison que doivent s'affirmer les sciences humaines.

celle des lois mathématiques de la physique. De même Max Weber pouvait présenter, dans les origines religieuses et mythologiques des cultures, les éléments qui permettaient l'interprétation, l'analyse et la compréhension de leur réalité économique. La pensée du rationnel s'est ainsi non pas déstituée, mais au contraire enrichie et complexifiée, de ces nouvelles formes de rationalité appliquées non plus à la stricte matérialité des phénomènes naturels, mais à la symbolique des phénomènes culturels. Et la psychiatrie médicale a bien dû intégrer dans son corpus de savoirs les éléments fondateurs issus de la recherche psychanalytique.

.../...

.../...

### L'obscurantisme neurobiologique et ses conséquences en termes de santé publique

Et pourtant, cet affrontement originel semble ne pas devoir finir. En 1983, publiant *L'homme neuronal*, Jean-Pierre Changeux assurait à nouveau de beaux jours au positivisme scientifique du XIX<sup>e</sup> siècle, avec des arguments issus de la recherche neurobiologique du XX<sup>e</sup> siècle.

Tout, dans cette forme de pensée, manifeste cette assurance un peu hautaine des représentants les plus dogmatiques des sciences « dures » ou « exactes », face aux sciences humaines considérées à peu près à l'égal des superstitions les plus primitives : ce ne pourrait être qu'un « avatar »<sup>3</sup>, qui aurait « coupé » la réflexion sur le fonctionnement mental d'un strict déterminisme neurobiologique. Et la réflexion sur le contexte social ou éducatif des sujets, sur une construction de la subjectivité à partir du langage, des relations affectives et des contraintes culturelles, ne saurait être qu'un effet d'irrationalité.

De cette idéologie réductionniste, parfaitement satisfaite et sûre de sa scientificité, la surconsommation en psychotropes est l'un des effets les plus radicaux : il est clair que si les mécanismes psychiques peuvent se réduire exclusivement à l'étendue organique du système nerveux, la logique la plus élémentaire veut que la frappe pharmacologique sur celui-ci soit le mode d'action le plus efficace.

### Les enjeux de l'enseignement des sciences humaines

On le voit, ce qui est requis d'un enseignement des sciences humaines en médecine n'a rien à voir avec un vernis culturel qui permettrait de compléter la formation universitaire du bon docteur humaniste. C'est bien plutôt un combat contre les formes d'obscurantisme médical qui prétendent réduire le sujet à la mesure quantitative de ses paramètres biométriques.

C'est aussi un combat contre le désinvestissement du médecin à l'égard de sa responsabilité sociale. Or cet exercice de la responsabilité ne peut être qu'un exercice éclairé, appuyé sur une connaissance des réalités socioéconomiques dans lesquelles il s'inscrit : c'est ce que montre toute la médecine des Lumières instituant le concept de santé publique.

Mais, là où ces réalités contredisent toute intention thérapeutique, c'est d'une connaissance critique qu'il devra s'agir. Trop souvent en effet, là même où les sciences sociales sont utilisées, c'est dans leur usage exclusivement statistique et normalisateur, à la manière dont la psychologie comportementaliste peut l'être sur le poste des ressources humaines d'une entreprise. C'est ainsi que les concepts anglo-saxons de « médecine fondée sur la preuve » ou de « critères de qualité »,

originellement issus d'une réflexion sociologique, contribuent à une tendance gestionnaire de l'exercice médical.

### Les spécificités de l'enseignement philosophique

Relativement à l'ensemble des sciences humaines (autour des questionnements sociologiques, économiques et anthropologiques, ou autour des questionnements psychologiques), la philosophie occupe une place à part. D'abord parce qu'en tant que discipline, elle leur est antérieure, ensuite parce que leur émergence a produit des scissions au sein de la philosophie elle-même (des sociologues essentiels comme Durkheim ou Bourdieu sont issus de la philosophie, dont leur recherche s'est explicitement dissociée) ; enfin parce qu'elle ne se caractérise pas par les travaux d'enquête indispensables aux sciences humaines. Par ailleurs, elle présente une spécificité française, qui est d'être enseignée dès la fin du cursus secondaire dans toutes les sections de terminale, à partir d'un programme de notions tournant autour d'enjeux existentiels, épistémologiques et politiques. Il est clair que ces domaines doivent être saisis comme autant d'occasions d'orienter la réflexion critique vers les sciences humaines, et de former de façon propédeutique à un questionnement sur les multiples usages de la rationalité, et à une pensée critique et responsable de la pratique médicale.

Paradoxalement, c'est bien souvent dans l'enseignement de la médecine tropicale, pourtant directement issu de la pensée coloniale, que cette nécessité des sciences humaines est apparue de la manière la plus évidente : c'est là que l'anthropologie a fait son apparition dans le discours médical, précisément parce que les pratiques et les comportements résistaient aux évidences normatives de la médecine occidentale. Peut-être est-ce justement la vraie position rationnelle, comme le montrent, sur le terrain occidental lui-même, les recherches de l'anthropologie médicale contemporaine<sup>4</sup>, que de se penser toujours en position d'attente et d'interrogation, non pas face à la maladie, au regard de laquelle il faut aussi des angles d'analyse aigus, précis et immédiatement repérables, mais face au sujet malade, qui requiert, de la façon à la fois la plus immédiate et la plus raisonnée, une pensée du collectif et une reconnaissance de la singularité. ■

1. Voir Jean-Paul Gaudillière, *Inventer la biomédecine*, La Découverte, 2002.

2. Freud, *Métapsychologie*, Folio Gallimard, 1986, p. 66.

3. C'est le terme employé par Changeux dans *L'homme neuronal*, 1983, p. 7.

4. Voir en particulier les travaux de Marie-Christine Pouchelle. Citons *L'Hôpital Corps et Âme. Essais d'anthropologie hospitalière*, Paris, Seli Arslan.

# Cheminement

Marie Kayser, médecin généraliste

J'ai toujours voulu être médecin généraliste, mais avec le recul, je me rends compte que pendant mes études, j'avais un fonctionnement « clivé ». D'un côté, j'ai milité dans les « comités de lutte médecine » pour un autre système de soins, de l'autre, j'ai passé le concours de l'internat avec l'illusion d'être mieux préparée à l'exercice de la médecine générale.

C'est après mon installation que j'ai ressenti la nécessité de réfléchir sur la façon dont la maladie s'inscrivait dans l'histoire du patient, et sur ce qui se jouait dans la relation avec lui. Avec mes collègues, nous avons travaillé avec une psychologue en supervision par rapport aux patients et à nos relations au sein du cabinet. J'ai participé ensuite à un groupe Balint. C'est grâce à la revue *Pratiques* et au Syndicat de la Médecine Générale que j'ai pu mieux appréhender l'influence des conditions de vie et de travail des gens sur leur santé.

Ce cheminement s'est fait pour moi progressivement et seulement après les études médicales. Aujourd'hui, je tente de faire partager aux étudiants, qui sont en stage avec moi, l'importance d'aborder le patient dans sa globalité. ■

# Initiation

Anne-Marie Pabois, médecin généraliste

Je voulais faire radiothérapeute. Parce qu'avant, j'avais fait manipulatrice radio. En cobalthérapie, j'avais appris que les médecins décident des protocoles, les auxiliaires les appliquent aux patients qui les acceptent plus ou moins bien. J'observais en silence l'hôpital, les malades et leurs cancers à traiter. Comme eux, j'attendais que la

porte blindée s'ouvre pour entrer dans la salle. La table était surmontée d'un énorme bras qui allait délivrer des rayons invisibles dont se préservaient les uns et qui « guérissaient » les autres. Là, dans cet univers de la technique froide, brillante, dure qui faisait peur comme le cancer, nous accueillait Clémentine, celle qui savait ce que soigner veut dire. « Bonjour, comment va ce sein brûlé ma pauvre ? ». Elle écoutait de tout son regard, elle connaissait tout de ses malades, elle respirait la douceur, elle expliquait toujours, elle répondait aux questions avec finesse... Je pense encore à Clémentine, à l'initiation en humanité qu'elle m'a donnée, je m'imbibais de son savoir être, elle m'expliquait leurs malheurs. J'apprenais à voir et écouter dans la salle d'attente et à appliquer les consignes des médecins en salle. Puis j'ai fait médecine pour vivre avec les malades comme Clémentine. À la fac, j'ai ingurgité des savoirs, on m'a dit que seuls les médecins savent, j'ai pleuré avec mes malades et on m'a dit qu'un médecin doit être à distance, je n'ai pas eu de cours de sciences humaines. Il valait mieux. Je savais déjà : Clémentine m'avait enseigné les sciences humaines. Pour approfondir, j'avais maintenant les livres. ■

# Exil

Sylvie Simon, kinésithérapeute

Cette jeune patiente de quatorze ans était venue me voir pour une rééducation du dos, pendant six mois, une fois par semaine, toujours fidèle au rendez-vous. Je savais qu'elle venait d'un pays où la guerre avait fait ces ravages, mais pendant tout le temps de sa rééducation, elle ne m'en a jamais parlé. Elle fonçait droit devant et rapidement, elle a su parler correctement le français et devenir

excellente au collège. Je respectais son silence. Son histoire douloureuse s'exprimait dans son corps et il fallait dans le présent apprendre à être mieux, retrouver des racines ici et maintenant. Puis, à vingt ans, je l'ai revue, tout basculait, elle ne comprenait pas pourquoi elle était déprimée, elle était triste un peu comme la petite fille qu'elle avait été, qui avait dû changer de villages, d'écoles très souvent, quitter ses amis. Pour la première fois, elle m'a raconté, sa tristesse, ses peurs de la guerre, la douleur de l'exil. Ce ne sont pas les sciences humaines qui m'ont aidée à l'aider, mais ma propre expérience de la vie, de l'arrachement et de l'apaisement, mon métier sur le terrain, mes rencontres, dans une ville de banlieue où se côtoient toutes les cultures et nationalités. ■

# DOSSIER Le clown triste

Terrible peut être la solitude des étudiants que personne n'accompagne face à la détresse des malades.

Elisabeth Pénide, médecin généraliste

Jeune étudiante en quatrième année de médecine, je fus soumise, comme d'autres, à rude épreuve lors d'un stage d'externe en hématologie. À cette époque-là, les plus « chanceux » des patients du service étaient ceux atteints de la maladie de Hodgkin : sans qu'ils le sachent, ceux-là seuls avaient un espoir de « guérison ». Tous les autres étaient voués à une mort certaine à plus ou moins courte échéance... Certains pendant leur hospitalisation pouvaient virer au rouge, au blanc, au vert, au jaune, aux petits pois rouges (pétéchies <sup>1</sup>), virant au vert ... et donnant la réplique, au-dessus de leurs lits, trônaient des reproductions de clowns bariolés, mais tristes : car en plus ils pleuraient !

Un jour, on m'a mis un gros dossier, un dossier de mon année de naissance. Un dossier relatant deux années de descente aux enfers, deux années de souffrances inimaginables qu'on m'a chargée d'étudier dans tous les détails. Elle s'appelait Christine, elle avait une leucémie : diagnostic fatal. Étudiante en psychologie, elle se battait contre l'inhumanité du service, elle était admirée pour sa pugnacité... Son esprit tenace et critique faisait peur aux chefs de clinique, car elle exigeait d'eux un minimum d'égards, de paroles même pour ses voisines de chambre !

Mais son courage pouvait flancher, et un jour où le professeur s'était efforcé de la faire se raccrocher au moindre espoir, tentant d'éloigner de sa pensée l'inéluctable fin de la maladie, alors que nous étions sortis de la chambre, il s'est récrié en découvrant mes yeux remplis de larmes : « Ah non ! Pas vous aussi ! » Pas vous remonter le moral, certes, mais les rumeurs courraient sur sa crainte de voir encore de jeunes externes se foutre en l'air après un stage dans son service...

Au staff <sup>2</sup>, le professeur nous assurait que l'on ne savait pas si la leucémie n'était pas d'origine virale... pour nous garder à l'écart des malades ?

Cela ne m'a pas empêchée de rapporter un bouquet de violettes à Christine le matin où elle devait sortir de sa chambre stérile où tout objet extérieur était passé à l'étau... Mais pourquoi, sous prétexte qu'elle n'avait pas le téléphone, m'a-t-on chargé d'aller porter de mauvaises nouvelles à son domicile ? Je garde gravé en moi le geste qu'elle a eu d'ouvrir la porte du petit jardin de son échoppe bordelaise pour vider son corps d'un grand cri de désespoir... avant le retour en chambre stérile...

J'ai appris il y a quelques années que ce professeur était mort d'une leucémie : le virus l'aurait-il donc atteint ? ■

1. Multiples taches hémorragiques de la peau.

2. Réunion de service à l'ouest de Paris : « soviét » à l'est.



# L'histoire de la relation médecin/malade

L'institution médicale ne parle pas « des choses qui fâchent », de l'Histoire des affrontements entre les différentes conceptions du soin. Et pourtant, assumer les tâtonnements de nos pères serait essentiel pour comprendre le métier de médecin aujourd'hui.

■ **Jean-Pierre Peter**, historien

**Pratiques :** *L'histoire de la médecine est la grande oubliée de l'enseignement des sciences humaines et sociales dans le cursus des études médicales. Comment expliquer cette absence ?*

**Jean-Pierre Peter :** Analyser les raisons conscientes ou non qui ont fait renoncer la médecine française à considérer son histoire (et, partant, toute histoire de la médecine) éclairerait quelque chose de notre propre institution médicale, de sa nature, de ses traits et dispositions, de ses problèmes, blocages et pincements – nous instruirait en fait sur la substance de son histoire.

À maintes reprises, depuis plus de trente ans que je travaille en historien sur la médecine, tel ou tel patron hospitalier, et aussi des praticiens de ville, m'ont dit avec gravité et comme en confiance : « Jusqu'à hier matin, nous n'étions que dans l'à-peu-près ; nous venons juste aujourd'hui d'entrer dans la science ». Je souris chaque fois : mes documents attestent que cet apologue se redit de génération en génération depuis deux à trois siècles. Mais pour ceux qui en sont habités, cette représentation emporte une conséquence immanquable : à quoi bon s'intéresser à l'histoire de ce qui ne fut qu'errements et savoirs fallacieux ! Ainsi n'y a-t-il pas lieu de l'enseigner.

J'observe cependant que, dans le reste de l'Europe et aux États-Unis, l'histoire de la médecine fait partie intégrante des études médicales. Il y a des chaires, un corps professoral, des bibliothèques, des instituts, des collections d'ouvrages. Ces deux dernières décennies, en Angleterre, au Canada, en Allemagne, en Suisse, les départements spécialisés n'ont pas craint d'associer à leurs équipes des

historiens de formation, des sociologues et anthropologues. Ensemble, ils planifient la recherche, ils publient, et surtout assument de concert un enseignement suivi auprès des étudiants en médecine, particulièrement lorsque ceux-ci, au-delà des deux premières années, ont déjà une familiarité avec l'hôpital, les pathologies, les malades.

Pourquoi cette abstention française, qui nous soucie ? J'en propose l'hypothèse : cette abstention est liée à notre histoire elle-même.

Lorsque furent nationalisés les biens d'Église par la Constituante (2 novembre 1789), la question s'est posée : que faire des hôpitaux et hôtels-Dieu ? Certains (médecins, magistrats, savants), conscients de ce que ceux-ci symbolisaient comme creusets de misères et de maux rassemblés sans hygiène et sans ordre ni soin suffisant, souhaitaient les fermer ; et assurer à chaque citoyen des villes les conditions d'accès à un praticien éclairé ; dans les campagnes, créer de petits dispensaires où accueillir, instruire et soigner les frustes laboureurs. Les troubles de la Révolution, les nécessités de la guerre, enfin l'évolution de la pensée médicale mirent l'accent sur la fonction irremplaçable des hôpitaux comme lieux d'enseignement concret de la médecine pour former des praticiens modernes. Et l'on en confia l'essentiel de la responsabilité – le quasi-gouvernement – au corps nouveau des « patrons » hospitaliers (lois de l'an X – 1802).

Or c'est dans le même espace de temps, dans le brouhaha prodigieux de la France de l'époque, qu'avec Bichat, puis Laennec, Corvisart et d'autres, s'inscrit le renversement de la pensée et de l'exercice en médecine – la grande et féconde révolution clinique qui aligne la conception nouvelle de la maladie sur les leçons de l'anatomopathologie. La maladie, ce n'est plus la collection énonçable de ses symptômes, mais l'effet d'une

Jean-Pierre Peter, directeur d'études « Histoire et anthropologie de la médecine et des savoirs sur le corps » École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris. Il a publié notamment « Puysegur et l'enfant fou ou la raison originelle », in *Marquis de Puysegur, un somnambule désordonné*, p. 9-88, Les Empêcheurs de penser en rond, Synthelabo, 1999.

.../...

.../...

lésion spécifique dans un tissu. Les pathologies ont ainsi, chacune à chacune, une signature repérable. Le diagnostic s'établit sur quelques symptômes majeurs, qui définissent le type de lésion et que l'auscultation décèle. Or l'hôpital, conservatoire d'un fourmillement de pathologies, est le lieu idéal pour apprendre, sur les corps autopsiés des indigents, les techniques de repérage et spécification des pathologies. Cette clinique triomphante (on viendra de toute l'Europe et d'Amérique apprendre à Paris la médecine nouvelle auprès des champions du diagnostic juste) convainc ses détenteurs de la parfaite inanité de tout ce qui les précédait. Mais l'insuffisance thérapeutique des cliniciens donne à d'autres (les Magendie, les Claude Bernard) l'impulsion combative d'aller plus avant pour décrypter les démarches mêmes du vivant, les procédures de ses dérangements. C'est la physiologie expérimentale, les commencements de la biologie. Leurs avancées triomphales conforteront la certitude d'un passé dépassé. S'installe cet adage, qui perdure : « Les sciences ont une histoire, les fausses sciences n'en ont pas ».

*Quelle histoire enseigner alors en médecine, et comment ?*

Ai-je la moindre autorité pour en décider ?... Un souvenir douloureux. En 1983 et 1984, sur la demande du Premier ministre, Jacques Ruffié avait réuni au Collège de France un groupe de travail réunissant quelques doyens de faculté et professeurs de médecine, ainsi que plusieurs historiens, dont j'étais. Nous avons dessiné un projet à long terme, proposant des mesures préparatoires prudentes, pour ébaucher les lignes d'un enseignement cohérent d'histoire de la médecine en milieu médical pour les étudiants de 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> année. Nous proposons d'autre part un noyau d'institut destiné à servir de modèle, et des moyens pour faciliter la participation d'enseignants et chercheurs non médecins à ces nouvelles formations. Le rapport, soumis au deux ministres concernés (Santé, Éducation) et à l'Académie de médecine, reçut l'accueil le plus défavorable : semonces fâchées. Ce qui a été mis en place depuis n'est qu'un bachotage qui ennuie les jeunes gens : « la médecine c'est du dur ; foin de ces bavardages ! ».

Certes. Mais il se trouve justement, et je reprends là une formule de Montaigne, que « la médecine est au carrefour de tout ». Centralité de la médecine dans les dispositifs d'une société. Il n'y a guère de domaine relatif à la vie des hommes, comme êtres sociaux et comme êtres vivants, qui ne relève de son regard. C'est ce qui fait de son histoire un instrument indispensable aux médecins pour saisir les dimensions réelles de leur métier, la portée de ses enjeux, le poids de leurs

tentations ; pour découvrir l'intrication qui se révèle, à travers eux et ceux qu'ils soignent, entre le train des sociétés et les ordres de la vie. Une prise de conscience qui d'ailleurs ne s'impose pas aux seuls médecins.

*Quels éléments choisir dans le passé qui vont entrer en résonance avec le vécu des soignants d'aujourd'hui ? Pour les aider à réfléchir...*

Trois points me semblent dignes d'être mis en valeur dans un tel enseignement :

1. *L'héritage humaniste de la médecine hippocratique.* Notre médecine moderne est née dans la Grèce antique. Cantonnée jusqu'alors dans l'espace religieux des temples, Hippocrate l'en extrait, l'ouvre à quiconque veut s'y former rigoureusement. Il en fait ainsi un métier dans la cité, semblable à tout autre métier, fondé sur un savoir laïc et rationnel.

Dans l'esprit hippocratique, la santé est l'état normal de l'homme, mais variable suivant les cycles de la nature, selon les conditionnements et les épreuves qu'infligent à l'homme son milieu, son mode de vie, ses excès, ses soucis, ses passions. Le rôle du médecin est alors de savoir repérer, comprendre et traiter les phases dangereuses dans ces variations (les maladies) et d'en décrire les formes, les causes, les processus, d'en faire le catalogue afin d'en fixer la connaissance objective nécessaire à l'art subtil du diagnostic et du pronostic justes. Savoir clinique. Dès lors, il s'agit de restaurer, dans la personne éprouvée du malade, les capacités de la nature à se réparer par elle-même (*natura medicatrix*). Hygiène, régime alimentaire, bains, saignée, médications (dépuratifs, purgatifs, émétiques, diurétiques) vont servir à ranimer, dans le malade, ses capacités vitales à guérir.

Tout cela implique une relation, envers la *personne* même du malade, d'une très grande proximité. D'abord physique, parce que le médecin est celui qui touche, palpe, prend le pouls, met une main investigatrice sur les différentes parties du corps, observe et jauge le dedans et le dehors (urines, déjections, couleurs, odeurs). Il écoute, et s'entend à connaître la personne dans son intime particularité de vie ordinaire comme dans son moment d'épreuve malade. Il a part au foyer, il soutient, il sait entendre et la plainte et les signes de retour à la vie. Par sa compréhension, son savoir, son dévouement, il est l'allié du malade dans cette crise vitale qu'est la maladie.

Il observe et consigne tout ce qu'il a vu, étudié et compris pour en transmettre la connaissance. C'est ainsi que, reprise de génération en génération, la science médicale de l'Antiquité s'est construite comme une immense bibliothèque



fondant un exercice pertinent. Ce savoir lire, savoir dire et savoir faire laissera sa trace jusqu'à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, et même au-delà.

### 2. Le réel, le sensible et le théorique.

Je vise là l'effort d'intelligence rationnelle depuis toujours mobilisée chez les médecins au sein même de leurs constructions théoriques les plus baroques, dans leur désir d'être au plus près des sciences de leur temps. Les « médecins de Molière », si apparemment grotesques, se voulaient dans le droit fil de la physique et de la chimie de leur temps. La passion du théorique (aujourd'hui comme hier) peut égarer. Ils n'en ont pas moins, et en même temps, fait faire à l'anatomie et à une certaine physiologie de grandes avancées. L'intelligence, tantôt déviée dans ses prémisses, tantôt aiguisée, lumineuse, toujours inquiète de ses propres élans intuitifs, y est constamment à l'œuvre, à l'épreuve. Il est passionnant de suivre, historiquement, ce fil inflexible et fragile.

### 3. La médecine et la pensée sauvage.

J'évoque ici la présence rémanente, dans le rapport de la médecine à ses objets (les hommes, la maladie, le savoir, les circonstances), d'une dimension du singulier, de l'irrationnel ou de l'impensable, avec lesquels elle s'est toujours crue en devoir se coller, sans comprendre assez qu'ils étaient coextensifs à son domaine, à son exercice. Prenez la question (longtemps l'énigme) de la reproduction humaine. Elle est débattue depuis des millénaires, et on observe que d'un bout à l'autre du monde, d'une époque à l'autre, les représentations les plus singulières en ont été

échafaudées. Les catégories médicales à ce sujet n'ont pas manqué de produire des constructions d'un baroque intéressant. Ainsi, au cœur de la médecine – dans son exercice comme dans sa pensée et ses fondamentaux – sont à l'œuvre des ressorts logiques d'une extrême malléabilité. On notera le jeu permanent des effets de fascination qui, d'une certaine façon, ne sont pas sans coïncidence avec tels contenus des mythes de sociétés primitives. On les retrouverait aussi bien dans les fantasmes analysés par Freud, comme, avant et après lui, au creux des œuvres de certains grands écrivains, de Ronsard à Proust en passant par Flaubert. Il y a là comme une sorte de désordre ordonné, propre semble-t-il à l'esprit humain dans ce qui s'y raconte à propos de la reproduction. On ne peut pas écarter ces objets d'un revers de la main comme « non scientifiques ». Étudier ces mots, ces constructions, ces plongées et ces rêves dans le champ de l'histoire nous permet de comprendre ce que l'esprit humain comporte de zones faillées, où tout en semblant plonger et se perdre, en fait il se trouve, non sans déséquilibre ou dérive, à l'occasion. Mais, aussi bien, apte à y puiser des intuitions de génie. Dans les sciences, dans la politique, dans tous les espaces humains, il y a de ces zones et de ces égarements, parfois de ces jaillissements. Tantôt désastreux, tantôt féconds, et toujours impropres à faire l'objet d'une analyse trop étroitement rationnelle. Il est important de s'y arrêter, et de comprendre. De concevoir, à destination des futurs médecins, un enseignement d'histoire capable d'illustrer la fécondité de ces espaces, apparemment irrationnels, où la médecine a pu enclorre ses plus précieuses valeurs.

.../...

.../...

*On est loin d'un intérêt exclusif pour la maladie.*  
 Oui. Et il en va de même de la relation médecin-malade, par où je verrais bien commencer un enseignement aux futurs médecins, appuyé sur le legs de la période hippocratique. Il y était clair, pour le praticien, qu'il n'y a d'apprentissage particulier, d'effet de connaissance de l'humain, d'atteinte des ordres du monde qui régissent la vie, que par le truchement d'une relation personnelle, intime (mais jamais fusionnelle : il y faut une distance sensible) avec un sujet porteur des particularités de toute vie, avec ses lignes générales, ses caractères singuliers, ses accidents (la maladie). Tout être humain est singulier. Il n'y a

de médecin que celui occupé à comprendre le caractère spécifique de la personne. Le malade ne peut pas être réduit à sa maladie. Il y a alors beaucoup à apprendre de cette histoire, dans le moment même où nous sommes, et où depuis un siècle et demi, la personne n'est souvent plus, aux yeux de la médecine, que le porteur anonyme d'une pathologie qui elle seule aiguillonne l'esprit. La personne s'efface. Hélas, les sciences sociales elles-mêmes craignent l'espace de l'individuel, fascinées qu'elles sont par les procédures générales abstraites de la société qu'elles construisent.

Il reste donc beaucoup à faire... ■

## Au XIX<sup>e</sup> siècle déjà la controverse...

Par l'arrêté du 18 mars 1992, les ministères de l'Éducation nationale et de la Santé introduisent un enseignement obligatoire de culture générale en première année de formation médicale, en France. Huit ans plus tard, le rapport de Dominique Lecourt entraîne la création de postes d'enseignement de l'histoire et de la philosophie des sciences en facultés des sciences et de médecine. D'autres tentatives d'introduction des sciences humaines en médecine sont retrouvées dans l'histoire.

Eric Hamraoui, philosophe

L'œuvre de philosophes, tels Michel Foucault, Gaston Bachelard, Georges Canguilhem et François Dagognet, et d'historiens comme Jacques Roger, Jacques Léonard, Yvette Conry et Jean-Pierre Peter, ont joué un rôle déterminant dans le développement d'un enseignement à vocation interdisciplinaire, au XX<sup>e</sup> siècle. Mais l'importance de la contribution de ces auteurs ne doit pas faire oublier les tentatives plus anciennes d'introduction de l'histoire de la médecine et de la philosophie en faculté de médecine. Tel le plaidoyer de Jacques Lordat (1773-1870), de l'École médicale de Montpellier, en faveur de la création d'une chaire de philosophie à la faculté de médecine.

Soutenu par les membres de la Commission permanente du Congrès Médical, ce plaidoyer consiste en trois lettres adressées au médecin et député Jean-Baptiste Bouillaud, à Victor Cousin, auteur d'une célèbre plaidoirie intitulée « Défense de l'université et de la philosophie », enfin, à Monsieur Donné, Inspecteur général des Écoles de Médecine. Ces lettres visent à démontrer en quoi l'absence de l'étude de la philosophie est responsable d'un défaut d'unité de doctrine chez les médecins.

Afin de favoriser la formation d'un authentique « esprit public médical » reposant non pas sur la croyance ou la persuasion, mais sur une connaissance vraie des faits qui existent dans la nature, ces lettres convoquent le modèle de la philosophie baconienne qui

cherche à réaliser l'enchaînement des vérités dans l'ordre naturel de notre intelligence. Cette « philosophie inductive » permet au médecin de réunir le concret (les faits ou l'expérience) et l'abstrait (les propositions générales qui composent le code de la science) et d'élargir le champ de son investigation à l'analyse des interactions entre les différents éléments de la constitution de l'homme dont les maladies requièrent l'usage de moyens thérapeutiques – physiques, vitaux ou moraux – appropriés. Jacques Lordat déplore de même les limites de l'enseignement médical traditionnel focalisé sur la connaissance de la partie matérielle du corps humain, au mépris de l'examen des déterminants d'ordre métaphysique : « Les moyens fournis par la physique, la chimie, l'art des opérations manuelles et les autres arts, ne sont utiles qu'en proportion de l'intelligence qu'aura le médecin des affections et des tendances de la force vitale. » La maladie est en effet, selon Lordat, la traduction d'un vice affectant le principe vital.

Contrairement à l'œuvre des Idéologues à l'origine de la création d'Institutions telles que les grandes écoles et le Conservatoire National des Arts et Métiers, les propositions de Lordat, même modestes, demeurèrent sans échos. Les prémisses du triomphe de la pensée mécaniste, déjà perceptibles, rendaient peu convaincante l'association qu'il propose entre les principes de la philosophie vitaliste et de la méthode inductive baconienne. ■

Eric Hamraoui,  
 maître de conférences en philosophie,  
 chaire de Psychanalyse-Santé-Travail  
 du CNAM, Paris.

# Sortir la psychanalyse de l'ombre

Si la Faculté et le corps médical refusent obstinément de tenir compte de l'inconscient, comment transmettre aux étudiants les outils nécessaires au soin ?

■ Daniel Lemler, psychiatre

La psychologie médicale est apparue officiellement dans les programmes de médecine dans les années 60. Elle a été coextensive de « l'inflation psychosomatique », symptôme parlant d'un retour du refoulé, à savoir tout ce qui est dénié, passé sous silence dans l'enseignement de la médecine : l'inconscient et ses manifestations.

Mais ce sont les événements de mai 68 qui l'ont fait sortir de l'ombre.

Les événements de mai 68 ont eu un effet important sur elle. Les enseignants se trouvèrent face à une demande nouvelle, l'introduction des sciences humaines en médecine. Ils s'efforcèrent d'y répondre avec les moyens du bord. Ils étaient prêts à tout offrir aux étudiants, « tout, mais pas ça ! ». Ce « ça » représente ici l'ordre de l'inconscient. Rappelons que le « ça » fut introduit dans la psychanalyse par un médecin généraliste, Georg Groddeck. La psychanalyse, par un juste retour des choses, aimerait le restituer à la médecine. Sauf que cette dernière résiste.

La psychologie médicale serait alors « la reconnaissance et l'inventaire de la névrose en médecine ». Ainsi observons-nous un glissement de la psychologie vers la psychanalyse. Cette dernière n'a qu'une exigence : que l'individu « accède à sa propre vérité ». Comme vous le verrez, il s'agit là d'une constante : derrière les différentes questions que pose la psychologie médicale apparaît en filigrane la question de la psychanalyse.

La psychologie médicale va donc ouvrir la maladie à une « signification insoupçonnée ». S'ensuit la création d'une véritable relation thérapeutique. Cela implique pour le médecin une démarche personnelle à la découverte de son propre inconscient. Cela bien sûr n'est pas sans conséquences, puisque *la psychologie médicale devient un*

*« moyen de réinvestir la pratique médicale en accroissant le plaisir du médecin à l'exercice de sa profession ».*

On pourrait dire que la psychologie médicale trouve sa justification dans cette constatation banale : bien plus de la moitié des patients qui consultent ne sont pas malades, au sens où l'examen clinique ne décèle aucune anomalie.

Et pourtant, une bonne entrée en matière consiste à s'intéresser à la psychologie de l'homme malade. La maladie est ce qui vient perturber la « relation idyllique de l'homme à son corps ». La psychologie médicale se définit alors comme psychologie de l'homme malade et de la relation malade-médecin. Elle vise à permettre au malade d'exister, et à rendre à l'être humain ce qui lui est propre.

« Réhumaniser la médecine, ce n'est pas transformer les hôpitaux en villégiature, c'est humaniser le médecin ».

« En mai 68, les enseignants se trouvèrent face à une demande nouvelle, l'introduction des sciences humaines en médecine. Ils étaient prêts à tout offrir aux étudiants, « tout, mais pas ça ! ».

Il s'agit donc de sensibiliser et de former à la psychologie médicale aussi bien les médecins en exercice que les étudiants. Dans les deux cas, le travail novateur d'un psychanalyste hongrois, immigré à Londres, Michael Balint, va être le bienvenu. Poursuivant le travail de Freud et de son propre analyste Sandor Ferenczi, il est le premier à développer une application de la psychanalyse à la pratique de la médecine générale.

Mais la Faculté continue de résister. Avec l'ère de la science et des techniques, elle a refusé tout ce

.../...

qui se qualifie de « sciences humaines ». Aucune place n'est laissée à l'enseignement de la « dynamique de la relation humaine ».

Pour subvertir cette résistance, on propose à l'étudiant comme au médecin, des « groupes d'étude de la relation thérapeutique » autrement dit des groupes Balint. À ces groupes sont associées deux notions qui leur sont absolument complémentaires : la fonction psychothérapique du médecin et la médecine psychosomatique.

Force est de constater que, du fait de la résistance, aussi bien de la Faculté que des médecins eux-mêmes, il y a quelque chose qui ne cesse pas de ne pas s'écrire dans le champ médical, quelque chose de l'ordre de l'inconscient.

Autrement dit, si une voie a été ouverte, elle ne saurait se maintenir sans l'engagement, à chaque génération, de psychanalystes dans le champ de la médecine. Mon expérience personnelle m'a confirmé cette hypothèse : il est possible de créer dans le champ médical des espaces de parole dès lors que l'on soutient cette démarche de son désir. Ce n'est pas pour autant qu'ils seront pérennes. Que cela puisse se rejouer est déjà un facteur non négligeable.

Il me paraît nécessaire d'envisager la question en amont, à savoir dans la formation des médecins. Là, si l'on fait un rapide état des lieux : il y a enseignement des sciences humaines en première année, douze heures de psychologie médicale en troisième année et un module optionnel de psychosomatique ; c'est à la fois insuffisant et inadapté.

Inadapté, surtout, si l'on accepte l'idée que la psychologie médicale ne se limite pas à un savoir ou

à une théorie, mais représente une position subjective. S'il est nécessaire et indispensable d'en enseigner les rudiments, c'est surtout quelque chose qui se transmet. Alors pour aller vite, comment transmettre cette idée que le consultant n'est pas un porte-organe comme on dirait porte-drapeaux, mais un humain, un être parlant ? Il est important de l'affirmer, bien sûr, de l'enseigner, il est important d'y sensibiliser les étudiants dans des jeux de rôles. Mais la relation dont il est question n'est pas un jeu et l'idée serait de le faire éprouver. Comment changer un état d'esprit qui s'est forgé depuis des décennies et s'est cristallisé autour de la dimension scientifique de la médecine moderne ?

C'est la manière dont le « patron » va s'adresser à un patient qui va enseigner aux futurs médecins, c'est sa position subjective plus que sa théorie qui va transmettre cette dimension humaine de la relation. Aussi, dans notre société et dans notre médecine, à chacun de trouver le ou les maîtres qui pourront lui transmettre cette part d'humanité qui ne se trouve dans aucun livre.

La psychologie médicale, en tant qu'elle vise à réintroduire la part humaine dans la consultation et plus largement dans le champ de la médecine, se heurte à la résistance et au refoulement de la Faculté comme des médecins. Cela se manifeste, entre autre, par la mise en place de défenses contre tout ce qui vient marquer l'émergence de la part inconsciente de l'homme dans la consultation, défenses qui prennent le nom de « fibromyalgie », « fatigue chronique »... Bref, le travail de sensibilisation et de formation des médecins est constamment à remettre sur le métier. ■

## Les groupes Balint

Inaugurés par Michaël Balint, psychanalyse d'origine hongroise, les Groupes Balint réunissent des médecins ou d'autres personnes « ayant des responsabilités professionnelles », régulièrement, pour échanger autour de la relation médecin-malade, à partir de l'exposé de cas concrets. Ils regroupent une douzaine de personnes et sont animés par des « leaders », ayant fait une psychanalyse et formés par la Société Médicale Balint. À partir d'un cas présenté par l'un d'entre eux, les participants découvrent qu'ils sont confrontés à des situations à la fois singulières et universelles, ils améliorent leur ressenti en entendant parler leurs confrères de leurs propres émotions, et développent leur écoute et le confort de leur exercice par la tolérance de l'autre (le patient, le confrère)...

Société Médicale Balint, 136, avenue de Flandre,  
75019 Paris  
Tél. 01 40 36 47 54  
[www.balint-smb-france.org](http://www.balint-smb-france.org)

# Comment font nos collègues sénoufos ?

■ Elisabeth Maurel-Arrighi, médecin généraliste

Un jour, dans une interview pour *Pratiques* (septembre 1996 « anthropologie et médecine »,) l'ethnologue Andreas Zempleni a raconté une histoire qui a allumé une petite

lumière en moi. Quand un devin en pays sénoufo d'Afrique de l'Ouest évoque une « attaque magique », il donne un modèle d'explication le plus « vide » possible. « C'est une femme au teint clair et qui habite pas loin de chez vous qui vous veut du mal. » Des dizaines de personnes peuvent répondre à cette définition et sont susceptibles de nourrir de l'hostilité. Grâce à cette énonciation « vide », chacun dans le village peut alors s'exprimer pour redéfinir ce qu'il pense du lien social. Dans ce cas précis, le diagnostic d'« attaque magique » avait été porté après un malaise survenu chez un jeune adolescent, membre de la famille « adoptive » du chercheur. Il s'agissait des relations de pouvoir entre les descendants des anciens maîtres et esclaves, à l'occasion d'un affrontement lors d'une cérémonie d'initiation. L'ethnologue avait lui-même participé à la consultation, et grâce à sa connaissance de longue date de cette société, avait pu conceptualiser ce qu'il avait vu et ressenti.

Pourquoi cette histoire m'a-t-elle ouvert toute une succession de portes ? Je crois qu'elle signifie pour moi le bonheur de comprendre, à travers des proximités et des différences : des soignants d'ailleurs utilisent le même genre d'outils que des psychanalystes, des chercheurs universitaires reconnus ici s'impliquent dans les situations qu'ils étudient. Cela me fait plaisir de me sentir reliée à eux. Cela m'aide à inventer avec mes patients ma propre façon de faire, sans hésiter à m'appuyer sur tous mes savoirs, mes connaissances médicales scientifiques, mon expérience de la vie, mes outils psychanalytiques ou politiques, voire ma petite pratique artistique de conteuse ou de marionnettiste. J'apprends ainsi à écouter mes patients, afin de les aider à saisir le sens de ce qui leur arrive.

Ces connaissances en sciences humaines ou sociales que j'utilise dans mon métier, elles ne viennent pas de n'importe où. Un certain nombre de soignants comme de chercheurs sont méfiants vis-à-vis des discours extérieurs à leur pratique. Ils se situent dans un besoin de concepts ancrés dans la pratique, dans une conception de la vie, du soin et de la société, où la question du lien est centrale, entre subjectivité et politique. Un certain nombre d'entre eux se sont regroupés autour de la revue *Pratiques*.

Ils ne sont pas seuls. Nous avons rencontré, pour ce numéro, d'autres chercheurs qui témoignent d'une façon exemplaire de cette manière de « fonctionner ». Alain Caillé qui anime le MAUSS (Mouvement Anti-Utilitariste en Sciences Sociales) propose une vision renouvelée des sciences sociales : non, les gens ne sont pas animés par leur intérêt individuel exclusivement, oui, ils sont portés par le plaisir du don et de la reconnaissance, oui, il existe des chercheurs en sciences humaines qui confrontent leurs regards, oui, on peut témoigner de l'épaisseur de l'humain et de la complexité des rapports sociaux. De même, Françoise Davoine et Jean Max Gaudillière, directeurs de recherches à l'EHESS, proposent leur démarche singulière dans le monde des analystes : oui, on peut apprendre la sociologie dans la 2<sup>e</sup> CV d'une assistante sociale, oui, on peut travailler avec la folie, oui, on peut s'ouvrir à d'autres disciplines et d'autres cultures, oui, on peut soigner à partir de son propre fonds et de la façon dont l'histoire de l'autre résonne en soi.

Il existe donc, à nos yeux, une sorte de communauté de pratiques où se rencontrent des personnes qui partagent leur savoir venu à la fois des épreuves traversées et des confrontations avec d'autres. La revue *Pratiques* plaide pour que ce soit cette conception-là des sciences humaines et sociales qui soit défendue dans la formation des soignants. ■

# Le pari du don

Remettre au centre de la vie sociale le lien « donner, recevoir, rendre » permet de lutter contre l'abus du tout économique, qui prétend réduire la société à « acheter et vendre ».

Alain Caillé, sociologue

Alain Caillé, sociologue et économiste, professeur à l'université de Nanterre, fondateur de la Revue du MAUSS, Mouvement anti-utilitariste dans les sciences sociales.

MAUSS, 3 avenue du Maine, 75015 Paris  
Tél. 01 42 84 17 03

**Pratiques :** *Dans une société où le tout économique fragilise le lien social, les professionnels de la santé ne savent pas vers quel type de sciences humaines se tourner. Vous faites partie d'un mouvement, le MAUSS, dont le sigle signifie « Mouvement anti-utilitariste dans les sciences sociales ». Qu'est-ce que cela veut dire ?*

Alain Caillé : Nous avons créé la *Revue du Mauss* en 1981, sur le constat d'une mutation radicale au sein des sciences sociales et de la philosophie politique. Pendant deux siècles, les économistes étudiaient les relations entre les hommes, médiatisées par l'argent. Ils s'appuyaient sur une représentation fictive de l'être humain, l'Homo Economicus. Parallèlement, d'autres hypothèses, l'Homo Politicus, l'Homo Ethicus... étaient utilisées par les autres sciences sociales pour étudier d'autres champs de la société.

Or, à partir des années 60, l'Homo Economicus devient l'hypothèse généralisée pour expliquer toutes les relations sociales. Nous, êtres humains, serions des calculateurs de l'utilité du savoir, des croyances, de l'amour... Cela devient la vérité de toutes les figures humaines. Les sciences sociales, y compris la sociologie, se rallient à cette vision centrée sur l'individualisme. L'économie, un sous-ensemble des sciences sociales, devient une généralisation, et la société un résidu de l'économie. Cette révolution du travail intellectuel a précédé et justifié à l'avance le néolibéralisme, contre les théories keynésiennes notamment, selon lesquelles l'État joue un rôle majeur dans la régulation de l'économie et de la croissance. Derrière les pratiques actuelles des chefs d'entreprise, on trouve des théories économiques élaborées il y a quarante ans.

Parallèlement à cette vision anti-utilitariste que nous entendons opposer à cette pensée economiciste du monde, le sigle de notre revue, MAUSS, fait référence au travail de Marcel

Mauss, qui a su démontrer en 1924 que, dans les sociétés premières, le modèle social n'est pas le marché, le « donnant-donnant », mais la triple obligation du « donner, recevoir, rendre ». Autrement dit, se montrer généreux fonde le lien social. Le débat existe depuis des milliers d'années et devient paroxystique aujourd'hui, où l'on assiste au triomphe de l'Homo Economicus dans sa forme la plus vulgaire : la forme marchande.

*Dans ce contexte, quelles sciences sociales peut-on enseigner aux médecins pour être à la hauteur des enjeux et de la complexité de la société ?*

Parallèlement à cette dérive economiciste, on assiste à la fragmentation des sciences sociales ; économie, sociologie, histoire, ethnologie, sont des disciplines de plus en plus fermées et spécialisées... surtout en France. Pour être recruté en faculté d'économie, il faut écrire des articles en anglais et en formules mathématiques. En sciences sociales comme en médecine, tout se réduit en micro-savoirs spécialisés.

« Transmettre une sociologie, une philosophie qui aient encore le souvenir et la préoccupation d'une vision d'ensemble de la société, et des sujets humains dans leur complexité. »

Dans les régimes totalitaires, le discours est simplificateur. Dans l'état actuel de la société, il n'y a plus aucun discours global sur l'expérience humaine. Le danger, aujourd'hui, n'est pas le totalitarisme, mais cette parcellisation du monde. Dans un tel contexte, comment enseigner les sciences sociales aux médecins généralistes, aux médecins en général ? Le but du MAUSS est de maintenir cette idée d'un collectif. Notre souci est de transmettre une sociologie, une philosophie



qui aient encore le souvenir et la préoccupation d'une vision d'ensemble de la société, et des sujets humains dans leur complexité.

*Dans la pratique du soin comme dans la transmission et la formation des soignants, le risque, c'est de se laisser gagner par l'idée que les rapports de domination sont inéluctables, de douter des capacités de nos contemporains à tisser d'autres liens que marchands...*

Que peut-on objecter à la vision économiciste ? L'idée que les sociétés et les individus ont besoin de se constituer eux-mêmes... c'est seulement dans un deuxième temps qu'ils pourront être fonctionnels et efficaces comme le veut l'économie.

Comment se constitue-t-on comme sujet, individuellement et collectivement ? En accédant au registre du don, en acceptant d'entrer dans le cycle du « donner, recevoir, rendre ». Laisser les armes au vestiaire, arrêter d'échanger des coups pour échanger des présents, sur un pari de confiance : on pourrait être alliés. Dans le domaine économique, tout le monde est ennemi et se



*Homo Economicus Tristus*

défend des autres. La prééminence de l'économie entraîne un dérèglement du cycle du don : on ne peut pas donner éternellement sans retour, à l'institution, au client, à l'entreprise... pour être finalement traité comme un citoyen sans droits et un salarié jetable.

Faire le pari qu'on peut sortir de la guerre de tous contre tous et choisir le cycle de la confiance témoigne qu'un autre rapport social est possible.

*C'est un peu difficile en ce moment, non ?*

On garde les braises, qui vont reprendre un jour, en restant fidèle à ce que l'on croit, car le pire n'est pas toujours le plus sûr... L'être humain n'est pas seulement économique, c'est une certitude que nous avons à défendre. Nous voulons nous considérer comme des sujets humains : par éducation, par tradition, nous avons encore la possibilité de garder une certaine estime de soi et d'agir de manière à la développer.

« Donner, recevoir, rendre », cela n'a rien à voir avec la charité, c'est un point d'équilibre entre l'intérêt pour soi et l'intérêt pour autrui, entre donner et recevoir, avec une part d'obligation et de contrainte, et une part de créativité et de liberté. Nous désirons être reconnus comme des sujets humains donc capables de fonctionner dans le cycle du don, être généreux, savoir donner et recevoir.

Toutes les pathologies sont des pathologies du « donner, recevoir, rendre », et de la reconnaissance.

La pathologie fétichise tel moment : on est trop dans le don, trop dans le prendre, le garder... La pathologie de la

reconnaissance met en scène un super-donateur et un récepteur passif. Le paternalisme est une prise de pouvoir par hypertrophie du don, avec trop de sollicitude déplacée. Dans les institutions médicales, on fait intervenir des représentations des sciences sociales qui ne sortent pas de la position de pouvoir. Pour illustrer la dérive des sciences sociales, j'utilise la comparaison avec la médecine : que restera-t-il de nos sociétés, qui ont tant de mal à se penser, s'il n'y a plus que des spécialistes ? Il n'est pas question d'ajouter encore un peu plus de sciences aux sciences médicales, mais de trouver des outils pour l'action, pour avoir accès à la complexité du sujet humain.

*Les patients que nous voyons semblent souffrir beaucoup du hiatus entre les exigences du travail et leur vécu intime. Comment mieux les aider ?*

Nous vivons dans deux types de rapports sociaux très différents. La sociabilité « secondaire » que

.../...

.../...

nous rencontrons dans les entreprises est fonctionnelle. On nous demande d'être efficace, point. C'est le registre du marché, de l'État, de la science, où l'efficacité des personnes importe plus que leur personnalité. Nous vivons aussi dans un autre type de rapport social : l'amitié, la famille, le voisinage, le couple, une sociabilité « primaire », où la personnalité importe plus que tout. L'hypothèse est que la triple obligation « donner, recevoir, rendre » est toujours le ciment de la société primaire : à travers la relation du don et du contre-don, on personnalise les relations. La question de l'articulation entre ces deux sociabilités est importante pour les médecins, car une bonne partie des troubles des patients vient des contraintes inhérentes à la transformation de la sociabilité primaire en sociabilité secondaire, génératrice de stress. C'est vrai aussi pour les professeurs : comment transformer de jeunes enfants en détenteurs de savoirs secondaires ? La médecine se secondarise de plus en plus, puisqu'elle est plus technique. Mais elle doit aussi tenir compte du registre primaire des relations avec les personnes.

« Pour illustrer la dérive des sciences sociales, j'utilise la comparaison avec la médecine : que restera-t-il de nos sociétés, qui ont tant de mal à se penser, s'il n'y a plus que des spécialistes ? »

*Pour compenser la froideur de l'efficacité technique, les soignants devraient-ils chercher à être davantage dans le don, le souci humain du patient ? Comment les aider à se situer entre les deux registres ? Avec quel dosage ?*

Il convient de dissiper une ambiguïté liée au mot don, qui est pensé comme gratuité, ou charité. Le don comprend la rivalité, il contient la violence, il l'empêche de se déchaîner, mais il ne l'annule en rien. Cette question a à voir avec celle de la reconnaissance : chacun désire être reconnu comme

sujet et rivalise pour conquérir son identité. Le don est ambivalent, le don et le poison se disent *gift* et *gift* en allemand, *potion* et *poison* en français, *dosis* en grec. La médecine soigne avec du poison, c'est une question de dose, et de doigté : le médecin est celui qui sait doser la potion, articuler la part de primarité et de secondarité dans la relation. Il ne doit pas trop donner pour laisser à l'autre la possibilité de donner. Dans le colloque singulier, il y a un sentiment d'enrichissement mutuel, le patient reçoit et se sent reconnu : s'il apprend quelque chose au médecin, il n'est pas seulement récepteur. L'écoute et la capacité à faire rebondir fait partie du cycle du don : donner en laissant à l'autre la possibilité de donner.

*Et la place du doute et de la controverse ? La démarche du MAUSS, centrée sur le « donner, recevoir, rendre » ouvre à l'écoute, à la confrontation et la controverse dynamique. Comment favoriser cette démarche ?*

La démarche du MAUSS ne masque pas les conflits. Au fond, on ne sait jamais ce qui est donné et qui donne. Est-ce celui qui donne ? Celui qui reçoit devient-il donateur à son tour en acceptant le don ? Il n'y a de don que parce que la dette n'est jamais éteinte. L'incertitude n'est jamais levée, le conflit toujours présent. La personne qui donne aurait pu ne pas donner, celle qui reçoit aurait pu ne pas recevoir. La théorie de la triple obligation « donner, recevoir, rendre » est utile pour raisonner sur les phénomènes sociaux, mais n'a pas réponse à tout. En sciences sociales, deux grandes explications dominent : l'individualisme où tout est ramené au rationalisme, et le holisme selon lequel les traditions et les cultures expliquent les comportements. Ces théories ont réponse à tout : voilà « pourquoi votre fille est muette ». La mise en perspective du don n'a pas réponse à tout, car elle comprend l'incertitude. L'apport des sciences sociales aux études de médecine doit être ce qui témoigne de l'épaisseur de l'humanité et de la complexité des structures sociales. ■

Propos recueillis par **Martine Lalande** et **Elisabeth Maurel-Arrighi**

**Pour en savoir plus**

- aux Éditions La Découverte (Poche) :
- *L'Esprit du don*, Jacques Godbout.
- *Quelle démocratie voulons-nous ?* Pièces pour un débat, avec Alain Caillé.
- *Don, intérêt et désintéressement*, Bourdieu, Mauss, Platon et quelques autres, Alain Caillé.
- *Critique de la raison utilitaire*.
- *La revue du MAUSS*, numéro 27.

Site du MAUSS : [www.revuedumauss.com](http://www.revuedumauss.com)

# Les outils de la confiance

Loin des tours d'ivoire habituelles, à partir de leurs travaux à l'EHESS sur le trauma, l'Histoire et le lien social, et de leur pratique d'analystes, deux chercheurs proposent aux médecins de s'appuyer sur leur expérience et une ouverture à d'autres soignants et d'autres cultures.

**Françoise Davoine,**  
**Jean-Max Gaudillière,** sociologues et psychanalystes

**Pratiques :** *Vous qui venez des sciences humaines, du champ de la littérature et de la sociologie, comment en êtes-vous venus à devenir thérapeutes, et à vous occuper de la psychanalyse de la folie ?*

**Françoise Davoine :** En 1973, nous étions sociologues, pas encore psychanalystes, mais nous avons décidé de travailler en hôpital psychiatrique. Nous sommes arrivés dans un hôpital classique, où les infirmiers occupaient cette place de génération en génération. Ce qui nous intéressait, c'était moins l'analyse de l'institution que ce qu'avaient à dire les patients. Les infirmiers nous ont tout de suite donné la blouse blanche, et les clefs. C'était le passe-partout.

Ils nous ont appris à raser les hommes, à changer les personnes incontinentes. Nous y allions tous les jours, dans la voiture du médecin-chef, aussi psychanalyste, Edmond Sanquer, qui nous apprenait ainsi toute la psychiatrie qu'il avait lui-même reçue de Georges Daumézon. Nous sommes restés plusieurs années dans le pavillon, où se trouvaient les patients les plus lourds, pour qui personne ne se faisait plus d'illusions. Ce sont eux, entre autres, qui nous ont appris que l'on pouvait parler avec la folie...

**Jean-Max Gaudillière :** Au bout de quelques temps dans cet hôpital, on entendait les patients nous dire : « Les sociologues, ce sont ceux qui parlent avec les malades, les analystes sont ceux qui viennent de Paris pour faire des cours aux infirmiers ». De même, nous avons souvent observé que les patients en psychiatrie parlent plus avec le généraliste du service à l'occasion de

symptômes physiques, qu'avec les spécialistes qui ont une préconception de ce qu'ils entendent.

**Françoise Davoine :** Mais nous ne voulions pas être là pour observer, comme ce sociologue qui étudiait indiscrètement le circuit du vin à l'hôpital, à ce que rapportaient ironiquement les infirmiers. Ce qui nous intéressait, c'était l'histoire des gens en relation avec l'Histoire. L'assistante sociale du service, qui était près de la retraite et qui connaissait par cœur la sociologie de la région sur trois générations, le passage des petites exploitations aux grandes fermes, l'histoire de chaque famille, nous emmenait chaque semaine dans sa 2<sup>e</sup> CV en visite à domicile.

*C'est là que vous avez commencé à vous intéresser au poids des guerres dans la folie ?*

**Jean-Max Gaudillière :** Non, pas encore. À l'époque, dans les années 70, on ne parlait pas beaucoup de la guerre, ni de l'Histoire, dans nos disciplines. Nous étions pourtant en Picardie, au milieu des cimetières de 70, de 14, et de 40. On n'en parlait pas.

*Pourtant, dans ces années-là, le politique était omniprésent.*

**Jean-Max Gaudillière :** Le politique était là apparemment, mais pas l'Histoire. Ce qui était mis en avant, c'était l'idéologie, les mouvements sociaux, l'anti-psychiatrie, mais pas l'Histoire. Les anciens combattants de la guerre de 14 étaient déjà disqualifiés de s'être laissés embarquer au nom d'un nationalisme suspect. Il y avait aussi une amnésie certaine sur la guerre de 40, et sur ses conséquences. On commençait tout juste à disposer des traductions d'Hannah Arendt, puis de Soljenitsyne. La question du trauma n'était pas à l'ordre du jour.

**Françoise Davoine** et **Jean-Max Gaudillière**, littéraires et sociologues de formation, sont devenus psychanalystes et travaillent avec la folie. Depuis près de trente ans, ils animent un séminaire à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, « Folie et lien social ». Ils ont publié notamment *Histoire et trauma, La folie des guerres* aux Éditions Stock 2006. Françoise Davoine avait déjà publié *La folie Wittgenstein* (EPEL, 1992) et *Mère folle* (Arcanes, 1998).

.../...

.../...

*Comment en êtes-vous venus à mêler sciences humaines et soins ?*

Françoise Davoine : À l'époque, notre séminaire « Folie et lien social » constituait déjà un lieu de recherches très utile. Chaque année, nous choisissons un auteur dont l'œuvre parlait de la folie. Cela nous permettait de parler de notre expérience clinique en respectant la confidentialité. Peu à peu, ces œuvres nous ont amené sur le terrain des guerres. Par exemple, nous nous sommes référés à l'historien Marc Bloch, à William Faulkner et la guerre de Sécession, à Luigi Pirandello, à Toni Morrison et à l'histoire de l'esclavage, au japonais Kenzaburô Oé, au philosophe L. Wittgenstein, à Hannah Arendt, à Cervantès, cette année à Laurence Sterne. Freud n'a-t-il pas dit qu'il y avait peut-être plus de psychanalyse dans la littérature que dans les livres de psychanalyse ?

Nous avons aussi travaillé à partir de l'œuvre du psychanalyste Wilfred Bion, capitaine pendant la guerre de 14, des textes de William Rivers, anthropologue anglais et neurologue, qui travaillait psychanalytiquement avec les soldats traumatisés revenus des tranchées. Puis nous avons lu H.S. Sullivan et sa collègue Frieda Fromm-Reichmann, pionniers de la psychanalyse des psychoses aux États-Unis dès les années 30. Cette dernière avait reçu sa première formation pendant la guerre de 14, dans un hôpital militaire prussien, où elle avait en charge un service destiné à accueillir des soldats blessés à la tête...



Nous avons aussi été à la rencontre de psychanalystes américains contemporains travaillant avec la psychose, à Chestnut Lodge et à Austen Riggs Center. Notez qu'à l'université Emory d'Atlanta, il existe un département de littérature comparée qui travaille à partir de la question du trauma. Pour de tels chercheurs, cette question est d'em-

blée transdisciplinaire et transculturelle, obligeant à s'intéresser à différents champs des sciences humaines, de la sociologie à l'Histoire, traversant aussi les grandes œuvres littéraires. Pour vous, médecins qui réfléchissez justement à l'articulation des sciences humaines et de la médecine, la question du trauma se pose en fait immédiatement quand vous recevez des gens en rupture de continuité. Les gens, d'ailleurs, et nous avec, savent très bien identifier qui est pour eux un bon médecin. Il est des médecins « biologiques » qui savent instaurer tout de suite une proximité, situer la personne dans un champ plus vaste que son seul symptôme. En revanche, on peut trouver des psychanalystes comme des médecins peu curieux, et qui couvrent l'indigence de leur questionnement par le mot de « science », sans grand rapport avec la véritable recherche scientifique.

*Pouvez-vous développer en quoi cette interdisciplinarité agit, pour vous, au cœur de la relation médecin malade ?*

Jean-Max Gaudillière : Lorsqu'un patient amène des symptômes, il n'amène pas seulement son symptôme. Ce qu'il amène nous regarde, en ce sens qu'il cherche à savoir au nom de quoi nous occupons cette place où son histoire résonne en nous.

Cette interrogation dépasse, bien entendu, l'historiette de l'analyste. Pour répondre à des questions aussi lourdes, et aussi scientifiquement chargées, nous sommes amenés à ouvrir les bibliothèques, à raconter des choses qui viennent des tragédies grecques, des contes de la tradition orale, des épopées, des vedas, etc.

Françoise Davoine : Ils viennent chercher en somme une caisse de résonance.

*Pouvez-vous préciser ce qu'est pour vous un trauma ?*

Françoise Davoine : Là où il y a trauma, il n'y a pas de mot. Non parce que c'est irracontable, mais plutôt parce qu'il n'y a personne pour l'entendre. Un doute radical s'installe. Le trauma, c'est moins les horreurs qu'on a vécues que le fait d'avoir été trahi par les siens. Quand il n'y a personne pour vous entendre, il faut que le psychanalyste commence à donner des gages, des points de repère, à construire un lieu où la confiance puisse s'instaurer. Nombre de ceux qui ont vécu des traumatismes sont traités comme des psychotiques, avec des neuroleptiques ou des électrochocs, sans intérêt aucun pour leur histoire.

*Comment aider les patients qui semblent encore sidérés par de vieux traumatismes ?*

Françoise Davoine : La question cruciale de la temporalité dans les traumatismes, c'est que le temps ne passe pas. Les reviviscences se vivent au présent, avec des éléments du présent. Connaître l'anamnèse, le détail des événements passés, ne suffit pas. Ce qui importe, c'est l'actualisation de ces événements dans le présent.

*L'implication du thérapeute lui-même est une notion très éloignée de la distance à préserver qu'on a enseignée aux soignants. Comment aider les professionnels à envisager différemment les choses ?*

Françoise Davoine et Jean-Max Gaudillière : Le maniement du transfert face au trauma et à la folie amène à remanier le dogme de la neutralité et du silence de l'analyste. Chaque thérapeute est amené à trouver la juste distance, qui n'objectifie pas le patient, et ne le réduit pas à ses symptômes. Cette justesse trouve sa mesure dans ce que chacun peut élaborer de son propre chemin face à l'angoisse et à la mort, face aussi à l'espérance.

*Votre dernier ouvrage a été d'abord publié aux États-Unis pour être ensuite traduit en France ! Y a-t-il plus d'ouverture aux États-Unis ?*

Françoise Davoine : Il y a clairement en Angleterre et aux États-Unis une tradition ancienne d'ouverture à la psychanalyse de la folie et du trauma. À la fin des années 70, nous avons pu rencontrer des cliniciens, non traduits en français, qui nous ont fait découvrir cette tradition à travers des auteurs qui nous étaient inconnus, publiés pour certain dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle.

Jean-Max Gaudillière : Quand Freud a été invité par des psychiatres et des médecins américains en 1909 aux États-Unis, il a dit « Je vais leur apporter la peste », mais il ignorait que ceux qui l'avaient invité en connaissaient beaucoup sur la folie, en particulier à partir de l'expérience de l'immigration, dans un contexte d'hôpital public. Ils savaient ainsi assez bien pourquoi ils le faisaient venir, même si leurs patients à eux n'étaient pas socialement analogues à la clientèle viennoise.

La force des psychanalystes américains venait alors effectivement de leur travail auprès des immigrés. Ils recevaient, écoutaient des gens qui n'étaient certainement pas venus faire du tourisme, mais qui avaient traversé des histoires terribles, comme les Irlandais avec la famine de la pomme de terre. C'était notamment le cas des ancêtres de Sullivan.

Un courant psychanalytique très fort, minoritaire mais influent, s'est constitué alors, qui a conti-

nué ensuite, après la guerre de 14, avec les cliniques des soldats traumatisés.

Il y a eu là un véritable travail transdisciplinaire. Par exemple, à Chicago, à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, Jane Adams avait créé au milieu des taudis une maison où étaient accueillis les enfants d'immigrés avec leurs parents. Ce travail avec les immigrés au contact des sociologues de l'école de Chicago a été un creuset de recherche extrêmement fécond, où s'est formé notamment Harry Stack Sullivan. Il en a reçu une définition du self comme nœud des relations sociales.

Ensuite, après la guerre de 40, l'afflux des psychanalystes européens classiques chassés par le nazisme aux États-Unis a occulté pour un temps ce courant.

Françoise Davoine : On peut même remonter plus loin encore. Les *medicine man* du Sud Dakota, que nous avons longuement rencontrés dans la réserve indienne de Rosebud, relie comme Lacan la question du désir à celle de la perte. Il est vrai que Lacan avait travaillé à partir de l'*Essai sur le don* de l'anthropologue Marcel Mauss, élaboré sur le terrain des Amérindiens. Lacan incitait fortement les analystes à s'ouvrir aux sciences humaines, et son séminaire se tenait d'ailleurs sous l'égide de l'école pratique des hautes études (VI<sup>e</sup> section), devenue par la suite l'EHESS.

*Vous avez structuré votre livre autour de quatre principes énoncés par Thomas Salmon, proximité, immédiateté, expectancy (espoir) et simplicité. Pouvez-vous nous en dire plus ?*

Françoise Davoine : Thomas Salmon a été envoyé en France par l'armée américaine en 1917, afin d'évaluer auprès des Anglais et des Français la meilleure façon de limiter les pertes psychiques. Il n'était pas psychiatre, mais médecin à Ellis Island, là où arrivaient justement tous les immigrés. Il avait une réputation de grande ouverture, de grande humanité. Il est donc envoyé en France, et voit des soldats violemment traumatisés, qu'il s'agit de ne pas transformer en invalides à vie. Il revient avec les quatre principes que vous venez de citer.

*Est-ce que la proximité a à voir avec l'implication, l'engagement ? Nos patients se plaignent souvent de trouver des soignants savants et cultivés, mais qui semblent dans l'extériorité. Cela entraîne des difficultés dans la démarche thérapeutique.*

Jean-Max Gaudillière : La proximité est d'abord envisagée ici dans le contexte de la « forward psychiatry », de la psychiatrie du front.

Françoise Davoine : Pour Salmon, il s'agit de soigner les soldats traumatisés non loin du front, sans les séparer du petit groupe de copains, du

.../...

petit groupe de survie, qui compte plus que la hiérarchie, ou la patrie. Le psychiatre ressent alors de fait les mêmes effets de peur, partageant une expérience analogue.

*Nous, généralistes, nous voyons combien est catastrophique l'effet de la parole « Vous n'avez rien », délivrée souvent en urgence à l'hôpital après un accident de voiture, une agression, quand il n'y a rien de grave sur le corps, en annulant le choc de la peur.*

**Françoise Davoine :** Il importe certainement de reconnaître qu'ils ont sans doute vu la mort en face.

**Jean-Max Gaudillière :** Je me souviens d'une consultation d'anesthésie avant une intervention il y a quelques années, où l'anesthésiste avait longuement parlé avec moi et où en fin d'entretien, j'avais été parfaitement convaincu des bienfaits de l'anesthésie et de la chirurgie. Je lui avais dit « Je vais donc me réveiller, et tout sera comme avant ». Lui m'a alors vivement répondu : « Pas du tout ; pendant ce temps-là, vous aurez subi un traumatisme majeur. » J'ai beaucoup de respect pour cette parole-là.

**Françoise Davoine :** Le deuxième principe est l'immédiateté. Car le travail s'effectue dans le présent. Après un trauma, le passé peut précipiter, au sens chimique du terme, dans une reviviscence. Car le temps ne passe pas. Pour que le temps passe, il faut une certaine confiance, c'est-à-dire que la dimension de l'autre retrouve une place fiable. La solitude est extrême dans ces cas-là. L'immédiateté ne revient pas à dire au patient traumatisé : « C'est normal que vous craquiez, car dans votre enfance vous étiez déjà fragilisé ». D'ailleurs, c'est le plus souvent faux, et chacun a son point de rupture. Il existe des médecins qui savent inventer ce qu'il faut dire dans cette urgence.

**Jean-Max Gaudillière :** J'ai accompagné tout récemment ma mère âgée de 86 ans pour rencontrer le chirurgien qui devait l'opérer d'un cancer de la langue. Pendant qu'il expliquait tout ce qu'il allait devoir faire, une greffe, une trachéotomie temporaire, etc., ma mère se recroquevillait dans son fauteuil. Il lui a demandé si elle avait bien compris. Elle avait l'air effrayée, lui disant de me parler plutôt à moi, son fils. Le chirurgien alors s'est rapproché d'elle, lui a pris les deux bras dans ses deux mains et a eu cette parole étonnante « C'est comme dans la danse, laissez-vous conduire,

c'est moi qui conduis ». Il se trouve que ma mère adorait danser. En faisant appel à la danse, il invente un jeu de langage de corps à corps, où la chirurgie n'est pas qu'une affaire de bistouri. Cet homme a su trouver exactement les mots qu'il fallait.

**Françoise Davoine :** Dans cette démarche interdisciplinaire, ici celle de la danse, on peut imaginer qu'il a fait appel à son propre fonds : peut-être ce chirurgien, ou quelqu'un des siens, aime danser. Longtemps, il y a eu un certain mépris de la part des psychanalystes pour le travail des médecins. Même le mot de « thérapeute » est mal considéré. Alors que l'origine grecque « therapôn » évoque directement le registre de la guerre et des combats. Ce mot est attesté dès Homère, il désigne par exemple Patrocle pour Achille ; le therapôn est le second au combat, le double rituel, chargé aussi des devoirs funéraires.

Dans un service, les patients repèrent très vite qui, parmi les aides-soignants, les infirmiers ou les médecins, sait être thérapeute, qui sait faire appel à sa culture, pas seulement livresque, à ce qu'il a reçu dans sa lignée.

*Au-delà des connaissances en sciences humaines, n'y a-t-il pas aussi de l'expérience de la vie elle-même ? Des épreuves qu'on a soi-même surmontées ?*

**Jean-Max Gaudillière :** Notons qu'on devient thérapeute dans ce champ-là à partir de la pratique d'aires catastrophiques, comme dit le psychiatre et psychanalyste Gaetano Benedetti, en étant aussi à même de transmettre des leçons qui viennent de patients à d'autres patients.

*L'expectancy, est-ce que cela a à voir avec la capacité du soignant à croire au changement, à la faculté de rébellion et d'émancipation des patients ? À la capacité du soignant de faire crédit au patient qu'il peut faire quelque chose ? À croire que la répétition du malheur ou les rapports de force anciens ne sont pas inéluctables ? À être au-delà du constat ?*

**Jean-Max Gaudillière :** L'expectancy, l'espoir, c'est le troisième principe de Salmon. Si ce « Oui, vous pouvez vous en sortir » n'est pas présent au départ, ce n'est même pas la peine de commencer à travailler.

*Et le quatrième principe, la simplicité ?*

**Françoise Davoine et Jean-Max Gaudillière :** ...C'est tout simplement l'absence de jargon, aussi bien avec les patients qu'entre collègues. Ce serait là notre message le plus direct porté par votre revue. ■

Propos recueillis par **Elisabeth Maurel-Arrighi**

# Une pratique de l'imaginaire

Ce sont parfois les héros de romans qui viennent nous dire à haute voix ce que nos patients n'expriment pas clairement. Partage, flux d'images, la littérature éclaire nos rencontres et vient enrichir notre sens du soin.

■ Noëlle Lasne, médecin

Une jeune femme, qui vient d'emménager dans une nouvelle ville, entre un jour dans un cabinet de consultation où personne ne la connaît. Dans le cadre d'un interrogatoire banal, on lui demande si elle a déjà eu un enfant et elle répond qu'elle a eu une petite fille qui est morte. Elle est amenée à consulter plusieurs médecins de ce cabinet et, à chaque fois, les réactions sont identiques : après quelques questions sur la nature de la maladie et l'endroit où la petite fille a été soignée, le médecin demande à la jeune femme si elle compte avoir un autre enfant ou « un nouvel enfant ». Ce n'est pas vraiment une question, mais plutôt une invitation à être à nouveau mère. Et les deux médecins ajouteront : « Pas tout de suite, bien entendu ». Puis ils enchaînent avec l'examen habituel.

Pour la jeune femme, cette invitation a un caractère obscène, comme s'il s'agissait de régler une pure affaire de comptabilité, et qu'il fallait, pour ce faire, qu'à la place d'un enfant mort vienne un autre enfant vivant. La nature a horreur du vide et il s'agit juste d'équilibrer le bilan biologique.

Est-ce moi, le médecin, qui me suis précipitée pour combler le vide ? Non, mais j'aurais pu l'être. Et j'ai l'impression d'avoir vécu cet instant-là, dans toute son exactitude. Je sens que cet instant appartient à mon histoire, je sens qu'il est mien. Pourtant je ne suis qu'une simple lectrice. LECTRICE des romans de Philippe Forest. La jeune femme dont il parle est sa femme, l'enfant est sa petite fille dont il relate la maladie et la mort dans une œuvre impressionnante qui donne à partager des milliers d'instantanés comme celui-là. De ces

instants dont on ne sait rien, et dont on sait tout. Dont on ne sait pas qu'on sait. C'est de cette façon que la littérature me rappelle ce que j'oublie à l'instant où mon désir de réparation est le plus fort : peu de choses exigent tant de précipitation, il y a peu à dire et beaucoup à laisser dire. Il y a juste à faire place pour ce qui peut-être dit.

Est-elle dans ma salle d'attente, cette femme entièrement vêtue de noir qui se tient très droite sur une chaise, figure hiératique, blanche comme un linge et le regard figé ? Porte-t-elle une mantille de dentelle noire sur la tête, comme une voilette, lorsqu'elle s'assoit, muette, absorbée dans une immobilité totale du visage et du corps ? Sésame ouvre-toi. Mais ça ne s'ouvre pas, et ma parole reste impuissante. Perdue, je finis par sauter dans le vide et lui demander avec brutalité : « On peut savoir pourquoi vous êtes tout en noir ? ». Elle me répond tout de go : « Mais parce que je suis en deuil. » Cela m'avait effleurée bien sûr, le premier anniversaire de la mort de sa mère, mais j'avais intérieurement renoncé à cette hypothèse, car les dates ne correspondent pas. Et il y avait autre chose dans la paralysie de ses traits, son visage inexpressif, sa voix atone et son corps sans vie, je suis traversée par une espèce d'intuition, elle n'est pas en deuil de sa mère, elle est sa mère. Les images affluent dans mon esprit, de cette mère inerte regardant dans le vide, foudroyée par l'Alzheimer, muette à sa fille restée seule auprès d'elle, cette mère que je n'ai jamais vue et que je reconnais, c'est comme si je retrouvais un vieil album de photos, je ne savais pas que j'avais autant de photos d'elle, mais je la reconnais trait pour trait, elle est une réincarnation de sa mère que je n'ai jamais vue. Folie en deuil ou deuil de la folie, aujourd'hui elle est tous les deuils à la fois,

.../...

toutes les femmes en noir qui se penchent sur des linceuls depuis le fond des âges, elle n'est plus une personne, mais un personnage qui figure des deuils mémoriaux, une pleureuse de l'Antiquité et quand je lui demande « Mais pourquoi êtes-vous habillée en noir aujourd'hui ? » c'est comme si je lui demandais : « Mais pourquoi vous êtes-vous déguisée en pleureuse de l'Antiquité pour venir ? »

Il arrive ainsi que les personnes que je soigne incarnent, à travers leurs propos, davantage que leur propre histoire, et deviennent des personnages. Personnages d'un conte, d'un mythe, d'un roman. De la même façon, il arrive que les personnages des romans que je lis et les émotions qui les habitent me restituent en un éclair des personnes familières reçues dans ma salle d'attente, qu'ils viennent nourrir de façon souterraine les échanges que j'ai avec mes patients. En partant de la fiction pour traverser ma salle d'attente, puis en retournant à la fiction, je n'ai fait que suivre le mouvement de mon esprit où se font et se défont, dans la confusion, les mélanges qui produisent du sens.

Les écrivains ont souvent nommé les instants que je traverse à tâtons, dans l'ignorance de ce que j'explore.

L'une des plus décisives pour un médecin est celle de la rencontre avec l'ambivalence ordinaire de chacun vis-à-vis de la douleur et de la souffrance. Tout médecin rencontre un jour ce patient – ou peut être rencontre-t-il dans chaque patient celui que sa douleur protège autant qu'il réclame d'en être protégé. C'est Manfred, dans le livre de Robert McLiam Wilson : « Manfred devait mourir depuis longtemps ; ainsi lorsqu'il découvrit cette douleur nouvelle il décida de la garder pour lui... Bien sûr Manfred avait déjà connu de nombreuses douleurs et d'innombrables genres de douleurs. Il s'était acheminé chez le médecin en bon ordre, ponctuel et déferent. Il s'était terriblement soumis à des décennies d'estimations et de mystification médicales. Il avait été le patient parfait. Mais maintenant Manfred avait des projets. Il n'avait plus besoin de la médecine. Cette douleur resterait son bien propre. Il ne permettrait pas qu'elle fut supervisée par un quelconque généraliste ou par quelque spécialiste dénué de talent. Il se refusait à ce que sa douleur fut nourrie, dénaturée, dépossédée de son mystère ; surtout il ne voulait pas qu'on le soignât. »

C'est ainsi qu'au fil d'une lecture, Manfred rejoignit un jour la pleureuse de l'Antiquité dans ma galerie de personnages, où se côtoient tous ceux qui, sans jamais l'avoir exprimé, tentent

d'échapper à mon « emprise médicale ». Car ce que dit Manfred, aucun de mes patients ne l'a exprimé ainsi. La littérature elle, peut démasquer le langage, elle peut faire parler plusieurs hommes en chaque homme, elle peut faire surgir l'inconscient. Dans un roman de Lobo Antunes, un vieillard pousse un cri de détresse face à la solitude banale de la vieillesse : « Je t'attendais ici entre le sirop pour les intestins, entre le cachet pour la vésicule et le comprimé pour la tension de huit heures, sachant que tu viendras car il n'est jamais juste d'être seul même à 81 ans, car il faut que quelqu'un vienne avant qu'on me transporte dans une caisse cloutée marquée fragile sur le couvercle. »

« Je finis par sauter dans le vide et lui demander avec brutalité : « On peut savoir pourquoi vous êtes tout en noir ? »

Il n'est jamais juste d'être seul, même à 81 ans. Ce cri, aucun patient ne l'a poussé devant moi, et pourtant j'ai l'impression de l'avoir entendu. Ce cri est resté derrière le langage, car qui pourrait encore vivre après avoir poussé un tel cri ? Seule la littérature peut ainsi mêler ce qui doit être tu et ce qui peut être dit.

La littérature, c'est-à-dire le partage de l'imaginaire sous forme de récit, éclaire mes rencontres de médecin.

La pratique médicale me donne quant à elle accès à une sorte de bibliothèque humaine, non pas que l'on feuillette les patients comme des livres, mais parce qu'ils vous traversent, parce qu'ils suscitent une rencontre et qu'ils déclenchent votre imaginaire, qu'ils réclament des mots qui ne seront prononcés que pour eux, des mots justes, au sens littéraire du terme. Ces mots – les leurs, les nôtres – font le récit. Ensemble, nous sommes auteurs. Auteurs éphémères, mais auteurs chargés de pertinence, de rythmes, d'imprévisibles ralentis et de subites accélérations, de retours en arrière et de ruptures de style. Enfin, parce qu'il arrive qu'ils portent plus que leur histoire dans l'excès de leur douleur et de leur solitude, ils deviennent quelquefois des personnages. Un flux d'analogies et de correspondances souterraines circule à notre insu entre la fiction et notre expérience de l'intime et de la rencontre, qui contribue à enrichir notre pratique du soin et à développer une véritable pratique de l'imaginaire. Sans la littérature, je serais simplement un médecin plus pauvre. Un médecin plus démuné pour penser ce qu'il fait. Plus pauvre de mots, de rêves, de capacité à recevoir et à transmettre, à pénétrer des univers qui me sont étrangers, à voyager de la réalité du corps physique à ce corps remodelé par la parole qui est tout autant l'objet de la médecine que le corps des organes.



C'est ce qu'elle exprime à nouveau si justement un grand écrivain de l'ex-RDA, Christa Wolf, alors qu'elle fait l'expérience inédite d'un jour qui ne ressemble à aucun autre et qui est devenu depuis un symbole, l'explosion de la centrale de Tchernobyl. Dans un petit livre intitulé *Incident*, elle fait de ce jour un récit, où elle passe en permanence de l'espace collectif de l'humanité, celui qui va bientôt appartenir à l'histoire, au plus intime de l'être humain : car le même jour, son frère subit une opération du cerveau. Elle est chez elle, dans son jardin, et tout se mêle dans ses pensées : la boîte crânienne de son frère que les chirurgiens sont en train d'ouvrir, les retombées du nuage radioactif qui commence peut-être à irradier les salades qu'elle a plantées en terre. Ce jour-là, avant de s'endormir, elle cherche ce qu'elle pourrait lire et elle écrit alors :

« De mon lit, j'ai regardé autour de moi, et j'ai trouvé que le livre que j'aurais voulu lire un jour comme celui-ci n'était probablement pas encore écrit. »

C'est bien la rencontre d'une expérience intime – l'opération de son frère – et d'une expérience humaine collective – celle de Tchernobyl – qui déclenche chez l'auteur le besoin impérieux d'un livre, qui ferait écho aux sentiments inconnus qu'elle éprouve et leur donnerait sens, « un jour comme celui-ci ». Elle cherche le livre qui ferait du nuage de Tchernobyl le substrat d'un récit et de son frère un personnage du même récit. Ce livre qui manque encore, elle va l'écrire elle-même. Il viendra mystérieusement un jour nourrir ce que je vis, nommer ce que j'éprouve, ou, plus radicalement, m'en donner conscience. ■

#### Bibliographie

- *L'enfant éternel*, Philippe Forest, Gallimard, 1998.
- *La douleur de Manfred*, Robert McLiam Wilson, Christian Bourgeois, 2003.
- *L'ordre naturel des choses*, Antonio Lobo Antunes, Éditions Bourgeois, 1992.
- *Incident*, Christa Wolf, Alinéa, 1989.

## L'accent du Jura

C'était au temps où l'on sombrait, du jour au lendemain, dans une maladie dont le nom ne se murmurait qu'à voix basse. Il était avocat, beau, brillant, insolite, il s'est effondré d'un seul coup, c'était une toxoplasmose cérébrale. En quelques heures, le Sida en a fait un grabataire qui portait des couches et ne poussait plus que quelques grognements lointains. Les soignants tournaient autour de lui d'un air gêné en évitant le regard de ses parents, arrivés tout droit d'un petit village du Jura. Il plongea dans un long coma, on attendait qu'il meure pour libérer la chambre et y mettre deux autres patients atteints du même mal, lorsqu'il se réveilla. Il grogna quelques mots dont j'ai tout oublié, mais je me souviens de l'accent à couper au couteau avec lequel il les prononça, l'accent du Jura, qui nous fit dire en bafouillant d'émotion « C'est bien lui ».

Lorsqu'un malade revient « à lui » c'est qui lui ? Des années et plusieurs comas plus tard, j'ai découvert à défaut de réponse la vraie nature de ma question dans un livre de Christian Bobin dédié à son père, atteint de la maladie d'Alzheimer : « Qu'aimons-nous dans ceux que nous aimons ? Une force ? Mais quand ils n'en n'ont plus ? Leur charme ? Mais quand il les a désertés ? Leur parole ? Mais quand elle est détruite ? Qu'est-ce qu'une personne ? » ■

Noëlle Lasne

# DOSSIER Éloge de la littérature

La littérature ne regarde que le qualitatif, c'est-à-dire les restes, tout ce que l'inflation des sciences quantitatives néglige et laisse en chemin : la mémoire, l'histoire, la vie des gens, leurs espoirs, leurs craintes, leurs désirs de dire, de raconter, et de peser sur le social pour le changer.

■ Gérard Danou, médecin

Gérard Danou, docteur en médecine, docteur es-lettres, habilité à diriger des recherches. Il anime des ateliers d'écriture et de lecture commentée avec des étudiants en médecine et divers soignants d'un service hospitalier de gériatrie.

Premier point. À partir d'une position de soignant, j'ai aussi besoin d'outils de réflexion pour comprendre de manière générale ce qu'est la médecine, la santé et la maladie dans une culture et une époque données. Sur ce premier point, en effet, je peux, et il est même recommandé, de piller dans les trésors de toutes les disciplines, depuis l'ethnologie, particulièrement précieuse, à l'économie et la sociologie et bien sûr l'histoire, indissociable de l'archive et de la littérature.

Un second point, beaucoup plus complexe à définir et à faire admettre, peut s'énoncer ainsi : en tant que soignant (mais aussi dans tous les domaines de la vie sociale), comment prendre contact avec l'altérité ? Une altérité que je n'entends pas dans un sens religieux, mais simplement dans le fait, comme le rappelle J.-J. Lecercle, que *la conscience d'autrui est impénétrable*. Comme soignant, je suis sans cesse en contact avec l'unité corps-esprit d'autrui. J'explore ses organes, je reçois ses plaintes, mais rien ni de ses pensées ni de son vivre ne me sont réellement connus.

Eh bien, la discipline qui permet de reconstruire indirectement ce contact et englobe toutes les autres disciplines, c'est la littérature ! Soignants, pillons la poésie, pillons les romans, pillons les fictions. Vous allez me répondre, d'accord, nous allons nous mettre à lire et relire pour nous laisser altérer, mais prouvez-le ! Lecteur, vous raisonnez comme Don Juan qui n'a foi qu'en l'arithmétique. Je ne peux que vous offrir des éléments indirects de démonstration. Comme dans les premières pages de *Jacques le Fataliste*, je ne pourrai pas vous (dé)montrer que ma douleur du genou est plus forte ou moins forte que la vôtre. Vous venez pourtant de faire la même chute, mais je ne pourrai pas savoir ce que vous avez pensé, senti au cours de cet accident, sinon l'imaginer par

analogie, par la création d'un analogon, d'un tiers fictif entre vous et moi qui me permettra de comprendre que vous avez ressenti simultanément la même chose et tout autre chose. Cette connaissance, la littérature comme production culturelle d'histoires multiples nous l'offre en configurant à l'infini des univers temporo-spatiaux, des intrigues et des personnages.

La valeur littéraire est de plus en plus difficile à formuler ; difficile de l'évaluer dans une époque où l'on tend à nommer littérature toute pratique d'écriture. Le moindre témoignage recueilli sur un cahier d'écolier, le moindre atelier d'écriture devient de la littérature. Bien qu'il n'existe pas de marqueur de la valeur littéraire d'un texte, il est un argument moins incertain que le simple jugement subjectif : sa résistance au passage du temps.

« Les « écritures du sida » me mettent en contact avec une altérité, elles me permettent de moduler mon jugement éthique. »

Ainsi *Madame Bovary* de Flaubert. Pourquoi ce roman résiste-t-il au temps ? La réponse bien sûr est dans l'écriture du texte, et pas dans le thème, ce rien disait Flaubert. Écrit en 1856, la même année que les *Fleurs du Mal*, Flaubert se voit condamné l'année suivante en même temps que Baudelaire, et par le même tribunal, pour atteinte aux bonnes mœurs. Or qu'est-ce qui fait peur à la bourgeoisie toute puissante dans *Madame Bovary* ? Certainement pas le thème de l'infidélité, thème de boulevard qui rencontre un vif succès la même année avec une pièce de Feydeau. Non, ce qui a fait peur et qui résiste à l'usure du temps c'est le *nomadisme* de son écriture, sa *déterritorialisation*

dirait Deleuze. En effet, il y a dans l'écriture du roman flaubertien (composé dans la langue majeure avec les mots de cette même langue) quelque chose d'indéfinissable qui échappe à toute saisie définitive, qui excède toute intention de sens et qui, par là, constitue une réponse douée d'une force politique considérable à l'ordre et aux contrôles des discours dominants du Second Empire. On pourrait dire que ce roman réussit à exprimer la force, la pulsion dépensière du désir érotique féminin, auquel la société dominante oppose une régulation par l'économie marchande et le mariage, en association relativement paradoxale avec le

« Le roman suspend le jugement moral, il nous donne à voir et à comparer la réalité avec une infinité de situations fictives. »

gnages, ces écritures contemporaines impliquent le narrateur et sa subjectivité, mêlée à des éléments plus informatifs. Elles me mettent en contact avec une altérité qui me permet de revenir ensuite à moi, de me réfléchir, et de moduler mon jugement éthique. Le rapport direct et quotidien à la réalité nous refuse ce contact avec la conscience de l'autre. On peut se demander comment ça marche,

comment puis-je rencontrer l'autre texte et l'autre comme texte ?

Il existe en chacun de nous un flux, un courant de pensée, de mots, d'images plus ou moins cohérents, un flux de conscience (exploité par la



prêtre et le positivisme scientifique caricatural, incarné par le pharmacien Homais.

La littérature résiste donc au temps et récapitule pour nous, lecteurs, toutes les expériences passées. Mais aujourd'hui, certains textes peuvent être considérés comme une littérature mineure branchée sur l'immédiat politique, et s'exprimant au nom d'une collectivité stigmatisée. C'est le cas de certaines « écritures du Sida », très abondantes dans les pays du Nord jusqu'à l'apparition de la trithérapie. Il est impossible de savoir si elles résisteront à l'épreuve du temps, donc de préjuger de leur valeur littéraire, hors les rares récits d'écrivains confirmés qui ont su utiliser le lexique de la maladie comme matériau de leur création (Cecatty, Guibert, Hocquenghem, Montel). Cependant, même comme simples et modestes témoi-

littérature réflexive du xx<sup>e</sup> siècle depuis James Joyce, à Nathalie Sarraute). On nomme parfois ce flux ou courant tout simplement le monologue intérieur. La question alors est de savoir comment montrer sans le trahir ce flux qui ne cesse de s'écouler et qui est en même temps insaisissable ? Il est impossible de le reproduire fidèlement comme un moule. La langue parlée, articulée, en rend compte, certes, mais de manière très simplifiée et trompeuse. Elle ne l'articule pas tel quel, comme l'auraient souhaité le surréalisme et la pratique de l'écriture automatique, voire la psychanalyse et sa règle de l'association libre, mais elle en témoigne, elle en est la trace imparfaite. La littérature écrite est donc, en partie du moins, le témoin indirect, fixé par l'encre sur le papier, de la parole vive surgissant du monologue intérieur.

.../...

.../...

La littérature fait sentir. Elle ne regarde que le qualitatif, c'est-à-dire les restes. Les restes, à savoir tout ce que l'inflation des sciences quantitatives néglige et laisse en chemin : la mémoire, l'histoire, le vivre des gens de générations en générations, leurs espoirs, leurs craintes, leurs désirs fous et peut-être enfantins de dire, de raconter, et de peser sur le social pour le changer.

Si la fiction nous renseigne donc sur nous mêmes et les autres en altérant notre courant de conscience, elle le fait, sous le signe du *comme si*. La fiction nous plonge dans des expériences pseudo-pragmatiques, auxquelles nous nous laissons prendre tout en sachant que ce n'est pas pour de vrai. La littérature construit donc une illusion de la réalité. Dès que nous nous représentons quelque chose, nous avons tendance à croire en son existence réelle. Mais dans le cas de la fiction, nous y croyons sans y croire, car elle n'est pas mensonge mais du jeu. Un jeu entre *l'espace du dedans* dirait Henri Michaux, et *l'espace du dehors*, qui nous donne à voir plus qu'à croire. Une sorte d'aire ou d'espace potentiel winicottien. L'art du roman, dit Kundera, est un *appel* au temps, un *appel* au jeu, un *appel* au rêve, à l'imagination, et un *appel* à la pensée par le dialogisme, la polyphonie, la présence de voix

multiples exprimées par un même personnage. Le roman est l'esprit de la complexité et du doute, ajoute Kundera. Le roman suspend le jugement moral, il nous donne à voir et à comparer la réalité avec une infinité de situations fictives. En effet, la littérature ne cesse de nous rappeler que les choses sont toujours plus compliquées et moins univoques qu'on ne le croit. Il en est ainsi en médecine où la maladie se vit au cœur de relations personnelles et sociales complexes souvent contradictoires.

Dans le récit auto-fictionnel *Le corps incertain*, Vanessa Gault nous raconte le bouleversement de son corps et de son rapport au monde par ce que le corps médical nomme une sclérose en plaques ou SEP. Or le neurologue consulté lui lance un jour à propos de *son cas*, croyant peut-être la rassurer : « C'est une SEP sans histoire ». Le récit de Vanessa Gault nous prouve le contraire. Il y a une autre histoire, du côté du patient, une histoire que le discours médical ne peut penser. Ce n'est pas avec des questionnaires biographiques et des récits pré-formatés par l'institution, que le soignant apprendra quelque chose d'authentique de la vie psychique de son patient. Les médecins, écrit Vanessa Gault : « ne connaissent que la surface des choses » ■

## Bibliographie

- Gérard Danou, *Le corps souffrant, littérature et médecine*, Champ Vallon, 1994.
- Gilles Deleuze, *Kafka - Pour une littérature mineure*, Paris, Minuit, 1975.
- Vanessa Gault, *Le corps incertain*, Paris, Arléa, 2006.
- Milan Kundera, *L'art du roman*, Paris, Gallimard, 1986.

■ Geneviève Barbier,  
médecin généraliste

# Jean Valjean

Je pense souvent au personnage de Jean Valjean : il m'habite un peu, m'accompagne, de même que ces femmes si bousculées par la nécessité des autres que durant toute une vie, elles ont oublié d'exister, ou ces alcooliques verre à la main, figés, hébétés, le courage de vivre encore. Cette multitude de portraits offerts par les écrivains, historiens, ou autres infatigables observateurs de l'humanité éclaire avec acuité l'espace de nos consultations.

Le dernier Jean Valjean que j'ai reçu mène une vie difficile, mais de toute évidence il a déjà rencontré son évêque de Digne. Ses yeux ne sont plus hagards, il a pu construire de bons appuis malgré une enfance effroyable, aujourd'hui il doit seulement faire face à des soucis d'homme et de père. Il sait que je mesure tout le poids de ce passé, et sans besoin d'y revenir, nous pouvons ainsi aborder le présent sans rupture. Aujourd'hui, le Victor Hugo des *Misérables* insuffle toujours dans nos cabinets la puissance de son humanité et son espoir insensé. ■

# Les sciences qui dérangent

Philippe Pignare, éditeur

## Mettre en cause la division entre ceux qui croient et ceux qui savent

De nombreux médecins qui ont une sensibilité de gauche s'intéressent aux sciences humaines. Mais ils ont trop tendance à croire qu'une vision humaniste, saupoudrée de références psychanalytiques suffit à les armer. C'est cette version molle de ce que signifie être de gauche en réfléchissant à sa pratique (médicale ou scientifique), que nous avons mis en cause, dans notre travail d'éditeurs, en nous tournant vers les courants les plus inventifs de la sociologie, de la philosophie et de la psychologie. Un bon exemple en est notre travail depuis plus de dix ans avec l'ethnopsychiatrie inventée et mise en œuvre au Centre Georges Devereux (Université de Paris 8) sous l'égide de Tobie Nathan. Nous venons d'organiser un colloque sur « La psychothérapie sous le contrôle de ses usagers » (dont les actes sont en ligne sur le site [www.ethnopsychiatrie.net](http://www.ethnopsychiatrie.net)). Le livre que Tobie Nathan a écrit avec Isabelle Stengers *Médecins et sorciers* a été réédité cinq fois et est l'emblème de la collection. Il met en cause la division du monde entre « ceux qui croient » et « ceux qui savent ». Cet effort s'est poursuivi avec la publication de travaux du sociologue des sciences Bruno Latour par exemple (il a écrit pour nous un magnifique livre de « psychologie sans psychologie » sous un titre un peu mystérieux : *Petite réflexion sur le culte moderne des dieux faitiches*). Le dernier livre d'Isabelle Stengers (*La Vierge et le neutrino. Les scientifiques dans la tourmente*) représente un aboutissement de ce point de vue.

## J'essaie de comprendre pourquoi le médicament gagne en influence

Il y a des sujets un peu tabous sur lesquels les médecins devraient réfléchir collectivement : les guérisons inexplicables, par exemple. Le livre de

Jean Peneff, *La France malade de ses médecins*, a été mal vécu y compris par les médecins de gauche, car il est ravageur. Il montre par exemple comment l'offre de soins crée la demande, souligne les effets pervers du secret médical que tout le monde semble pourtant défendre. Il n'est pas tendre non plus avec les jacasseries psychanalytiques dans les services de soins intensifs, insupportables pour les personnes issues de milieux populaires. Pourtant, ce livre n'est surtout pas un pamphlet, mais l'œuvre très sérieuse d'un sociologue universitaire. C'est ce qui manque le plus. Un livre qui ne dérange pas est un livre inutile.

J'ai moi-même essayé de contribuer en mettant à profit ma connaissance intime de l'industrie pharmaceutique. Dans mon dernier livre (*Les Malheurs des psys. Psychotropes et médicalisation du social* publié à La Découverte), je tente de comprendre pourquoi les psychanalystes ont perdu toutes les batailles depuis trente ans, pourquoi le monde des médicaments gagne en influence et donc, comment on peut intelligemment le combattre. J'essaie, par exemple, de montrer dans le détail pourquoi psychanalystes et psychiatres ont inventé une légende dorée pour expliquer ce qui s'est passé en psychiatrie après la seconde guerre mondiale et comment cela les désarme pour affronter la nouvelle psychiatrie que veulent nous vendre les derniers rapports de l'Inserm sur les troubles de l'enfant. Les rapports Inserm font une promesse : la science et la médecine pourront débarrasser les hommes politiques des problèmes de la délinquance. C'est évidemment faux, mais ça pourrait rapporter beaucoup de budget aux équipes scientifiques concernées ! ■

Propos recueillis par Dominique Louise Pélegrin

Philippe Pignare, a créé en 1990 la stimulante collection « Les Empêcheurs de penser en rond » qui publie des essais souvent très originaux sur la médecine, la psychiatrie et leur histoire. Il est lui-même auteur d'essais, notamment *Comment sauver (vraiment) la Sécu ?* (La Découverte).

Tous les livres cités par Philippe Pignare sont édités par « Les Empêcheurs de penser en rond » (diffusion Le Seuil).

# Les raisons de la colère

■ **Martine Devries**, médecin généraliste

**Monsieur N. 20 ans, érythréen sans papier**, parlant anglais, est hospitalisé en pneumologie dans un état grave pour une pleurésie probablement tuberculeuse, avec beaucoup de fièvre. Nous sommes à Calais, lieu où s'échouent les réfugiés. Les soignants du service de pneumologie sont mis à rude épreuve : le malade refuse les examens, malgré les explications, en anglais, de différents médecins et soignants ; il grelotte sous sa couverture, refuse tout autre médicament que le paracétamol, trouve scandaleux de n'être pas guéri au bout d'une semaine. Les soignants font appel à moi qui suis responsable de Médecins du Monde, probablement comme « médiateur » ; en parlant avec le malade, je comprends qu'il est venu ici depuis l'Italie, où sa mère est encore, qu'il veut aller en Angleterre et qu'il est très en colère d'être tombé malade : il n'a pas la force de sauter dans un camion. J'ai pu parler de cette colère avec les soignants, ce qui les a peut-être aidés à tolérer un malade difficile, et a permis ensuite à celui-ci, après quelques péripéties, d'accepter un traitement lourd. ■

# La nuit de nocce de Louis XIII

■ **Genviève Barbier**, médecin généraliste

**Bien mieux que l'expérience de notre vie**, si proche et inachevée, l'Histoire nous donne de précieux repères pour comprendre les destins, les affaires de famille, les

luttons de pouvoir. Car elle nous enseigne comment les fils récoltent l'effort des pères, combien les résistances et les débats transforment l'avenir, et à quel point chacun est le produit d'une société avec laquelle il doit à la fois composer et inventer.

Aujourd'hui, je reçois Adèle et Bertrand pour un certificat pré-nuptial. Ils ont l'insouciance des amoureux et la gravité de leurs espoirs. Tout en les écoutant, je repense à la nuit de nocces du pauvre Louis XIII, encore adolescent, bègue et timide, flanqué pour l'évènement de son maître de garde-robe, du 1<sup>er</sup> valet de chambre, des nourrices et bien sûr de la reine jamais très loin, tandis que la France et l'Espagne retenaient leur souffle. Et je m'amuse à penser que cette union « librement consentie » du XXI<sup>e</sup> siècle cache peut-être elle aussi des enjeux de fortune, l'attente d'un dauphin ou la tyrannie d'une reine-mère.

Mais aujourd'hui, nous nous contentons de parler de leur santé et celle de leurs futurs enfants, des maladies familiales, de la rubéole, et du dépistage de la syphilis ou du Sida. ■

# Avicenne

■ **Catherine Jung**, médecin généraliste

**Je vois Karim depuis trois ans**, pour un traitement de substitution aux opiacées. Il a 25 ans. Il est intelligent, sans travail et sans activité depuis qu'il a arrêté l'école à 16 ans. Il en veut à la terre entière, il est surtout en colère contre ses parents qu'il juge arriérés parce qu'attachés à une culture et un culte d'un autre temps. Ses parents, d'origine

marocaine, ont élevé cinq garçons et trois filles. La mère ne parle pas le français, le père travaille comme ouvrier et rentre fatigué le soir. Son père tente de rappeler des règles, respect des parents, l'obligation de la prière. Sa mère porte le voile et le costume berbère traditionnel. Ce jour-là, Karim reparle des tensions avec ses parents. J'ai déjà essayé de lui expliquer les difficultés de l'exil, la solitude de sa mère. Il n'a rien voulu entendre. Aujourd'hui, je lui parle d'Averroès et d'Avicenne et je lui raconte comment des philosophes arabes ont à l'époque éclairé tout l'Occident. Je le sens attentif. Il n'imaginait pas qu'il puisse même y avoir une culture autre que la culture française et occidentale... Une brèche s'ouvre... J'aimerais qu'il puisse enfin être fier de sa culture et se réconcilier avec ses origines. Il me semble qu'en renouant ce lien-là, il pourrait enfin aller mieux ! ■

## Ensemble

Que faire pour améliorer les pratiques ? Comment mieux se former ? Comment transmettre aux collègues, aux étudiants ? Les sciences dites sociales et humaines ne donnent pas de gage automatique d'humanité, voire elles peuvent n'être qu'un savoir de plus en extériorité. On a vu qu'on pouvait aussi rencontrer des chercheurs sachant prendre en compte les questions soulevées par la pratique.

Des soignants qui défrichent depuis longtemps le champ de la formation revendiquent de pouvoir s'emparer des outils des sciences humaines et sociales. À partir d'une posture d'écoute et d'engagement, ils veulent allier pratique et théorie, l'une enrichissant l'autre, et font eux-mêmes œuvre de recherche. Bien davantage qu'un transfert de savoirs, ils parlent de confrontation, d'élaboration et de compagnonnage. Mais ce mouvement n'est pas innocent, car il met à jour des questions sociales et politiques occultées, comme le retentissement des inégalités sociales sur la santé des personnes ou les dysfonctionnements du système de santé.

C'est ensemble que chercheurs, soignants et citoyens peuvent espérer construire des outils au service d'un monde plus humain. ■

# Savoir se taire

Nous avons deux yeux, deux oreilles et une seule bouche pour voir et entendre deux fois, ne parler qu'une... Comment convaincre les futurs médecins qu'écouter enlève de la souffrance au patient, nous apporte du plaisir, de l'intérêt au travail ?

■ **Pierre Rabany**, médecin généraliste

**Pierre Rabany**,  
médecin généraliste  
à Nanterre et  
enseignant à la faculté  
de médecine  
Bichat-Lariboisière –  
Denis Diderot, Paris 7.

## Dans 75 % des cas, le médecin pose son diagnostic dans la première minute

Les étudiants de troisième cycle, bientôt généralistes, qui viennent en stage dans un cabinet, sont-ils préparés à la complexité des situations des patients qu'ils vont rencontrer ? Est-ce qu'un enseignement en sciences humaines les aiderait à mieux assumer leur position d'écouter et de soignants ? Je les ai interrogés : ils n'ont pas de souvenir conscient de leur formation initiale en sciences humaines, ce qui ne veut pas dire qu'ils ne s'en sont pas servis. Lire Foucault n'est pas facile, et peut-être pas indispensable en première année de médecine. Mais quand je les vois en cours à la faculté, je les trouve plus ouverts qu'avant. Peu d'enseignants se sont habitués à l'écoute par un travail personnel ; il y a très peu de « balintiens » dans le groupe d'enseignants. Depuis un an, une dizaine d'internes qui ont déjà fait un compagnonnage participent, avec un intérêt réel, à un balint animé par deux médecins généralistes. En Allemagne, le balint est obligatoire à la faculté. Peut-on obliger les médecins, et en général les soignants, à écouter ? Guite Guérin, psychanalyste, cite un proverbe berbère : « Nous avons deux yeux, deux oreilles et une seule bouche, pour voir et entendre deux fois et ne parler qu'une ». Cela se transmet dans le compagnonnage : parler moins, écouter davantage, sortir de la pratique institutionnalisée où l'on interroge le patient. Interroger par le silence n'est plus interroger, c'est le début de l'écoute. Une étude nordique montre que dans 75 % des cas, les médecins font un diagnostic

.../...

dans la première minute où ils reçoivent un patient. Ecouter c'est être capable de faire silence, transformer son point de vue initial, si ce n'est se transformer soi-même.

Soigner est un art... qui ne s'apprend pas ? Il y a les connaissances scientifiques et ensuite, c'est une question de désir, d'humanité et d'expérience de la vie. Je me souviens d'un reportage sur la dernière journée de travail d'un vieux médecin de campagne, qui n'avait jamais fait de travail sur lui, mais de la médecine jour et nuit... Il avait une capacité relationnelle, une capacité d'écoute admirable. L'expérience de la vie au contact des patients l'avait-elle transformé ? Il savait écouter, faire silence, et faire quelque chose de ce silence.

**Notre vocabulaire médical vient directement de l'armée : interrogatoire, ordonnance...**

Est-ce qu'une formation en sciences humaines couplée aux stages pratiques peut aider les jeunes médecins à appréhender la complexité de la relation médecin-patient ? Il faut modifier la façon de voir qui nous a été transmise au cours de nos études. Jean Clavreuil dit : « Ce qu'il y a de permanent dans la relation médecin-malade, c'est qu'elle s'efface complètement dans la relation institution médicale-malade ». La neutralité médicale. Dans les groupes de travail autour de la relation, quand on propose à l'étudiant de dire ce qu'il ressent devant une relation filmée entre un médecin et un patient, un étudiant sur trois trouve cette question incongrue, ses sentiments n'ont pas d'importance, puisqu'il est là pour le soigner. Nous sommes l'institution qui soigne, nous sommes insensibles aux patients. On ne s'adresse pas à eux, mais à leur maladie, peut-on être sensible à un organe ? Le vocabulaire contribue à encadrer le travail et à mettre de la distance. Il est directement issu de l'armée : interrogatoire, inspection, ordonnance... Notre clinique est née de la révolution française et des écoles militaires, l'hôpital français est une structure de commandement. Quand on reçoit un patient, on peut dire « Bonjour, où avez-vous mal ? », « De quoi souffrez-vous ? » ou « Comment ça va ? ». On peut centrer l'entretien sur la personne ou sur l'organe malade. L'interrogatoire centré sur l'organe est rapide, efficace, mais il perd de la connaissance et du sens. Il faut prendre en compte la « subjectivité » du patient en même temps que ses symptômes, sa maladie. A l'hôpital, le médecin est neutre et représente l'institution, il n'affiche pas de sentiment, au mieux il est paternaliste. En étant paternaliste, il arrive à être humain du haut de sa position hiérarchique. En soins primaires, médecins généralistes, infirmières, kinésithérapeutes... accompagnent autrement. C'est la différence entre une relation où il y a « partage » dans l'écoute et le paternalisme qui

n'écoute pas, même s'il est opérationnel. La clinique médicale moderne relaie la clinique historique « militaire » sur un mode administratif. Elle utilise notre désir de procurer des soins en accord avec les données de la science. Elle dicte des conduites à tenir qui sont souvent, à partir des données de la science, le résultat d'intérêts économiques et politiques contradictoires. Elle tend à nous faire appliquer des protocoles mécaniquement. Pour l'ensemble des soins primaires l'évaluation et les protocoles instituent une nouvelle clinique médicale administrative. Loin de la prise en compte de la souffrance des patients.

**Apprendre à se demander : qu'est-ce que je ressens pour ce patient ?**

Quel enseignement des sciences humaines serait utile pour donner le goût de la médecine générale aux jeunes médecins ? Pour donner le goût de la médecine générale, il faut des lieux d'apprentissage valorisants où ils compléteront une formation scientifique et relationnelle exigeante à la pratique de leur spécialité. Il n'y a pas de raccourci possible, la formation dans un lieu exemplaire en médecine ambulatoire n'est pas remplaçable par un enseignement de sciences humaines. Certains étudiants ont une motivation extraordinaire à aider autrui, mais ils se situent uniquement dans le registre biomédical. On peut utiliser ce désir de soin, les amener à plus de calme et d'écoute, à se centrer sur la personne. Mais aussi les aider à comprendre quelle est leur place auprès des patients. Pourquoi ce patient vient-il me voir ? La première fois, mais aussi les autres fois, quelle est sa demande ? Qu'est-ce qui fait que cette personne qui a des difficultés au travail vient me voir moi, et pas le syndicat... ? Apprendre à se poser la question : qu'est-ce que je ressens pour ce patient ? On fait appel à l'intérêt pour la relation. Les sciences humaines doivent permettre de poser des questions plus théoriques : quelle est ma position, mon rôle dans le système de soin, la société ? Quelle est l'évolution du système de santé ? Un regard, une ouverture sur la société.

Finalement, il faut donner très tôt les outils de la subjectivité : ce que peut ressentir le patient, ce qu'on pense de sa demande, et aussi le lien, le commerce, ce qu'on partage avec lui. Dès le deuxième cycle, aller voir en médecine générale, chez le kiné, le pharmacien... Ecouter enlève de la souffrance au patient, nous apporte du plaisir, de l'intérêt au travail. On peut écouter parfois avec tendresse, parfois malicieusement... c'est cela qui alimente notre désir de continuer. ■

Propos recueillis par **Elisabeth Maurel-Arrighi, Anne Perraut Soliveres et Martine Lalande**



# L'injonction de la perfection

On demande aux médecins d'être à l'écoute, sensibles à l'éthique, on veut qu'ils apprennent la sociologie, la psychologie, l'économie, la philosophie, l'histoire de la médecine... au risque de les transformer en Sisyphe !

■ Eric Galam, médecin généraliste

Peut-on poser sérieusement la question des sciences humaines dans la formation des médecins alors que près de 40 % d'entre eux présentent un fort taux d'épuisement professionnel et que le pourcentage de suicide chez les médecins libéraux est de 14 %, contre 5 % dans la population générale ?

Les règles du jeu entre patients-usagers-clients et médecins-soignants-prestataires ont évolué. Au-delà de ses prouesses techniques, la médecine est contrainte de tenir compte de facteurs socioéconomiques et psychologiques : que veut le patient, comment vit-il ses troubles, comment lui faire accepter les soins, la prévention et le dépistage, comment rationaliser les dépenses, quelles responsabilités individuelles et collectives... Autant de questions qui sortent la médecine de la bulle dans laquelle elle a cru, un temps, pouvoir évoluer. Alors que la réflexion sur le contenu relève de la quantité, du champ et du choix, le travail sur la relation et l'identité se fonde sur la position, l'implication et l'interaction. Le rapport au savoir peut s'appuyer sur des certitudes et en rajouter toujours plus sur la conscience des incertitudes, de la nécessité de gérer le risque. L'« Evidence Based Medicine » ne consiste-t-elle pas à savoir se poser des questions, chercher des réponses et porter un regard critique sur ces réponses, notamment dans la façon de les mettre en œuvre dans une situation spécifique ? Si nous voulons des médecins compétents, il nous faut les comprendre et les aider à trouver l'énergie de progresser. Pas de « science humaine » sans humanité du patient. Pas d'humanité du médecin sans implication du médecin. Pas d'implication du médecin sans responsabilité du patient. Pas de responsabilité du patient sans responsabilité collective.

Notre association Repères créée en 1990 s'intéresse non seulement aux sciences, mais aussi au médecin en tant qu'être humain, à sa manière de prendre sa place légitime dans le soin tout en restant centré sur son patient. Face à un corps-machine, le médecin savant n'a pas à s'impliquer. Cette position simple ne correspond plus à la pratique. Les patients veulent eux aussi savoir, discuter, bénéficier des dernières connaissances, etc. Malgré leurs efforts pour intégrer toutes les dimensions, les médecins n'en peuvent plus.

Nous les incitons à préciser leur rapport à leur métier, leur histoire et leur « style » professionnel. Si l'acte de soigner, d'accompagner avec les moyens techniques et le savoir scientifique est marqué par des lignes de force incontournables, chaque médecin le fait à sa manière : je soigne comme je suis, je me trompe comme je suis. Et ma façon d'y trouver mon compte en me laissant toucher sans m'y brûler est aussi l'une des clés de ma pratique. Les injonctions adressées aux médecins sont multiples : « sois parfait ! » ou « fais des efforts ! » Ils sont à la fois réparateurs, *coaches* (pour vivre vieux et beau), cache-misère, cautions (certificats...), bouc émissaires (économies), petites mains (administratif)... On demande aux médecins d'être à l'écoute, sensibles à l'éthique, on veut qu'ils apprennent la sociologie, la psychologie, l'économie, la philosophie, l'histoire de la médecine... au risque de les transformer en Sisyphe, s'éloignant de leur objectif à mesure qu'ils croient s'en approcher... Comment nous former en tenant compte de nos besoins, sans évacuer nos difficultés ? Il faut que la formation ne soit pas un effort supplémentaire, mais une aide, une reconnaissance, et les sciences humaines non seulement une nécessité, mais aussi une chance. ■

Eric Galam, est cofondateur de l'association Repères, 30 boulevard d'Ornano, 75018 Paris. [reperesmg@wanadoo.fr](mailto:reperesmg@wanadoo.fr)

# Devenir

## « médecin de famille »

Il est urgent d'en finir avec la folie hospitalière et de redonner leur place au médecin de famille et aux petites structures proches des patients. On peut former les futurs médecins à exercer pleinement leur rôle, dans toutes ses dimensions, y compris celui de psychothérapeutes.

■ **Louis Velluet**, médecin généraliste, psychanalyste

Louis Velluet est médecin généraliste, psychanalyste. Il est enseignant au Département de Médecine Générale de Bobigny et Necker. Il a publié en 2005 *Le médecin, un psy qui s'ignore* : Médecine de famille et psychanalyse (L'Harmattan).

Contact : Atelier français de médecine générale.  
C/o Louis Velluet,  
9 avenue Jean Jaurès,  
91120 Palaiseau.

**Pratiques :** *Vous faites la distinction entre « médecin de famille » et « médecin interniste ». Qu'entendez-vous par là ?*

**Louis Velluet :** On est face à une énorme contradiction. La formation théorique et pratique des étudiants en médecine est faite pendant les six premières années par des enseignants qui eux-mêmes n'ont été formés et n'exercent qu'en Centre Hospitalo-Universitaire. Ces hospitaliers pensent que la médecine pratiquée dans les services de médecine interne, et la médecine générale, dont le domaine se situe dans un autre espace, celui de la « vraie vie », sont une seule et même chose. Ils sont dans l'incapacité totale d'enseigner une pratique qu'ils ne maîtrisent pas. Cette pratique ne peut en effet s'acquérir qu'au contact des réalités cliniques quotidiennes et par un travail continu de supervision en groupes de pairs ou en groupes balint.

Il y a eu des confrontations au cours desquelles, pendant ces trente dernières années, la médecine générale a réaffirmé son identité à travers une volonté européenne de promouvoir des actions de recherche spécifique au travers de regroupement comme celui des chercheurs dit « de Leeuwenhorst » ou de la WONCA<sup>1</sup>.

Elle revendique une prise en compte de l'entourage familial et social, ainsi que des inévitables interactions entre le psychisme et le fonctionnement du corps. Médecine psychosomatique au vrai sens du terme, elle demande nécessairement le renfort des sciences humaines pour répondre aux multiples exigences de son exercice.

*Vous dites qu'on ne quitte pas la Faculté en étant médecin de famille, mais qu'on le devient avec le temps. Qu'entendez-vous par là ?*

L'histoire du patient, sa vie, ses carences affectives refoulées, ses deuils traumatiques non faits, les maltraitements ou abus sexuels de tous ordres, tous ces événements influent sur l'apparition ou l'évolution de toutes les pathologies. C'est au médecin de recueillir et d'intégrer ces éléments.

Ce recueil suppose de sa part une écoute bienveillante, sans intention normative. Il est facilité par le « bavardage thérapeutique ». Cette pratique de l'échange familial joue un rôle fondamental dans la conduite de la psychothérapie spécifique du médecin de famille, il permet à un autre discours d'apparaître, discours « qui parlerait de la chose importante » (J.-F. Renault). Ce « bavardage » peut permettre de recueillir des éléments fondamentaux pour la compréhension et l'amélioration de manifestations pathologiques, par exemple dans certaines maladies dites psychosomatiques comme l'asthme, mais également pour beaucoup d'autres pathologies dites « organiques ».

La psychothérapie spécifique du médecin généraliste a pour but de favoriser l'autonomie physique et psychologique des patients et, chaque fois que cela est possible, leur capacité à vivre au sein d'un équilibre familial et social stable. Cette prise en charge est indissociable de l'approche physique et des prescriptions médicamenteuses, ce qui la différencie des psychothérapies exclusives. La psychothérapie du médecin de famille s'appuie d'une part sur les caractères spécifiques de la « médecine générale-médecine de famille », d'autre part sur la prise en compte, consciente ou empirique, par le médecin, des phénomènes

produits par l'inconscient. Pour le médecin de famille, plus il sera proche de son patient, plus ses propres profondeurs seront sollicitées, plus il devra comprendre ce qui se joue dans cet espace et être en capacité de manier la distance dans la relation.

*Quelles sont les caractéristiques d'une prise en charge psychothérapeutique par le médecin généraliste<sup>2</sup> ?*

La psychothérapie du médecin généraliste se situe schématiquement dans plusieurs espaces thérapeutiques qui, dans l'idéal, se succèdent, mais peuvent alterner.

Le premier espace ou espace primaire est celui où l'effet dit de « pare-excitation »<sup>3</sup>, de protection du patient, joue à plein : tout sujet subissant une agression physique ou psychique est susceptible de se retrouver dans cet espace à travers le maintien de la relation interpersonnelle avec le médecin de famille ; cet aspect est aujourd'hui ignoré de la médecine académique.

L'espace intermédiaire ou « espace transitionnel » est celui où se déroulent la plupart des relations thérapeutiques en médecine générale. Les objectifs sont de reconstituer l'histoire du patient, de l'aider à « réhabiter » son passé et donc à mieux se connaître, d'aboutir à un langage commun, de démystifier l'image du médecin « tout sachant » et d'aider le patient à découvrir la part qu'il peut prendre dans la résolution de ses difficultés.

Le troisième espace est l'espace d'intégration ou d'autonomisation. Il devrait être l'aboutissement d'un parcours qui a permis au patient de prendre conscience de son individualité et du caractère indissociable de son unité psychosomatique.

La spécificité de la médecine de famille réside dans le fait que, dans les trois espaces, l'abord sans violence du corps et « l'enveloppe sonore » que

constitue la parole peuvent matérialiser, si le médecin est bien formé, l'effet pare-excitation protecteur.

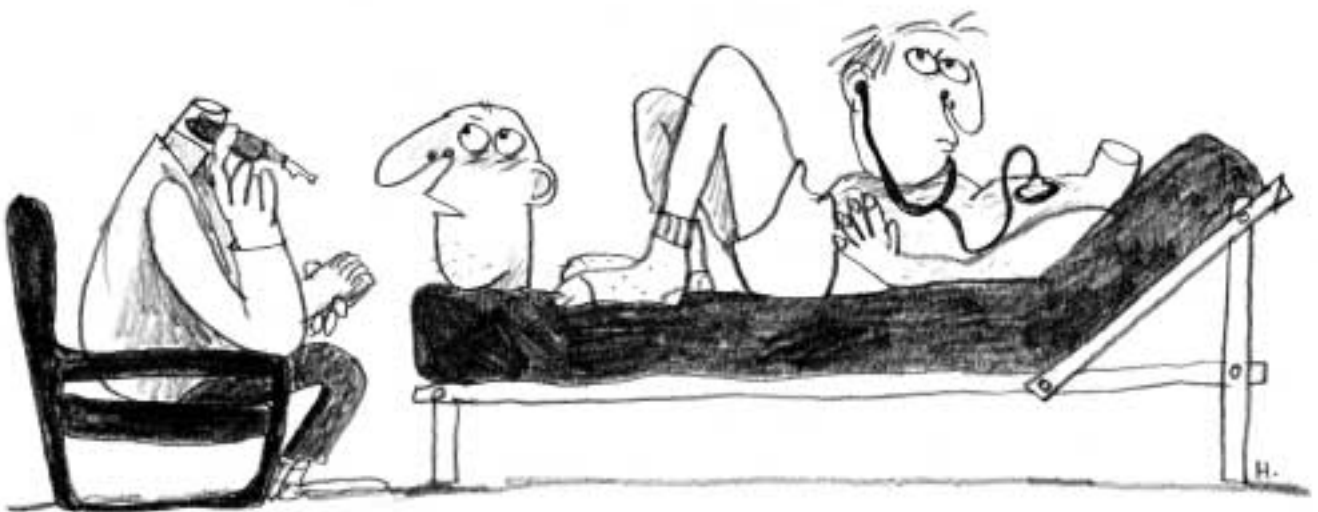
*Pour vous, la psychanalyse est une des sciences humaines dont l'apport est fondamental pour la médecine générale ; comment vous voyez-vous l'intégrer dans la démarche médicale ?*

La psychanalyse est le fondement même de la psychologie, elle en a mis à jour la dynamique. Au-delà du descriptif, elle met en lumière le « pourquoi » des phénomènes observés. La notion de transfert s'applique complètement à la relation en médecine générale : patients et médecins de famille se choisissent librement, la rencontre va être déterminée par les ressemblances avec les circonstances anciennes et les images inconscientes conservées par les uns et les autres. Transfert du patient et contre-transfert du médecin se répondent ainsi en permanence, influencent toute situation, modifiant aussi bien le climat des rencontres que l'expression des pathologies : on peut ainsi prendre conscience de l'importance variable attribuée par les patients à des manifestations physiques qui ne sont ni évolutives, ni invalidantes en fonction des convictions (ou des angoisses) du médecin et de la réponse que celui-ci donne.

*La plupart des soignants n'ont pas de formation analytique. Comment, au cours de la formation initiale et continue, susciter chez eux le désir de s'engager dans cette démarche ?*

Le recrutement et la sélection en médecine se font sur les matières scientifiques. C'est un problème. L'accent mis sur le cognitif tend inévitablement à déconsidérer et à refouler le « psychoaffectif ». Quant à la proposition de faire de la première année de médecine une année de stage dans différents lieux où se mènent la réflexion, le

.../...



débat et l'action au niveau de la santé, elle est peut-être utopique, mais je la trouve intéressante : il faudrait ne voir engagés dans ces études que des étudiants conscients de l'importance du rôle du psychisme, aussi bien dans leur comportement professionnel que dans la manifestation des pathologies. Les concepts de base de la psychanalyse devraient être enseignés tôt sans doute, mais le plus important est l'introduction rapide d'un travail sur la clinique relationnelle par la méthode pédagogique de la discussion de cas.

En 1980, j'ai participé, avec Anne-Marie Reynolds, à la mise en place de « groupes de formation psychologique » pour les étudiants de 4<sup>e</sup> année. Cette expérience a été rendue possible par la création à Bobigny du premier vrai « Département de Médecine Générale » français, conçu et animé uniquement par des médecins généralistes.

*Comment cela se passait-il ?*

Les étudiants étaient répartis en six groupes d'une vingtaine de personnes qui se réunissaient une fois par quinzaine en présence d'un médecin généraliste formé à la pratique analytique.

Ces groupes travaillaient sur les principes des groupes « balint » : les étudiants exposaient une situation clinique qu'ils avaient vécue à l'hôpital, et à partir de là, dans un climat de confidentialité et de neutralité, les participants essayaient de dire ce qu'ils avaient vu, entendu et ressenti. Ce travail fait au moment où ils démarraient leurs stages hospitaliers leur permettait en particulier de prendre du recul par rapport aux attitudes des soignants seniors censés détenir le savoir. Cette expérience a duré pendant six ans avec un plein succès. Elle a été utilisée depuis pour installer des groupes de formation dans plusieurs facultés françaises.

Par ailleurs, j'ai installé, depuis maintenant six ans, à la demande du Pr. Philippe Jaury et du Pr. Serge Gilberg à Paris V, des groupes « balint » obligatoires (une dizaine de séances) pour les jeunes généralistes de 3<sup>e</sup> année du DES de médecine générale, pendant leur stage chez le praticien.

Il s'agit d'aider l'étudiant à analyser ce que le malade manifeste au niveau émotionnel et ce qu'il ressent, lui, en tant que soignant. Mais également de lui faire percevoir l'importance de la prise en compte de l'histoire du patient dans sa globalité. J'insiste sur la nécessité du caractère obligatoire de cette formation. Les notions d'engagement personnel, qui courent dans le « monde psy », n'ont aucune pertinence ici. Il est indispensable de toucher tout le monde au titre de la formation et non de sélectionner sur le mode du volontariat des étudiants qui y chercheraient des réponses à des problèmes psychologiques personnels, comme c'est parfois le cas dans les modules optionnels.

Le bilan de ces deux expériences est la nette modification du regard des étudiants qui y ont participé, sur la pratique de la médecine. En toutes ces années, je n'ai eu qu'un refus de participation et une difficulté avec un étudiant ayant lui-même d'importants problèmes psychologiques non détectés au cours des stages précédents.

*Pouvez-vous nous parler de l'Atelier Français de Médecine Générale ?*

L'Atelier Français de Médecine Générale est une Société médicale dont le domaine est la recherche sur la clinique et la pédagogie de la médecine de famille. Le travail se fait sur des observations cliniques originales écrites à partir d'un thème choisi en commun. Puis a lieu une analyse en groupe et enfin l'écriture d'une synthèse sur ce thème. L'atelier fonctionne depuis 1979, de très nombreux thèmes ont été abordés dont « l'adolescent », « la dépression », « l'asthme », « la peau », et bien d'autres...

*Vous parlez du médecin de famille, « un psy qui s'ignore », mais ne faudrait-il pas qu'il soit aussi un sociologue ou un anthropologue qui s'ignore ? Comment voyez-vous l'intégration de ces différents éléments dans la formation des soignants ?*

La sociologie et l'anthropologie sont importantes, mais peuvent se travailler dans les livres.

Pour moi, en dehors du rôle primordial de la science analytique, l'apport d'une deuxième science humaine serait fondamental : l'Histoire. Pour soigner « au long cours », il faut savoir reconstituer les faits, analyser les témoignages, etc., etc., toutes choses que la médecine actuelle a complètement perdu de vue. Bref, redonner vie à la science clinique.

Il est urgent d'en finir avec la folie hospitalière et de redonner au médecin de famille et aux petites structures proches des patients leur place. La vraie médecine passe par la connaissance « réelle » des patients et de leurs environnements. La médicalisation abusive est une des calamités de notre époque, elle tue, physiquement ou psychologiquement, aussi sûrement que bien d'autres fléaux officiellement reconnus. ■

Propos recueillis par Marie Kayser

1. WONCA est l'acronyme de World Organization of National Colleges, academies and associations of general practitioners/family physicians. ([www.global-familydoctor.com](http://www.global-familydoctor.com))

2. L. Velluet, A. Catu-Pinault, « La psychothérapie spécifique du médecin généraliste ». *Exercer* janvier-février 2001

3. S. Freud, « Au-delà du principe de plaisir » in *Essais de Psychanalyse*, Petite Bibliothèque Payot, 1981.

# Chercher des outils

Des médecins généralistes interpellent des chercheurs en sciences humaines, utilisent les ressources du théâtre, de groupes médecins/non médecins pour se former et faire face aux difficultés de leur pratique.

Isabelle de Beco, médecin généraliste

Il y a encore bien du chemin à faire avant que la formation en sciences humaines, pourtant inscrite dans le marbre des décrets des années 90, ne soit une réalité. En 1977, pour échapper aux décennies de formation technologique qui ont tant fait souffrir les générations précédentes, la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste, structure associative de formation médicale continue, s'est dotée d'un Département Sciences Humaines et Sociales. Elle a incité et laissé au gré de la sensibilité, des nécessités éprouvées et des bonnes volontés, se développer en son sein des multitudes de groupes de travail pluridisciplinaires.

L'éthique médicale au quotidien, le premier de ces groupes, a permis dans l'interdisciplinarité (médecin généraliste, juriste, psychanalyste, philosophe) de définir une méthode d'analyse lorsqu'un conflit entre différentes valeurs ou systèmes de référence a mis en difficulté le médecin généraliste. À l'aide du regard des non médecins, nous nous autorisons à une compréhension différente. À partir de l'apparente opposition entre l'espace privé de la relation médecin-malade et l'espace du droit ou de la loi, une réflexion peut cheminer et aboutir à une proposition de résolution du problème dans le respect de chacun : lorsqu'il s'agit par exemple de mise en tutelle d'une personne âgée, de mauvais traitement à enfants, de demande d'un certificat de virginité, etc. Les participants soulignent le retentissement de cette démarche de réflexion dans leur pratique.

Pour réfléchir aux représentations de pratiques médicales et culturelles différentes des nôtres, et

prendre de la distance vis-à-vis de sa pratique, la SFTG s'est dotée de plusieurs outils. Le groupe Santé Médecine et Représentations a tenu plusieurs soirées, autour d'un historien sur la douleur, d'une anthropologue médecin sur la transfusion sanguine, d'un sociologue sur le cancer. La SFTG a organisé plusieurs voyages avec des anthropologues et des correspondants pour rencontrer d'autres cultures et manières de soigner en Inde, au Portugal et au Bénin. Je repense à ce jeune père originaire du Niger accompagné de son fils de huit ans. « Pourquoi mon fils a-t-il été malade ? » m'avait-il demandé à plusieurs reprises. Cela semblait être sa seule préoccupation, alors même que le gamin n'avait rien de grave. J'avais bien perçu que mes réponses n'apaisaient pas son inquiétude. En rencontrant des tradipraticiens, en passant plusieurs journées avec une famille à se faire raconter leur « parcours de soins », en réécrivant chacune de ces histoires avec d'autres médecins du groupe, en cheminant avec l'anthropologue qui nous accompagnait, j'ai pris la mesure du sens différent de la maladie dans d'autres cultures, de la place et du rôle du magique...

Les séminaires de formation médicale continue proposés aux médecins généralistes s'ouvrent aussi à des sujets anthropologiques : « santé des patients migrants sous le regard de l'anthropologie médicale » ; « comportements de santé », avec l'apport de l'analyse systémique et de l'anthropologie ; « la vérité médicale » ou « communication, narration et méthodologie, notions d'herméneutique dans le champ médical » sous les lumières de la

Isabelle de Beco est présidente de l'association SFTG (Société de formation thérapeutique du généraliste).

SFTG : 233 bis rue de Tolbiac, 75013 Paris.  
sftg@wanadoo.fr

« À partir de l'apparente opposition entre l'espace privé de la relation médecin-malade, et l'espace du droit ou de la loi, une réflexion peut cheminer. »

.../...

.../...

philosophie ; « maladies génétiques et place du médecin généraliste » pour aborder les difficultés devant les possibilités de prédiction, la révélation des secrets des familles, les choix de vie et de mort. Les séminaires sur la tenue du dossier médical ou sur l'informatique ont inclus un temps de réflexion sur les problèmes éthiques posés par la détention et la possible circulation de toutes ces données, leur propriété, leur pérennité. Une charte « éthique » informatique a été écrite par un club de médecins utilisateurs.



La possibilité de rencontres entre professionnels sans finalité utilitaire immédiate est probablement un moyen très utile pour prévenir le *burn out*. »

L'effervescence du festival d'Avignon permet depuis douze ans à une quarantaine de médecins de participer à deux journées d'expression théâtrale que nous organisons sur des thèmes comme le pouvoir, la peur, l'attente ou l'amour. Les ateliers d'expression théâtrale ou de clown permettent aux médecins de se mettre en scène, de jouer, d'improviser, de travailler avec leur corps et sur leurs émotions dans un environnement ludique, mais aussi dans le cadre très précis des règles du théâtre. Des ateliers avec philosophe, anthropologue ou psychanalyste occupent des intervalles de travail théorique. Un groupe de théâtre d'une vingtaine de participants se réunit mensuellement. Des groupes de psychanalyse et médecine, psychologie ou philosophie existent aussi. Le dernier en date s'interroge sur l'environnement. À partir du choc ressenti par la prise de conscience de l'importance de la mortalité prématurée dans les catégories socioprofessionnelles défavorisées, nous construisons avec l'aide de sociologues une recherche sur les possibilités d'intervention des médecins généralistes dans ce domaine. En 2007, nous proposons une formation qui permettra d'y réfléchir et d'acquérir les outils nécessaires.

Au travers des différents groupes de travail ou selon les angles qu'il aura choisis pour analyser sa pratique, chacun d'entre nous cherche à progresser dans sa relation avec le patient, différent de

lui, sujet de parole, avec sa capacité d'autonomie. Nous développons ainsi un esprit critique et nous démarquons délibérément de ceux qui ne voient dans l'échange avec le patient que la recherche de l'identification des traits de sa personnalité pour s'adapter à lui. Ces techniques de communication plus ou moins consciemment manipulatoires sont de plus en plus souvent employées et recommandées en particulier pour le suivi des patients atteints de maladie chronique et servent aussi de modèles dans certaines associations de patients. Elles nous paraissent gravement réductrices au détriment des autres champs possibles du changement de l'être humain.

L'isolement, le poids de la souffrance et de la demande inlassablement répétée des patients, la conscience de nos incompétences et de l'inadéquation parfois sans solution peut finir par nous envahir. La possibilité de rencontres entre professionnels sans finalité utilitaire immédiate est probablement un moyen très utile pour prévenir le *burn out*. L'élargissement de notre réflexion au-delà du seul champ médical confirme la difficulté de notre exercice, mais restaure aussi une assise plus solide et une image meilleure de ce que nous avons à affronter et de ce que nous pouvons appréhender. La confiance qui s'instaure permet la remise en question de nos pratiques et l'amélioration de celles-ci pour le mieux-être de tous.

Pour la SFTG, ce laboratoire d'idées qui débouche ensuite sur des actions concrètes proposées largement aux médecins généralistes ne peut exister que grâce à notre affirmation d'indépendance dans la formation médicale, en particulier par rapport à l'industrie pharmaceutique, mais aussi dans les relations avec l'université ou les syndicats. Cet espace ouvert offre une plus grande liberté de pensée et d'agir, une réelle créativité génératrice de mieux être, une révolte contre l'enfermement d'une vision exclusivement biomédicale.

Parce qu'aucun domaine de la connaissance ne peut prétendre détenir la vérité sur la relation médecin-patient, nous avons besoin de tous les éclairages possibles et donc d'un travail dans la pluridisciplinarité. Parce que, comme toute relation humaine, cette relation gardera toujours sa part « sacrée » de mystère, nous sommes contraints de l'interroger sans cesse en repartant modestement de notre pratique quotidienne. ■

# Dessine-moi une consultation

À l'aide de cartes, on peut mettre en perspective une consultation.

■ **Laure Van Wassenhove**, médecin généraliste, enseignante à la faculté de Nantes

Tout a commencé par la réflexion d'un interne : « Tu me parles des préférences et des attentes du patient, je ne comprends pas ce que tu veux dire ». Nous étions en entretien de supervision, cet étudiant finissait ses études, et je découvrais avec stupeur qu'une notion aussi importante et évidente pour moi lui était étrangère. Pour lui, la médecine était une science ; en tant que médecin, il « savait » et le patient « recevait » ou devrais-je dire « subissait » ce savoir. Les seuls mots accordés au patient étaient du registre de la sémiologie en réponse à l'interrogatoire médical, puis LE médecin lui indiquait ce qu'il devait faire : suivre ses conseils, prendre son traitement... Le patient était un « corps souffrant » qu'il fallait soigner ou, au mieux, un « individu à soigner » passif et docile, en aucun cas un « sujet » acteur de la consultation, du soin, de la décision.

Comment introduire le doute, le questionnement de l'autre et de soi-même ? Apporter les outils d'une réflexion, tout en laissant l'interne suivre son propre cheminement ? L'aider à aborder la complexité, sans qu'il se sente perdu, à explorer la richesse des interactions sans qu'il se sente agressé ? Comment lui donner les outils d'une analyse critique de l'information médicale ?

Ce sont aussi les interrogations de mes confrères, maîtres de stage se sentant parfois perdu dans les entretiens de « rétroaction pédagogique », qui m'ont amenée à imaginer une carte, outil pédagogique, permettant de structurer la supervision. Cela aurait pu être un autre modèle ; qu'importe, l'essentiel est de « réfléchir sur » (en javanais pédagogique, « se mettre en métacognition »).

Les cartes heuristiques (origine grecque : l'art de trouver) offrent un outil qui met en arborescence différents éléments, permettant de structurer et/ou de faire émerger de l'information, de noter les liens, de réfléchir sur ce qui s'est joué. La carte conceptuelle que j'ai dessinée est fondée sur les trois éléments de l'*Evidence Base Medicine* : l'utilisation des meilleures données actuelles de la recherche, le contexte clinique, les préférences et attentes du patient. L'EBM est malheureusement souvent réduite « aux données de la science », à la capacité d'aller chercher une information fiable et validée d'un bon niveau de preuve ; les étudiants ignorent souvent les deux autres éléments du triptyque : le contexte clinique dont le médecin en tant qu'individu fait partie intégrante, et les préférences et attentes du patient.

.../...

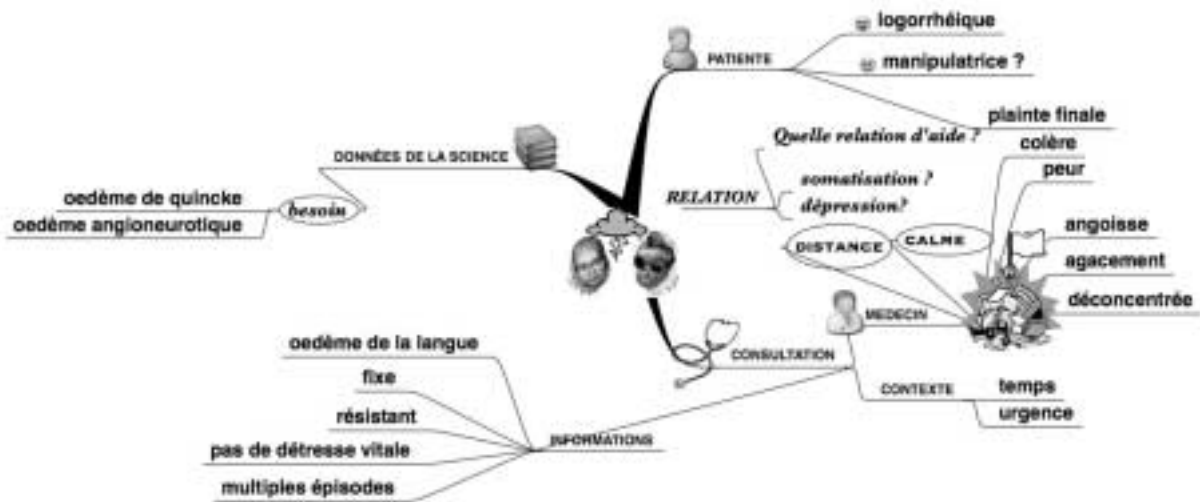
Voici quelques exemples concrets de ce travail :

Ne croyez pas que les internes font de jolies cartes sur ordinateur ! À la fin de la consultation, ils utilisent du papier et des crayons, cartographiant les éléments essentiels dans un premier jet. Pendant la supervision, nous la re-crayonnons à souhait.

■ M<sup>me</sup> A. arrive en urgence, au milieu des consultations programmées, « J'ai un œdème de Quincke », articule-t-elle, le propos empâté par une langue qui a doublé de volume. Sa prise en charge va durer toute la matinée par des allers-retours entre le cabinet et la salle d'attente.

Lisons ensemble la carte que l'interne a faite :

« Elle était survoltée, logorrhéique. Je me suis sentie submergée, incapable de réfléchir, envahie par le flot de paroles ininterrompu qui m'assailait. En même temps, j'avais l'impression d'être manipulée. » Comment réfléchir dans une telle situation ? Doit-elle l'hospitaliser ou peut-elle la prendre en charge au cabinet ? Les données de son examen, les informations du dossier, la surveillance qu'elle va organiser lui permettent de décider d'un traitement et d'une surveillance en salle d'attente. Elle achèvera cette interminable consultation, dans un sentiment de peur et de colère, devant une dernière demande remettant en cause la prise en charge qu'elle a faite. « En dessinant ma carte, j'ai pris conscience de tous les sentiments qui m'ont agitée et parasitée. »



La supervision portera sur les ressources qu'elle a mobilisées pour garder son calme, sur les recherches à faire sur ses interrogations diagnostiques, puis sur le difficile travail de relation d'aide face à cette patiente, ressentie comme manipulatrice, générant des sentiments très négatifs chez le médecin.

■ M. B. consulte pour une toux. Comment A. en dessinant sa carte se trouve confronté à ses peurs.

« Je n'étais pas sûr de vouloir faire une carte, c'était une consultation tellement banale et puis en la dessinant, je me suis rendu compte de ce qui s'était passé. Il toussait avec une auscultation de bronchite, j'ai été vérifier sur Internet, et je l'ai mis sous un traitement antibiotique. En fait, il a commencé à m'expliquer que son père était mort d'un cancer du poumon. Moi, j'ai toujours peur de me tromper, de passer à côté du bon diagnostic, je pense toujours au pire ; alors nos peurs sont rentrées en résonance. J'ai prescrit pour me rassurer, les antibiotiques, une radio pulmonaire. »

La supervision a porté sur l'analyse critique des documents de recherche.

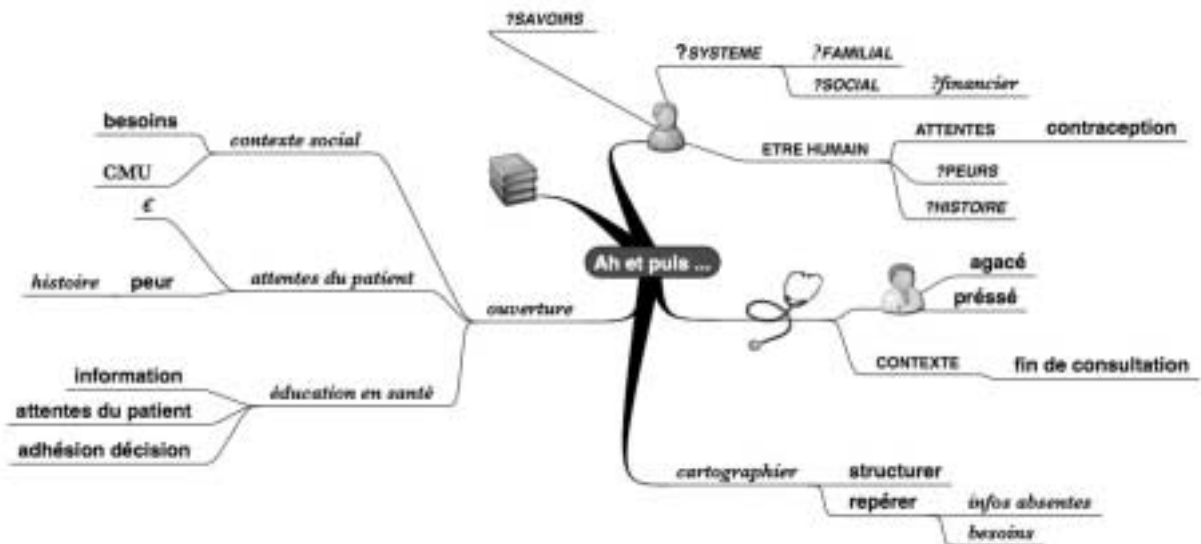
« Finalement, je me rends compte que je voulais le mettre sous antibiotique, alors



*j'ai été chercher un article qui me confortait dans ma décision.* » Nous avons commencé un travail réflexif sur ses peurs et leurs influences dans ses prises de décision, mais il avait déjà bien analysé la situation en écrivant sa carte.

■ M<sup>elle</sup> B. demande un renouvellement de pilule en fin de consultation : « *C'est agaçant !...* » Mais on peut aller plus loin : c'est ce que font des externes en groupe d'échange de pratique.

Le groupe a bien discuté, mais l'analyse s'enlise. Caroline a pris goût aux cartes pendant son stage d'externe. Elle propose de dessiner la consultation, en particulier la branche « désirs et attentes de la patiente ». La seule information présente est l'attente d'une contraception. Les branches vides demandent à être complétées : que sait-on de son contexte social ? « *Peut-être a-t-elle des problèmes financiers, c'est pour ça qu'elle essaie de faire deux consultations en une ?* » « *Si c'est financier, il faudrait peut-être l'orienter vers une demande de CMU !* » « *Comment on fait une demande de CMU ?* » Que sait-on de son histoire, de ses peurs ? « *Peut-être a-t-elle peur de l'examen gynéco ?* » « *Peut-être qu'elle a un passé qui explique sa peur ?* ». Quels sont ses savoirs, ses croyances ? « *Peut-être qu'elle manque d'information ?* » « *Comment peut-on donner une information et être sûrs qu'elle est bien passée ?* »



La supervision a donc consisté ici à réguler les échanges d'un groupe devenu dynamique et questionnant.

Voici quelques-unes des questions que l'étudiant va pouvoir se poser, seul ou avec l'aide de l'enseignant, progressant dans son évaluation personnelle et dans sa formation. L'enseignant ne transmet pas un savoir : il aide l'interne à structurer sa propre recherche.

Ainsi, nous abordons les prémisses de la systémique, commençons une incursion en anthropologie, discutons sur le diagnostic éducatif, réfléchissons sur la relation d'aide. À l'étudiant de poursuivre ses recherches, de s'interroger, accompagné et guidé par l'enseignant dans son travail de réflexion. ■

# DOSSIER Un diplôme universitaire hors-normes !

Échanger avec d'autres sur l'éthique, une bouffée d'air pur pour sortir de l'épuisement et faire face aux injonctions non éthiques de l'institution médicale.

**Sylvie Cognard**, médecin généraliste

Sylvie Cognard, est enseignante à la faculté d'Angers.

Parmi les diplômes universitaires de la fac de médecine d'Angers, un intitulé m'apparaît comme un îlot de fraîcheur philosophique : « Éthique et Normes en médecine » : « *travail de réflexion pluridisciplinaire conçu dans un esprit d'ouverture sur les évolutions de la médecine contemporaine et ses divers enjeux pour le professionnel de santé, mais aussi pour chacun en tant que citoyen et sujet. Penser la médecine comme activité confrontée à différentes normativités (épistémologiques, morales, juridiques, économiques, idéologiques, culturelles, sociales, individuelles)... mettre en place les repères nécessaires à cette réflexion et saisir les problèmes concrètement par le croisement des regards des différents savoirs et pratiques concernés.* » Vingt-huit heures sur Éthique et épistémologie des normes en médecine et soixante heures sur Pratiques médicales et normes. C'est une première, il faut au moins dix inscrits. « Pourvu qu'il y ait au moins 10 fondus comme moi... »

Janvier 2006, nous sommes onze personnes : une kiné d'équipe mobile, une sage-femme enseignante, deux cadres de santé (en soins palliatifs, et en chirurgie orthopédique), une médecin gériatre, une généraliste homéopathe acupuncteur, une médecin de Madagascar, quatre généralistes, neuf femmes et deux hommes. Un inventaire à la Prévert permettant des débats riches et variés en un « creuset » chaleureux, une confrontation des pratiques, des idées et des émotions. Des balbutiements, une gestation, forgeant à l'exercice difficile des discussions d'un conseil d'éthique... Un philosophe et des spécialistes présentant leurs relations avec la norme, les normes, exercice nouveau pour eux, auquel ils se livrent avec intérêt et étonnement. Autour d'une grande table, nous écoutons Jean-Marc Mouillie développer son discours philosophique sur l'éthique, son histoire et la notion de « normes » en médecine.

Le débat part dans tous les sens, chacun s'exprime, il ne finit pas son exposé. Il nous fait deviner : la définition de l'éthique, les différences entre morale, déontologie et éthique, la médecine est-elle une science, un art ? Sur des textes, nous réfléchissons aux concepts de biopouvoir. Un réanimateur discute de l'information des patients, un hématologue iconoclaste nous fait décortiquer les normes dans les essais cliniques, un professeur d'immunologie mouille sa chemise sur la norme en biologie, le psychiatre aborde la question de la preuve, critique la psychopharmacologie (la découverte des antidépresseurs est-elle à l'origine de la mise sur le marché de la dépression ?...), l'ORL demande si l'on est en train de réinventer des normes pour le mourir, un professeur de médecine générale débat sur l'information au patient et les choix qu'il est en droit de faire ou pas, selon sa représentation de son trouble glycémique... Nos esprits cherchent à définir, avec le souci de l'autre et de soi-même, une éthique du « prendre soin », du « vivre ensemble ». Nous progressons dans l'apprentissage de la discussion éthique comme recherche d'une légitimité justifiable et partageable à un problème donné.

Je vis ce DU comme un vrai bonheur, une bouffée d'air pur qui tombe à pic au moment où je m'interroge sur le sens de mon métier et son devenir. Si cela conceptualise et éclaire d'une façon critique mon exercice au quotidien, que j'ai toujours voulu éthiquement correct, cela renforce mon sentiment que la dégradation de nos conditions de travail rend de plus en plus difficile cette façon de fonctionner. Et me conforte dans mon projet d'arrêter mon métier de médecin de famille, qu'il ne m'est plus possible d'assurer sereinement, en accord avec l'exigence d'une réflexion éthique confrontée à des normativités de plus en plus prégnantes. ■

# Le social comme face cachée de la médecine

Si les soignants étudiaient la sociologie, y aurait-il moins d'inégalités sociales de santé ? De quel silence, et de quel blocage sont-elles entourées ? Un sociologue plaide pour que les médecins intéressés par la question s'emparent des outils de sociologie.

■ Pierre Aiach, sociologue

Pourquoi la sociologie et la médecine se préoccupent-elles si peu des inégalités sociales de santé, sujet qui les concerne pourtant de près ? En France, il n'y a pas de politique de lutte contre les inégalités sociales de santé, qui sont pourtant très fortes, supérieures à la moyenne des pays européens. Il n'en est même pas question en terme d'actions précises dans les différents plans (plan Mattei 2002, plan Cancer en 2004). Dans ce dernier, la seule référence est la mention de la lutte contre les cancers professionnels. Mais quand on regarde les mesures concrètes, il n'y a plus grand-chose. Si l'on prend l'exemple des cancers, qui sont au centre des inégalités sociales de santé, nous avons les taux de cancer parmi les plus élevés d'Europe, en particulier dans le Nord-Pas de Calais. Ainsi, le rapport entre cadres et ouvriers est de un à onze pour le cancer des VADS (voies aérodigestives supérieures). Pourquoi ? La question n'est pas posée. C'est une question de volonté politique de s'attaquer à cela. On se focalise sur « la prévention », on se situe du côté de la responsabilité individuelle face aux comportements à risque. Cette conception sous-tend les priorités gouvernementales en santé publique.

Le recours aux catégories « manuels/non manuels » fait apparaître une très grande inégalité face aux cancers en Europe, et en France encore davantage. Les facteurs de risque professionnels sont censés concerner entre 3 et 5 % des

cancers, alors que des études et enquêtes (notamment aux Etats-Unis) montrent que ça peut aller jusqu'à 15 ou 20 %. Cette pathologie est le plus souvent liée à plusieurs facteurs. Les cancers des voies digestives, par exemple : on parle de l'influence de la consommation de tabac et d'alcool, mais on ne souligne jamais la manière dont les effets liés à ces consommations se combinent et se cumulent avec un risque professionnel.

J'ai fait un calcul à partir des cancers des VADS associés aux cirrhoses, on voit alors que l'explication par l'alcoolisme ne rend compte que de 10 à 15 % au mieux du différentiel social de mortalité entre les France et les autres pays européens entre « manuels » et « non manuels ». Quand certains scientifiques répètent à l'envie que l'alcoolisme explique ces différences alors que ce n'est pas fondé, ils semblent être sous l'emprise d'une forme d'idéologie. Ils reprennent à leur compte une vieille thématique selon laquelle si on diminue l'alcoolisme dans notre pays, on va diminuer

Pierre Aiach est chercheur au centre de recherche sur la santé, le social et le politique (GRESF), Faculté de médecine de Bobigny, Université Paris XIII, 74 rue Marcel Cachin, 93017 Bobigny.

.../...

« Face aux cancers, le rapport de mortalité pour les hommes de 25/54 ans, en 1987-93, entre cadres supérieurs/professions libérales et ouvriers/employés, était de 3,4. Pourquoi ? C'est une question de volonté politique de s'attaquer à cela. »

les inégalités sociales. Or ces dernières sont structurelles, elles sont liées à la façon dont fonctionne notre société. Si le plus souvent ces scientifiques ne sont pas sociologues, il faut reconnaître que les sociologues eux-mêmes s'intéressent peu à cette problématique symboliquement peu gratifiante. Il y a finalement eu assez peu de recherches sur le sujet en France. Dernièrement, j'ai essayé de montrer que deux phénomènes jouaient en cette matière, un effet d'amplification et un effet d'appropriation sociale.

On ne tient pas compte des effets multiplicateurs. Les effets liés à des facteurs de risque tels que l'alcool, le tabac, l'alimentation, le travail, ne s'additionnent pas, mais se multiplient : cela peut s'expliquer du fait d'une vulnérabilité acquise tout au long de la vie en société. Il y a, en quelque sorte, une usure qui entraîne une vulnérabilité sociale et biologique ; cela produit des effets qui entrent en synergie les uns avec les autres, et ont des conséquences plus importantes que ce qui apparaît dans des calculs de type épidémiologique. Cela crée des événements qui produisent des effets en chaîne. Il y a un effet multiplicateur aussi du fait des relations entre le social et le biologique. Il faut avancer sur ces questions en formulant des hypothèses qui se situent dans cette optique. Le deuxième facteur, c'est la disposition socialement différenciée à l'appropriation de certains bénéfices potentiels. Il y a des disparités en fonction du capital culturel et des réseaux sociaux dont disposent les individus : ils vont ou non pouvoir et savoir s'approprier des améliorations dues à des innovations thérapeutiques ou à des comportements qui diminuent le risque de maladie. Il y a des gains réels, notamment pour les maladies cardiovasculaires ; gains dont bénéficient toutes les catégories sociales, mais surtout les catégories supérieures. Réduire les inégalités par la prévention, sauf exception, c'est un leurre. Il peut arriver qu'il y ait un rattrapage, comme on pourrait l'envisager à propos du cancer du col de l'utérus. Ici aussi, il y a une question de continuum, la survie après diagnostic n'est pas du tout la même selon la catégorie sociale. Plus la survie moyenne est longue, plus l'écart social est grand.

Dans ce contexte, que puis-je dire de la nécessité d'enseigner les sciences humaines et sociales en médecine ? Cet enseignement est devenu obligatoire, certes, mais cela ne doit pas empêcher de

réfléchir aux paradoxes que cette question soulève tant du côté de la médecine que de la sociologie.

La médecine générale n'est pas une science, c'est un art, une pratique qui utilise des savoirs scientifiques acquis lors des études principalement. Pour un certain nombre de médecins et de chercheurs, tout se passe comme si la médecine générale était une discipline scientifique à part entière. Il résulte que pour des raisons liées aux savoirs acquis lors des études, la recherche en médecine générale tourne autour de la recherche clinique et épidémiologique descriptive. Le social, quand il est abordé, l'est avec des outils qui émanent des disciplines les plus en phase avec la formation reçue.

Bourdieu disait que « la sociologie est un sport de combat ». Pour lui, c'est un sport de combat, en ce sens qu'elle est amenée à se défendre et qu'elle doit sans cesse se défendre, parce qu'elle est très dérangeante, remettant en question les idées reçues, et parfois des choses qui ont un poids symbolique important. Si un sociologue travaille sur la médecine, et met en évidence la façon dont elle fonctionne, ça peut ne pas plaire à tout le monde. C'est une science critique, dérangeante et pas très optimiste. Elle dévoile la face cachée, souvent noire et triste des choses de la vie en société.

La sociologie pourrait étudier ce qui ne va pas en médecine, entre l'ensemble des acteurs du système de santé. Sur le plan politique, il serait important de mettre en évidence les injustices sociales. Mais pour cela, il faut au départ en ressentir l'intérêt. Est-ce l'origine sociale des étudiants en médecine qui explique le peu d'intérêt pour ces questions ? Est-ce qu'une formation en sociologie aiderait les soignants à envisager un changement dans leur pratique ? Pour améliorer les pratiques des soignants, la diminution du poids des contraintes financières et administratives me semble avoir davantage d'influence que la transmission de savoirs en sciences sociales. Pour être franc, je crois davantage à la recherche émanant des médecins eux-mêmes, avec des outils théoriques et méthodologiques venant des sciences sociales, qu'à un enseignement de quelques heures assuré par des enseignants qui le plus souvent ne sont pas des sociologues. ■

Propos recueillis par **Dominique Pélegrin**  
et **Elisabeth Maurel-Arrighi**

#### Bibliographie

- Revue *Santé, société et solidarité*, « Les inégalités sociales de santé » revue de l'Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité, 2002.
- Aïach P., Fassin D., (sous la direction de) « Les inégalités sociales de santé », *La Revue du praticien*, n° spécial du 30 décembre 2004.
- Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T., *Les inégalités sociales de santé*, La Découverte, Paris 2000.

# Le plaisir de savoir

■ Elisabeth Maurel-Arrighi, médecin généraliste

Quand j'ai appris que chez les Indiens mohaves d'Amérique du Nord, le modèle de la séduction, c'est celui des femmes ménopausées, plus indulgentes, sages, épanouies, et que c'est vers elles que se tournent de jeunes amants, cela m'a fait plaisir à moi en tant que femme qui n'a plus 20 ans. En plus, cela m'aide en tant que médecin en consultation lorsque j'écoute des femmes parler de la quête difficile de l'amour. Je le raconte souvent à mes patientes, mais de toutes façons, même silencieux, je crois que ce savoir leur est utile. Dans la mesure où il a transformé ma façon de voir et d'écouter, il est devenu un outil sur lequel l'autre peut prendre appui. —

# Quelles sciences humaines ?

■ Martine Lalande, médecin généraliste

J'ai commencé mes études il y a trente ans, je voulais être médecin généraliste. À la fac, un vague cours de psycho où les homosexuels étaient nommés « déviants », puis des stages à l'hôpital où personne ne nous apprenait à toucher les patients. Nous cherchions... une conférence au Quartier Latin avec Jean Carpentier parlant du transfert de l'angoisse du patient au médecin, les réunions d'un groupe femmes, des discussions politiques avec les copains, l'esprit critique vis-à-vis des patrons et des labos... En parallèle, un travail d'aide-soignante puis d'infirmière où j'ai appris à entrer en contact avec les personnes malades, enfin un stage dans un centre d'IVG où l'on écoutait vraiment les femmes, puis chez un médecin généraliste plein d'humour et d'expérience et qui aimait les gens... Ensuite, l'expérience de la douleur et la psychanalyse, et je me sens presque capable d'être médecin généraliste, ce que je fais depuis vingt ans... Fallait-il plus de cours de sciences humaines (sûrement), plus d'expériences en situation, plus de compagnonnage... ? Pour pouvoir exercer sereinement ce métier, et vouloir en transmettre le goût... —

# Postier syndicaliste

■ Gilles Pannetier, postier syndicaliste

Postier, je suis délégué syndical dans un centre de tri depuis vingt ans. Je lis le dernier livre d'Alain Testart, archéologue ethnologue sociologue : *Éléments de classification des sociétés* (Éditions Errance). Cet essai d'anthropologie sociale décrit différentes sociétés à travers le temps et le monde. Entre les sociétés des chasseurs-cueilleurs et nos sociétés riches, il présente un monde intermédiaire. Celui des sociétés avec stockage, sans propriété des moyens de production, où l'organisation politique balbutie la création d'un État avec « le prix de la fiancée » comme fil conducteur... Les sociétés les plus complexes ne sont pas celles que l'on pense ! En lisant ses livres, j'ai l'impression de trouver ce qui me manquait depuis trente ans : un auteur qui cherche l'origine des inégalités sociales ! Ces lectures me sont utiles : on ne combat bien que ce que l'on connaît bien. Dans une réunion, un médecin du Syndicat de la Médecine Générale regrettait de devoir prescrire des antidépresseurs à ses patients souffrant de difficultés sociales : il aurait préféré prescrire du syndicalisme ! Mais ce n'est pas encore remboursé par la Sécu... Militant syndical, je suis peut-être moi aussi un soignant de la santé sociale : je m'occupe des conditions de travail de mes collègues et de notre service public amputé... —

# Du bon usage de la sociologie

Dans un univers de béton et de mal-être, la rencontre avec des sociologues de terrain a permis à des généralistes d'analyser leurs pratiques, et de trouver des solutions associatives.

**Didier Ménard**, médecin généraliste à Saint-Denis

## De la médecine générale dans une cité

Il y a 30 ans, deux jeunes médecins décidaient d'exercer la médecine générale au cœur d'une cité de la banlieue parisienne, avec l'envie de mettre en pratique des idées nouvelles fleurissant au sein des mouvements alternatifs et portées par le Syndicat de la Médecine Générale.

Première idée : travailler en groupe dans une « association de fait » égalitaire. Pas de concurrence, chacun participe au projet en travaillant le même temps et en partageant les bénéfices (la « masse commune »). Les dossiers des malades sont communs, la pratique de la médecine est semblable, les gens choisissent la philosophie du cabinet médical plus que la personnalité de l'un ou de l'autre médecin, même si le choix du médecin reste possible, en étant informé du fonctionnement du cabinet. Ce fut fait, malgré l'opposition de l'Ordre des médecins et le scepticisme suscité par ce projet dans la communauté médicale, les deux médecins tinrent bon et s'associèrent une troisième personne, à la fois secrétaire, assistante, conseillère des malades...

Deuxième idée : rompre avec le dogme enseigné à l'université selon lequel le malade doit s'adapter au médecin, qui a le savoir et agit forcément pour le bien du malade. Inversant ce dogme, pour agir pour le bien du malade, nous décidâmes plutôt de nous adapter à ses réalités. Le cabinet médical recevant une population de trente cinq ethnies différentes, sans être ethnologues ni anthropologues, nous sentions bien que nous allions devoir

tenir compte de ces éléments ethnologiques dans notre exercice. Ce ne fut pas un obstacle, mais une nécessité gratifiante dès que nous avons laissé au vestiaire nos préjugés, et les représentations modélisées par notre formation. Tout cela se réalisait dans l'évolution terriblement difficile des grands ensembles de la banlieue parisienne. La crise économique frappait de plein fouet et le chômage se développait de façon catastrophique. L'impact des facteurs sociaux et de la misère économique amplifiait le bouleversement culturel à l'œuvre au sein des communautés issues de l'immigration, modifiant constamment les repères culturels entre les générations. Vivre dans cet univers de béton est en soi une difficulté qui, associée au reste, fait le terreau du mal vivre et du mal être.

La troisième idée fut de croire que si l'exercice de la médecine générale est un art spécifique, il ne peut être solitaire et que face à l'adversité, il fallait travailler avec les autres acteurs de la médecine et aussi, vu la situation, avec les acteurs sociaux.

Étant tous professionnels agissant dans le même environnement, nous devons appliquer les mêmes options que pour l'exercice médical. Pas de concurrence entre les structures, chacun devait ramer dans le même sens. D'où le développement d'un partenariat avec l'autre cabinet médical de la cité, avec les paramédicaux, le service social, la PMI... Pourtant, construire des pratiques coopératives ne fut pas aisé, tant l'individualisme est présent dans la culture du soin.

La quatrième idée se révéla après quelques années d'exercice, sur le constat des difficultés de la mise en œuvre de l'exercice de cette médecine générale au plus près des réalités sociales. Notre dispositif avait de nombreux trous, et

« Les institutions peinent toujours à comprendre que la santé est une œuvre transversale qui associe le médical, le social, la prévention et l'éducation. »

nous faisons constamment le grand écart entre ce qu'il était souhaitable de faire et ce qu'il était possible de faire. Nous y étions plus ou moins résignés quand arrivèrent dans la cité des sociologues et des médecins de santé publique.

#### Une sociologie de terrain, la recherche-action

La municipalité de Saint-Denis leur avait confié la mission de faire un diagnostic sur l'état de santé de la population de la cité en vue de proposer des « pistes » pour construire des solutions. Ce sont des gens curieux, les chercheurs. Ceux-là étaient venus pour chercher, pour comprendre, et pour agir. Ils s'installèrent deux ans dans la cité et conduisirent une « recherche-action ».

La méthode était un peu hésitante, mais il fut vite établi que chacun aurait la parole : les soignants, les institutions, les acteurs sociaux, et la population. En 1986, cette démarche participative était une innovation, fortement suspectée d'utopie. C'était prendre le risque de confronter à la réalité une pensée élaborée dans le confort des certitudes théoriques. Monsieur Bourdieu étant passé par là, ces sociologues et médecin de santé publique<sup>1</sup> relevèrent le défi lancé par la ville qui innovait elle aussi, prenant le risque d'être obligée d'agir.

Très rapidement, ces chercheurs s'intéressèrent à notre cabinet médical et à la nature de ce que nous y faisons. Après avoir analysé nos pratiques à partir de ce qu'en disaient les autres acteurs du soin, du social, et de la population, ils sont venus vers nous en nous demandant de prendre du recul, et de leur expliquer pourquoi nous pratiquions ainsi la médecine générale. Comme nous avions le nez dans le guidon, nous nous sommes d'abord méfiés, quelle légitimité avaient-ils pour nous demander cela ? Où était le piège, qu'avions-nous à gagner, n'y avait-il pas derrière cette recherche la volonté de nous imposer une structure de soins municipale ? Puis, nous nous sommes aperçus qu'ils étaient sincères et qu'ils pouvaient nous aider à résoudre nos problèmes. Au cours de longues soirées nous débattions ensemble, chercheurs, municipalité, acteurs du soin de la ville, de l'hôpital, du secteur social, de l'éducation nationale, du centre médico-psychologique, de la PMI et des habitants de la cité, de tout ce qui concernait l'état de santé de la population. Des groupes furent constitués : santé des jeunes, suivi des grossesses, mal-être, place des soignants... Avec toujours pour finalité des propositions sur ce qu'il serait bon de faire. Sur chaque thème, la médecine générale avait son mot à dire.

.../...



## « Construire des pratiques coopératives n'a pas été facile, tant l'individualisme règne dans la culture des soignants »

### De nouvelles associations pour concrétiser d'autres pratiques professionnelles

Au terme de l'enquête, il y eut un diagnostic et des propositions. La démarche avait été collective, le partage des savoirs réel et sincère avec les sociologues et les médecins de santé publique, nous avons pu engager avec espoir le changement des pratiques professionnelles. Ce qui a donné lieu à la création d'un des premiers réseaux de soins en France : le réseau VIH 93 Ouest autour de la lutte contre le Sida et la toxicomanie. Nous avons participé dès le début à la politique de réduction des risques, aux consultations anonymes et gratuites, à la prévention dans les collèges, au lycée... Le réseau a été initié entre acteurs de la santé, comme outil pour relever des défis de santé publique, et aussi comme outil de transformation des pratiques professionnelles. Plus encore, nous avons osé nous lancer, au sein de l'Association Communautaire Santé-Bien-Être, dans la création d'un dispositif d'adultes relais. Le travail des sociologues nous a aidés, nous professionnels du soin, à nous engager dans la construction d'outils permettant de sortir du grand écart entre ce qu'il est souhaitable de faire et ce qu'il est possible de faire. En rendant ce possible abordable, par l'innovation, la transformation des pratiques et des cultures, par de nouvelles collaborations coopératives, par un nouveau regard sur l'existant, ils nous ont permis de concrétiser ce que nous avons perçu dans le travail au cabinet médical, à savoir qu'il existe au sein de la cité les richesses, les savoir-faire et les savoir-être qui nous sont utiles dans l'exercice de notre métier. Il fallait oser le conceptualiser, avant de le faire vivre.

Aujourd'hui, l'association emploie onze personnes, issues pour la plupart des cités. Le travail des habitants-relais permet aux médecins généralistes de trouver des solutions vis-à-vis des problématiques sociales qui viennent interférer avec la maladie, la rendant plus difficile à soigner. Très souvent dans ces quartiers, la problématique sociale, culturelle, psychologique est partie prenante de la maladie, elle peut être cause de la

pathologie, ou en être un facteur aggravant. Pour proposer un projet thérapeutique, le médecin doit tenir compte de cette réalité. Mais il n'est plus dans son domaine de compétence pour résoudre ces problèmes. Soit il essaie seul, et il est alors débordé par la complexité de la situation, soit il ignore la situation et la masque par la prescription médicamenteuse. C'est pour sortir de cette contradiction que nous faisons appel aux habitants-relais. Ceux-ci établissent un diagnostic de la problématique sociale ou culturelle, puis en accord avec le médecin définissent un accompagnement de la personne pour lui permettre de participer à la résolution du problème. Ce qui permet de rendre faisable le projet thérapeutique proposé par le médecin. Plus la situation est grave et complexe, plus c'est difficile et le succès n'est pas toujours au rendez-vous. Mais le seul fait de travailler ensemble, soignants, habitants-relais, et malade, a déjà une vertu thérapeutique. Ainsi, chaque jour nos correspondants de proximité nous aident à mieux exercer la médecine générale dans cette approche médico-psycho-sociale. Ce n'est pas simple, car il faut trouver l'argent des salaires de ces habitants-relais. Les institutions qui financent, notamment l'Assurance maladie, peinent toujours à comprendre que la santé est une œuvre transversale qui associe le médical, le social, la prévention et l'éducation, et que le réseau réalise le décloisonnement des pratiques, que l'on y travaille pour un projet commun et non pour défendre les intérêts des uns ou des autres. Le plus difficile reste les transformations culturelles. Mais il est plus facile de s'y atteler quand on a appris à conceptualiser sa pratique professionnelle. C'est cet apprentissage que nous devons aux sociologues. ■

1. L'équipe de sociologues appartient au département de sociologie de l'université Paris VIII, elle était dirigée par Michel Joubert, avec Fernando Bertolotto, Patricia Bouhnik ; l'équipe de Santé publique appartenait au département de santé publique du CHU de Bobigny qui est toujours dirigé par le professeur Antoine Lazarus. Ils ont publié chez L'Harmattan, *Un Quartier en Santé*, qui relate cette recherche-action.



# Refus de soins

■ Marie Kayser, médecin généraliste

**Un scandale qui dure : le refus par certains médecins des patients bénéficiaires de la CMU complémentaire.**

L'enquête du Fonds CMU publiée en juin 2006 a montré que le taux de refus des patients bénéficiaires de la CMU complémentaire était de 14 % pour l'ensemble des médecins : de 1,6 % pour les généralistes de secteur 1, à 49 % chez les spécialistes de secteur 2.

La Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité (HALDE), saisie par le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) et le Collectif des Médecins Généralistes pour l'Accès aux Soins (CoMéGAS), a confirmé que ces refus étaient illégaux ; le droit de tous à la protection de la santé est garanti par la Constitution. Ce n'est pas la première fois que des enquêtes et rapports montrent la fréquence des refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU, et plus encore à ceux de l'Aide Médicale d'Etat. Ni le ministère, ni les Caisses d'Assurance maladie, ni l'Ordre des médecins ne s'en étaient émus.

Cette fois-ci, le ministère de la Santé a été obligé d'annoncer des mesures : information des bénéficiaires de la CMU sur leurs droits, incitation à prendre un médecin traitant, remboursement intégral du médecin même hors parcours de soin, possibilité de saisine de l'Ordre par les associations en cas de refus de soins, sollicitation de l'Ordre pour qu'il applique les sanctions existantes. Le principe de sanctions financières pourtant préconisé dans le rapport Chadelat, que le ministère avait commandité, n'a pas été retenu.

Ces mesures sont très insuffisantes pour faire cesser le scandale des refus de soins.

**Analyser les causes des refus de soins est indispensable si on veut y remédier.**

Les refus de soins se font sur des motifs financiers : les spécialistes de secteur 2 sont ceux qui refusent le plus les patients en CMU, pour lesquels ils n'ont pas le droit de pratiquer des dépassements d'honoraires. Mais l'enquête du fond CMU a mis en évidence d'autres déterminants chez les soignants : vécu de la CMU comme un mécanisme d'assistance et non comme un droit ; représentations sur les patients bénéficiaires de la CMU (clochards, profiteurs...) en complet décalage avec la réalité. Pour que les soignants puissent prendre en charge correctement les patients les plus en difficultés financières, il faut qu'ils soient formés à la prise en charge bio-psycho-sociale des populations en situation de précarité et que la formation initiale et continue intègre des modules sur les déterminants socioculturels de la santé.

**L'accès aux soins est remis en cause par la politique de baisse des remboursements et d'autorisation des dépassements d'honoraires.**

La mise en place de la CMU en 2000 a accordé un régime particulier aux citoyens aux revenus les plus faibles : prise en charge à 100 % avec la CMU complémentaire (gratuite pour eux) et tiers payant. Ceux qui n'en bénéficient pas sont confrontés à la nécessité de se payer une couverture complémentaire pour pouvoir accéder aux soins ; le coût des complémentaires augmente avec la baisse de la prise en charge des soins par l'Assurance maladie. L'aide à la mutualisation pour ceux qui sont juste au dessus du seuil de la CMU est un échec puisqu'à peine une personne sur 4 en a bénéficié en 2006. Les patients se heurtent aux dépassements d'honoraires dont l'importance a augmenté depuis dix ans. Le droit aux dépassements risque de s'étendre puisque les spécialistes, chirurgiens en tête, avec l'aval du gouvernement, réclament actuellement la mise en place d'un secteur « optionnel » permettant à tous de faire des dépassements tarifaires. C'est tout l'enjeu des négociations qui se mènent actuellement entre syndicats de médecins, caisses et complémentaires. Le droit à dépassement serait alors sûrement revendiqué par toutes les spécialités, y compris la médecine générale. Ce serait la fin des tarifs opposables. ■

# Non à une société sécuritaire

■ Elisabeth Maurel-Arrighi et Martine Lalande, médecins généralistes

Des choix législatifs sécuritaires qui remettent radicalement en cause le soin, voilà ce que dénoncent des soignants et des travailleurs sociaux qui appellent les citoyens à se mobiliser.

« Dans un tel contexte, l'espace du soin perd son caractère sacré au regard du secret professionnel. »

Projets de loi après projets de loi, c'est toute la société qui, peu à peu, change de visage. Des éducateurs sont sommés de rompre le secret professionnel et de dénoncer les personnes dont ils s'occupent au maire. Des salles d'attente hospitalières ou des écoles ont même été des lieux d'arrestation pour des étrangers sans papiers. Des enfants en difficulté sont étiquetés et stigmatisés comme prédélinquants. Le numéro de Sécurité sociale pourrait être croisé avec celui d'autres organismes sociaux, photo à l'appui. Les personnes qui voudront des soins seraient alors susceptibles d'être retrouvées par la police ou les impôts. Le secret n'existera plus, à terme. Dans un tel contexte, l'espace du soin perd son caractère sacré au regard du secret professionnel.

Des lois ont déjà été votées, d'autres sont en passe de l'être. Pendant que l'Inserm sortait un rapport faisant l'amalgame entre difficultés sociales et prédélinquance, un mouvement de protestation composé de soignants et de travailleurs sociaux s'est constitué pour alerter les citoyens et empêcher la transformation sécuritaire de la société. À partir de leur métier, des professionnels sortent de leurs revendications corporatistes, refusent d'être instrumentalisés comme agents du contrôle social, se rassemblent pour défendre le respect de la liberté et des droits.

Plusieurs pétitions circulent pour résister à cette évolution sécuritaire

La loi dite de « prévention de la délinquance » propose d'aggraver la répression pénale, alors qu'il faudrait au contraire renforcer les mesures préventives dans les domaines de l'éducation, de l'action sociale, de la santé. Contre ce projet de loi, un collectif « Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans » s'était constitué et a impulsé un débat scientifique et de société qui a porté ses fruits. Face à l'ampleur du mouvement, l'Inserm a dû faire son « mea culpa » et a annoncé une

refonte de ses méthodes d'expertise. Ce revirement n'a pas empêché le vote de la loi le 5 décembre 2006 par l'Assemblée nationale. Le Collectif<sup>1</sup> continue et dénonce les initiatives de fichage d'enfants en difficulté qui pervertissent les pratiques de prévention. Il appelle à la vigilance dans le domaine de la santé psychique de l'enfant et de la prévention.

Au-delà du soin et du travail social, une autre pétition<sup>2</sup> rassemble des collectifs locaux, collectifs anti-délation, collectifs de travailleurs sociaux contre le secret partagé du projet de loi de prévention de la délinquance, collectifs contre les violences policières, contre la vidéosurveillance, collectifs de défense des étrangers... Ils appellent à résister contre le contrôle social généralisé, qui suppose le rejet des plus faibles.

Plus insidieusement, sous couvert d'une simple modification technique, il a été proposé au Parlement d'autoriser l'interconnexion de tous les fichiers sociaux au moyen du numéro de Sécurité sociale (NIR). Un amendement propose même d'utiliser ce numéro pour accéder au Dossier Médical Personnel (DMP) des 60 millions de personnes concernées. Les conséquences possibles sur la vie privée de ce viol des données de santé personnelles remettent en cause les principes de la loi Informatique et libertés. Faut-il rappeler combien les données personnelles de santé sont un enjeu majeur pour les assurances, banques, employeurs... ? La Ligue des Droits de l'Homme et le collectif DELIS invitent à signer une pétition<sup>3</sup>.

Des soignants, des travailleurs sociaux, des usagers sont inquiets. Est-ce que notre société saura réagir ? ■

1. La prévention prise en otage – La répression à tous les étages  
<http://www.mairesherif-nonmerci.org/petition/index.php?petition=2>  
 2. Appel à l'insurrection des consciences – Résistons au contrôle social  
<http://www.insurrectiondesconsciences.org/?petition=1>  
 3. Ma vie privée sur la place publique, jamais ! – Pas touche à mon numéro de Sécu  
[http://www.ldh-france.org/actu\\_derniereheure.cfm?idactu=1365](http://www.ldh-france.org/actu_derniereheure.cfm?idactu=1365)

# Coup d'arrêt aux programmes « d'aide à l'observance »

■ Marie Kayser, médecin généraliste

Voté par les députés le 11 janvier 2007, l'article 29 qui autorisait les firmes pharmaceutiques à relancer chez eux les patients a dû être supprimé par le ministre avant le vote de la loi au Sénat, le 24 janvier 2007.

**L**e 11 janvier, l'Assemblée nationale avait voté le projet de loi transposant en droit français une Directive européenne sur le médicament. Le Collectif Europe et Médicament avait lancé l'alerte sur le caractère incomplet de la transposition et sur l'introduction, par l'article 29, d'une disposition ne figurant pas dans la Directive européenne : les programmes industriels « d'aide à l'observance ».

De nombreux amendements votés par les députés ont permis de réintroduire des points importants de la Directive : possibilité de retirer du marché des médicaments en raison d'une balance bénéfice-risque défavorable et plus grande transparence sur les travaux et les différentes instances de l'Agence française du médicament.

**Mais l'article 29 avait été adopté à la majorité des vingt-trois députés présents** : il autorise le gouvernement à prendre une ordonnance « pour régir les programmes d'accompagnement des patients soumis à des traitements médicamenteux lorsque ces programmes sont financés par les établissements pharmaceutiques... ». Dans ces programmes, le laboratoire intervient auprès des malades par contact téléphonique ou visite à domicile pour les inciter à bien prendre leurs médicaments. Ces programmes sont pratiqués à grande échelle aux États-Unis. En France, ils commencent à se mettre en place, dans le cadre de pathologies chroniques, en dehors de tout contexte réglementaire.

L'adoption de l'article 29 s'était faite sans débat de fond et sur des affirmations inexactes. Il s'agissait d'autoriser

le gouvernement à prendre une ordonnance et non de débattre de son contenu ; le gouvernement a introduit in extremis un amendement qui ne change rien sur le fond : les firmes doivent demander l'autorisation à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ; les programmes doivent être dispensés par un prestataire, mais celui-ci sera payé par la firme. Le ministre de la Santé a laissé croire que ces programmes étaient exigés par l'Autorisation de Mise sur le Marché européenne et donc qu'on ne pouvait pas les interdire en France, ce qui est faux.

**Ces programmes sont une forme de publicité directe des firmes auprès des patients.** Pour pouvoir bien prendre en charge une pathologie chronique, le patient doit posséder des connaissances sur celle-ci et sur ses traitements médicamenteux ou non. Cette formation-information devrait être réalisée par plusieurs canaux : le médecin, le pharmacien, les associations de patients indépendantes, les réseaux de santé. Un laboratoire pharmaceutique qui a pour but de vendre son propre médicament ne peut être juge et partie et prétendre au rôle de conseiller indépendant. L'industrie pharmaceutique affirme clairement son but dans des documents internes où elle envisage les stratégies pour lutter contre la mauvaise observance ; celle-ci lui causant au niveau mondial une perte de trente milliards de dollars par an.

**En votant ces programmes « d'aide à l'observance », les députés français allaient à l'encontre du vote des députés européens.** Ceux-ci, en 2004, ont fait

échec à la volonté de la Commission européenne d'autoriser la publicité directe auprès du public pour les médicaments de prescription.

Ils allaient aussi à l'encontre de tous ceux : professionnels du soin, associations de patients, de consommateurs, organismes mutualistes, sociétés savantes... qui se sont mobilisés contre cette forme déguisée de publicité de la part de l'industrie pharmaceutique, immixtion supplémentaire dans le soin venant s'ajouter à son influence dans la formation et l'information des médecins.

**Devant cette mobilisation, le ministre de la Santé a dû céder : le 24 janvier, au cours du débat de la loi au Sénat, il a annoncé que l'article 29 était supprimé.**

La suppression de l'article 29 est une victoire pour tous ceux qui ont à cœur l'indépendance du soin, mais il faut qu'elle s'accompagne de l'arrêt des programmes « d'aide à l'observance » déjà mis en place en France hors de tout cadre légal. Par ailleurs, les articles de loi votés ne sont pas garants de la transparence des travaux des commissions de mise sur le marché des médicaments, en particulier en ce qui concerne les conflits d'intérêt des experts. Enfin, l'emprise de l'industrie pharmaceutique reste majeure sur la formation et l'information des soignants. ■

Pour plus d'informations sur ces programmes consulter le dossier complet du Collectif Europe et Médicament sur le site : [www.prescrire.org](http://www.prescrire.org)

# Sauver la formation du généraliste

■ Marie Kayser, médecin généraliste

Retour sur la mobilisation actuelle des médecins généralistes enseignants et des internes en médecine.

Depuis plus de 25 ans, les médecins généralistes enseignants travaillent pour que les futurs généralistes aient une formation théorique et pratique adaptée à la spécificité du métier. Des propositions ont été faites par le Collège National des Généralistes Enseignants : stage obligatoire chez le praticien dès le 2<sup>e</sup> cycle, revalorisation du statut des enseignants cliniciens ambulatoires auprès desquels ont lieu les stages de 3<sup>e</sup> cycle, augmentation du nombre d'enseignants associés responsables de formation, titularisation d'enseignants associés dans le cadre de la filière universitaire de médecine générale.

La titularisation est la revendication dont les enjeux sont les plus importants : pour la première fois en septembre 2007, les internes en médecine générale pourront postuler aux fonctions de chef de clinique, comme dans toutes les autres spécialités. Ces chefs de clinique ne pourront légalement exercer leur activité de soin hors hôpital, qu'auprès de généralistes enseignants titularisés, dans des cabinets médicaux devenus « centres de santé universitaires ». Sinon, ils seront des soignants hospitaliers et pourtant, ce sont eux qui formeront les futurs généralistes, alors qu'ils n'auront jamais pratiqué ce métier ce qui serait un recul inacceptable. D'autre part, si des « centres de santé universitaires » ou des « maisons de santé de proximité » voient le jour, ces structures seront composées de médecins généralistes universitaires et non universitaires, de chefs de cliniques, d'internes, d'externes, de professionnels de santé non médecins. Les rémunérations seront pour une partie versées sous forme de salariat pour des activités de soin, de recherche, de prévention et d'enseignement. Ces lieux seront forcément exemplaires pour la médecine générale et les soins primaires et contribueront à la remise en cause du dogme actuel de la rémunération à l'acte.

La situation de blocage n'est pas fortuite. Comment expliquer que, depuis presque trois ans, le

gouvernement bloque toute négociation sur la mise en place de la filière de médecine générale ? Qu'il ait laissé perdre, en trois ans, 2 000 postes d'internes en médecine générale ? Qu'il n'ait pas réagi à la baisse majeure du nombre de généralistes, alors que la densité de généralistes en France est l'une des plus faibles d'Europe ? Sans parler du protocole d'accord conventionnel de 2004 qui « bureaucratise » la pratique de la médecine générale et limite l'accès aux soins d'une partie de la population. Tout ceci caractérise une politique qui méprise le réseau de soins primaires pourtant reconnu unanimement comme un facteur essentiel de santé publique.

C'est devant ce blocage qu'un mouvement de grève a démarré le 9 novembre, à l'appel du Syndicat National des Enseignants en Médecine Générale : cessation des activités d'enseignement et d'encadrement des internes et des étudiants. Mouvement soutenu par les internes en médecine générale et leur syndicat l'ISNAR IMG.

La manifestation commune du 7 décembre a permis d'obtenir une réunion avec les ministères de la Santé et de l'Éducation nationale le 11 janvier. Des engagements ont été obtenus : le principe de la titularisation d'enseignants généralistes semble acquis ainsi que l'activité en ambulatoire des futurs chefs de clinique, la mise en place du stage en 2<sup>e</sup> cycle est actée, le nombre d'enseignants associés va être augmenté. Mais ces acquis sont fragiles et incomplets : pas de revalorisation du statut des enseignants maîtres de stage, faible nombre de titularisations.

La mobilisation des enseignants en médecine générale et des étudiants va se poursuivre. Mais, si le devenir de la médecine générale et du système de soin et de santé concerne les soignants en exercice et en formation, il concerne aussi tous les citoyens : par qui seront-ils soignés demain ? Comment auront-ils accès aux soins ? ■

# À force de crier au loup...

Denis Labayle, médecin et écrivain

La grippe aviaire était une catastrophe annoncée. Du jour au lendemain, elle a disparu des préoccupations. Qu'est-ce que cela veut dire ?



Elle était là, chez nous, dès demain, un peu partout. Pendant des mois, la grippe aviaire a fait la une du journal télévisé. Une vraie déferlante. Tout le monde en parlait comme d'une catastrophe annoncée. Un professeur en pneumologie annonçait même le résultat de son passage dans le titre de son livre : 500 000 morts. Conseillée par des « experts », la Direction générale de la Santé ordonnait aux hôpitaux de s'équiper en masques de protection. Plusieurs dizaines de millions de masques ont ainsi été achetés pour le grand bonheur du fabricant. Dix mois plus tard, force est de constater que le cataclysme n'a pas eu lieu. Tant mieux ! me dira-t-on. Pour une fois que les pouvoirs publics adoptent une politique préventive en matière de santé, on ne va pas s'en plaindre ! On pourra m'objecter aussi que l'avenir reste incertain, et qu'une résurgence du virus ou sa mutation reste une éventualité possible.

Peut-être, mais, néanmoins, ce qui s'est passé justifie un moment de réflexion. La gestion de cette crise est-elle le résultat d'une vraie politique de médecine préventive, un bluff médiatique ou autre chose ? Pourquoi le problème a-t-il soudainement disparu de l'actualité dès que les médias l'ont décidé ? Comme cela, du jour au lendemain ! Il a suffi que le Contrat Première Embauche remplisse les rues de manifestants, que le gouvernement vacille, pour que le virus diabolique disparaisse. Plus un mot, plus un article. Disparue la panique orchestrée, envolées les prophéties apocalyptiques. À cause d'une réforme perfide, le virus a perdu la vedette. Alors de deux choses l'une : ou le danger était réel et, dans ce cas, qu'est-il devenu et pourquoi ce silence ? Ou cette mise en conditions n'était qu'une mascarade médiatique de plus, pour faire peur au peuple, l'amener à rester un peu plus devant sa télé afin de lui vendre du Coca-cola...

L'une et l'autre de ces hypothèses correspondent à des manipulations de l'opinion publique qui ne sont pas sans conséquence. À force de crier au loup sans raison, on finit par démobiliser les citoyens, et le jour où le danger deviendra réel, plus personne n'y croira.

Mais il y a peut-être plus grave : cette culture médiatique de la catastrophe annoncée n'est pas neutre. N'entre-t-elle pas dans une stratégie plus générale destinée à instiller un sentiment de peur dans la population ? Peur de l'épidémie virale comme celle des attentats, comme celle des banlieues ou de l'immigré ou de l'autre...

Grâce à la peur, un certain pouvoir, adepte de l'ordre établi, n'a plus besoin d'imposer à la population de nouveaux systèmes de contrôle. Il lui suffit, avec la collaboration des médias, de conditionner le peuple pour que celui-ci réclame de lui-même un renforcement des contrôles, qu'il accepte de s'y soumettre docilement, qu'il troque sa liberté contre une pseudo-protection.

Si cette analyse était sans fondement, pourquoi le pouvoir politique laisserait-il les médias dominer les courants de l'information ? Un ministère de la Santé publique, digne de ce nom, devrait intervenir en cas de crise sanitaire pour expliquer les risques encourus, fournir des explications sur les mesures adoptées, renseigner sur l'évolution de la maladie quelle que soit l'actualité. Depuis le CPE, le risque de la grippe aviaire n'existe plus, puisque les médias n'en parlent plus, et avec eux les responsables politiques.

Il ne s'agit pas de la première manipulation médiatique du pouvoir politique faisant appel au risque sanitaire pour réduire les libertés publiques ; souvenons-nous de l'alerte au virus du charbon après les attentats du 11 septembre. Le pouvoir américain en place annonçait simultanément l'achat d'un stock invraisemblable de quinolones et le renforcement des contrôles policiers.

Les petites peurs entretenant la soumission, à quand le prochain cataclysme sanitaire annoncé ? ■

# Le mensonge de la « complémentaire pour tous »

■ Pierre Volovitch, chercheur à l'Institut de recherches économiques et sociales (IRES)

Non, malgré les effets d'annonce, les dispositifs de l'assurance complémentaire santé ne fonctionnent pas, une partie de la population, les personnes âgées, les handicapés n'arrivent pas à avoir accès une couverture sociale efficace.

À la fin des années 90, un consensus s'était petit à petit construit : la couverture apportée par l'assurance maladie de base ne permettait plus d'accéder aux soins. Les enquêtes disponibles<sup>1</sup> montraient clairement que le non recours aux soins pour raisons financières était fortement lié à l'absence d'une couverture complémentaire.

On pouvait tirer deux conclusions politiques de ce constat. La première était qu'il était urgent d'augmenter le niveau de couverture de l'assurance maladie de base. La seconde était qu'il fallait que « tout le monde » soit couvert par une assurance maladie complémentaire.

Faire le choix de la première conclusion, c'était faire de choix d'une augmentation des financements collectifs et solidaires (dans le financement de la couverture maladie de base la contribution de chacun est liée à son revenu et non à ses besoins de soins). Dans une atmosphère idéologique où la seule parole audible était celle qui proposait une diminution des « prélèvements obligatoires », ce choix n'a pas été fait.

À travers la mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU), puis dans le rapport Chadelat<sup>2</sup>, enfin au cœur de la réforme Douste-Blazy<sup>3</sup>, c'est au contraire le choix de la « complémentaire pour tous » qui a été affirmé.

**Ce choix est un mensonge.**

– C'est un mensonge, car il n'y aura pas de « complémentaire pour tous » : l'accès à la couverture maladie complémentaire est encore aujourd'hui clairement lié au niveau de revenu, au statut

d'emploi, à la taille de l'entreprise... Les dispositifs (« crédit d'impôt ») mis en place pour permettre aux plus modestes d'accéder à une complémentaire sont, pour le moment, en échec.

- C'est un mensonge, car savoir que quelqu'un a une complémentaire ne dit rien sur la qualité de cette complémentaire. Aujourd'hui, parmi ceux qui sont couverts par des complémentaires, les inégalités de couverture sont importantes et directement corrélées avec le revenu, le niveau social, la taille de l'entreprise.
- C'est un mensonge, car les organismes complémentaires sont en concurrence entre eux et cette concurrence les conduit déjà à « sélectionner » le risque.
- C'est enfin un mensonge parce que le financement de la couverture complémentaire est, contrairement au financement de l'assurance de base, corrélé au risque représenté par chacun et non au revenu.

**Il n'y aura pas de « complémentaire pour tous ».**

L'accès à la couverture complémentaire n'est pas uniforme. Il est lié au revenu : alors que le taux de couverture par une complémentaire (hors CMU) est de 87,6 % pour l'ensemble de la population, il est de 94,3 % quand le revenu du ménage est supérieur à 4 600 € mensuel, mais de 68,7 % seulement quand le revenu du ménage est inférieur à 480 €<sup>4</sup>. Il est lié au statut d'emploi : alors que le taux de couverture par une complémentaire est de 93 % pour l'ensemble des salariés, il n'est que de 82 % pour les salariés en CDI et tombe à 49 % pour les salariés employés par le biais d'un « contrat aidé »<sup>5</sup>. Plus globalement, alors que le taux de couverture par une complémentaire est de 91,5 % pour une personne ayant un emploi, il est de 61,8 % pour une personne au chômage<sup>6</sup>. D'autres éléments entrent en ligne de compte.

## IRES

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

Ainsi la taille de l'entreprise. Dans les entreprises de plus de 500 salariés, une couverture complémentaire a été proposée à 95 % des salariés, ce qui n'est le cas que de 29 % des salariés qui travaillent dans des entreprises de moins de 10 salariés.

On pourra répondre que c'est la situation actuelle et que, justement, les pouvoirs publics mettent en place des dispositifs pour permettre à tous d'accéder à une couverture complémentaire. Ainsi pour les bénéficiaires de la CMU qui bénéficient tous d'une couverture complémentaire gratuite (voir encadré CMU). Ainsi pour les personnes dont les revenus sont juste supérieurs au seuil de la CMU et qui bénéficient, depuis la réforme de 2004, d'un « crédit d'impôt »<sup>7</sup> qui doit leur permettre d'acheter une couverture complémentaire.

La population qui pourrait bénéficier de ce « crédit d'impôt » (« population cible ») est évaluée à plus de 2 000 000 personnes<sup>8</sup>. Le fonds CMU espère que 425 000 personnes bénéficieront d'une complémentaire grâce au crédit d'impôt (moins d'un quart de la « population cible ») en 2006 après que 402 000 en aient bénéficié en 2005<sup>9</sup>. On est très loin du compte.

#### Les inégalités de couverture complémentaire.

Au-delà, même si toute la population accédait à une couverture maladie complémentaire, le problème de l'accès réel aux soins serait-il réglé ? On sait que certaines couvertures complémentaires ne couvrent rien, ou pas grand-chose. La question ne peut donc se résumer à avoir une couverture

« L'accès à une complémentaire est lié au niveau de revenu, au niveau social et à la taille de l'entreprise. »

complémentaire ou non, mais doit intégrer le contenu de la couverture complémentaire.

Les couvertures offertes par les complémentaires sont très variables, très diverses. Faire des comparaisons est donc complexe. L'IRDES<sup>1</sup> s'est lancé en 2000 dans ce vaste chantier. Au travers de la diversité des contrats proposés sur le marché, l'institut a distingué des contrats « faibles » (ceux dont le niveau de couverture ne permet pas réellement d'accéder aux soins) des contrats « forts en dentaire » et des contrats « forts en optique ». Dans le cadre d'une première étude<sup>10</sup>, l'Institut faisait apparaître que les plus pauvres (moins de 610 €<sup>11</sup> par personne dans le ménage) représentaient 23 % des titulaires de contrats « faibles », mais seulement 13 % des contrats « forts en dentaire ». En sens inverse, les plus aisés (plus de 1 220 €<sup>12</sup> par personne dans le ménage) ne représentaient que 24 % des souscripteurs de

contrats « faibles », mais 51 % des contrats « forts en dentaire ». Dans une étude plus récente, qui ne porte que sur les complémentaires d'entreprises<sup>13</sup>, l'Institut relève « qu'un tiers des cadres peut accéder, *via* son entreprise, à un contrat offrant des garanties élevées (dans le domaine du dentaire et de l'optique) contre seulement un sur cinq pour les non cadres ». Ces inégalités liées à la catégorie sociale s'articulent avec des inégalités liées à la taille de l'entreprise. Alors que la probabilité d'accès à un contrat d'assurance maladie d'entreprise concerne pratiquement 100 % des salariés travaillant dans des entreprises de plus de 500 salariés, elle ne concerne que 36 % des salariés travaillant dans des entreprises de moins de 10 salariés. .../...



## La Couverture Maladie Universelle (CMU)

Une des premières tentatives de faire de « l'accès de tous » à une complémentaire maladie la solution de l'accès aux soins pour les plus modestes a été la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU). Dans le dispositif CMU, le bénéficiaire est couvert par l'assurance maladie de base, il bénéficie de plus d'une couverture complémentaire gratuite dont le contenu est défini par l'État. Dans le schéma idéal des promoteurs de la CMU, chaque bénéficiaire de la CMU allait choisir « librement » son organisme complémentaire, les bénéficiaires de la CMU étant alors, comme « tous les autres Français », couverts à la fois par le régime de base et par une complémentaire.

Dans les faits, les bénéficiaires de la CMU n'ont trouvé aucun intérêt à aller choisir une complémentaire, dès lors que ce « choix » n'avait aucune incidence ni sur le prix (c'était gratuit) ni sur le contenu (fixé par l'État) de la couverture. Aujourd'hui, plus de 80 % des bénéficiaires de la CMU n'ont fait le choix d'aucun organisme complémentaire et la partie complémentaire de leur couverture est assurée par les caisses locales de l'Assurance maladie.

Si les bénéficiaires n'ont fait aucun choix, les assureurs eux l'ont fait. Le nombre de complémentaires qui s'inscrivent dans le dispositif CMU diminue chaque année<sup>19</sup>. Surtout, les chiffres montrent que les complémentaires, et tout particulièrement les assureurs commerciaux, savent « sélectionner le bon risque » même dans la population CMU. En 2004, le coût moyen de la couverture complémentaire d'un bénéficiaire CMU relevant d'une Cnam était de 322,8 € (333 € estimation pour 2005). Il était de 303,6 € (319,8 € estimation 2005) si le bénéficiaire relevait d'une mutuelle et de 293,7 € (311,3 € estimation 2005) s'il était couvert par une assurance commerciale<sup>20</sup>.

Le dispositif CMU rend, heureusement, cette sélection du risque indolore pour les bénéficiaires. Leur couverture complémentaire est gratuite, le champ de ce qui est couvert est défini par les pouvoirs publics et non par les assureurs complémentaires. Mais on ne voit pas bien pourquoi des assureurs complémentaires, qui ont su sélectionner le risque dans le cadre de la CMU, se priveraient de le faire dans la population générale.

Pour toute information complémentaire, consulter le site officiel : [www.cmu.fr](http://www.cmu.fr)

« Certaines couvertures complémentaires ne couvrent rien, ou pas grand-chose. »



« Les primes sont forfaitaires, liées à l'âge, donc au risque. Les bricolages pour que toute la population ait une complémentaire sont inopérants. »

.../... La qualité de la couverture complémentaire est fortement liée au revenu, à la catégorie sociale, au type d'emploi des personnes.

#### De la concurrence à la « sélection » du risque.

Il y a trois familles de complémentaires : les mutuelles, les assurances commerciales, les institutions de prévoyance<sup>14</sup>. Ces trois familles ont des histoires différentes et, *a priori*, des objectifs différents. Mais pour la législation européenne, elles relèvent toutes de la même législation (« libre prestation de service » oblige) et se retrouvent donc en concurrence.

Pour le moment, elles sont encore différentes. L'offre des mutuelles était relativement uniforme (le contrat le plus souscrit – contrat « modal » – concernait plus de la moitié des personnes couvertes par des mutuelles), tandis que l'offre des assurances commerciales et des institutions de prévoyance était déjà totalement éclatée (le contrat modal ne concernait que 19 % des personnes couvertes par des assureurs commerciaux et 12 % des personnes couvertes par des institutions de prévoyance). On comprend bien que plus les contrats sont différenciés et moins la solidarité fonctionne. Et parce que les complémentaires sont différentes, elles ne couvrent pas la même population. Les plus de 60 ans représentent plus d'un tiers des personnes assurées auprès d'une mutuelle et moins d'un quart des personnes assurées auprès d'une société commerciale d'assurance<sup>15</sup>.

Mais comment être en concurrence quand les populations couvertes (et les dépenses de soins dont elles sont à l'origine) sont si différentes ? La plupart des mutuelles ont déjà abandonné le contrat unique, elles différencient leurs prix en fonction de l'âge de la personne couverte et de la taille du ménage. Dans la course à la sélection du « bon risque »<sup>16</sup>, et face à la concurrence, que vont peser les origines « sociales » des mutuelles ? Après avoir accepté, et pour certains souhaité, la mise en concurrence avec les assureurs commerciaux, les dirigeants mutualistes comprennent qu'ils sont dans un piège.

La première réponse envisagée consiste à se différencier des autres complémentaires non sur le prix mais sur la qualité de l'offre. D'où l'idée présentée au dernier congrès de la FNMF de mise en place d'un « parcours de soins mutualiste » dans lequel le mutualiste serait assuré d'une meilleure

qualité de prise en charge. Cette réponse pose plusieurs questions. Pourquoi les assureurs commerciaux ne seraient-ils pas, eux aussi, capables de faire de type d'offre ? Si la qualité promise par le « parcours de soins mutualiste » est réservée aux seuls mutualistes que reste-t-il de la solidarité ? Si elle est destinée à être accessible à tous, la solidarité est sauve, mais où est l'avantage concurrentiel pour la mutualité ?

La seconde réponse est d'obtenir des pouvoirs publics qu'ils agissent sur le marché pour limiter les effets de la concurrence. Il est ainsi envisagé de réserver les exonérations fiscales sur le marché de l'assurance santé aux opérateurs qui respecteraient certaines règles. Ainsi, pour bénéficier des exonérations fiscales, l'organisme devrait avoir une proportion minimale de personnes de plus de 60 ans (entre 15 et 20 %), de personnes de moins de 25 ans (entre 28 et 35 %), une proportion minimale de bénéficiaires de l'aide à l'acquisition à une complémentaire (entre 3 et 6 %) ... On irait donc vers un système où des fonds publics (aide à la mutualisation, déductions fiscales pour les opérateurs) ne seraient pas utilisés pour financer un couverture solidaire (et lisible), mais seraient utilisés pour limiter les dégâts d'une couverture moins solidaire (et devenue si complexe qu'elle en devient illisible), sans que l'on ait la moindre garantie qu'elle y parvienne.

#### Un financement non solidaire

Le financement du régime de base est solidaire, car la somme due (la cotisation antérieurement et la CSG aujourd'hui) est proportionnelle au revenu tandis que les remboursements sont proportionnels au besoin.

Dans le cas des assureurs complémentaires, hormis quelques grosses mutuelles (il faut signaler ici la cas de la mutuelle de l'Éducation nationale, la MGEN) qui tiennent encore le coup (pour combien de temps), les primes sont de plus en plus souvent forfaitaires (donc non liées au revenu) et de plus en plus liées à l'âge (donc proportionnelles au « risque » représenté par la personne).

Pire, en mettant en place le « crédit d'impôt » que nous avons évoqué plus haut, les pouvoirs publics ont envoyé un message supplémentaire aux assureurs maladie complémentaire. L'aide est différente selon l'âge de la personne. Aujourd'hui, l'aide pour une personne de moins de 25 ans s'élève à 100 € et à 400 € pour une personne de

.../...

.../...

plus de 60 ans. Le message ainsi envoyé par les pouvoirs publics aux assureurs complémentaires est donc qu'une variation de 1 à 4 entre les tarifs pour les jeunes et les tarifs pour les vieux est une « norme » acceptable.

Autre aspect non solidaire du financement : certaines personnes (et spécialement les retraités, les handicapés, les chômeurs) doivent supporter l'intégralité du coût du financement de leur couverture complémentaire. D'autres personnes, celles qui ont un emploi stable dans une entreprise plutôt importante, sont aidées par leur employeur pour financer cette couverture<sup>17</sup>.

Le résultat est qu'à peine 40 % des ménages appartenant aux 20 % les plus modestes ont été aidés dans le financement de leur couverture complémentaire par leur entreprise, alors que c'est le cas de plus de 70 % des ménages appartenant aux 20 % les plus aisés<sup>18</sup>.

#### En conclusion

– Aujourd'hui, une partie faible, mais non négligeable, de la population, en particulier parce que l'on y trouve des personnes âgées et handicapées, n'est pas couverte par une couverture

maladie complémentaire. Les bricolages mis en place pour faire que toute la population ait accès à une couverture maladie complémentaires sont inopérants.

- Parmi les personnes qui disposent d'une couverture complémentaire, certaines ont certes une « bonne » couverture, mais pour d'autres, il s'agit d'une faible couverture qui ne permet pas réellement d'accéder à tous les soins. Ce sont les personnes les plus modestes qui sont les plus mauvaises couvertures complémentaires.
- Les organismes complémentaires qui sont en concurrence entre eux « sélectionnent » le risque et le sélectionneront de plus en plus au détriment des personnes âgées et des handicapés.
- Les mécanismes même de financement de la complémentaire maladie ne sont pas des mécanismes solidaires.

Prétendre que l'on va résoudre le problème de l'accès aux soins pour les plus modestes, et tout particulièrement pour les plus modestes dont l'état de santé est précaire, en mettant en place une « complémentaire pour tous » est un mensonge. C'est le niveau de couverture de l'assurance maladie de base qu'il faut améliorer. ■

1. Tout particulièrement l'enquête Santé, Soins, Protection Sociale (SPS) publié tous les deux ans par le CREDES (Centre de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé). Dans l'enquête SPS une des questions porte sur le « renoncement aux soins ». Cette question est dépouillée en fonction, en particulier, du revenu des personnes interrogées et de leur type de couverture sociale. L'enquête SPS n'est pas intégralement disponible en ligne mais les principaux résultats, ainsi que ceux d'autres études sont disponibles sur le site du CREDES, devenu IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé) : [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)
2. Jean-François Chadelat a eu pour mission d'étudier la répartition des interventions des régimes de base et des assurances complémentaires en matière de santé et de faire des propositions sur les évolutions possibles. Il a remis ses propositions le 8 avril 2003. Cf. le site : <http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/chadelat.pdf>
3. Cf. article paru dans *Pratiques* n° 23 septembre 2003 : « Assurance maladie réforme ou changement radical ? », p. 28-31 par Marie Kayser et Hélène Girard.
4. Enquête « Santé, soins et protection sociale en 2004 », IRDES, 2006.
5. « Garanties et services : les attentes des salariés et des entreprises », Étude du CREDEC pour le CTIP, juillet 2005.
6. Enquête « Santé, soins et protection sociale en 2004 », IRDES, 2006.
7. En fait les personnes concernées peuvent souscrire à une couverture complémentaire, le « crédit d'impôt » (qui est une somme forfaitaire liée à l'âge) venant en déduction de la somme qu'ils doivent à l'assureur. Celui-ci récupère cette somme auprès du Fonds de financement de la CMU. Le prix auquel l'assureur vend le contrat au bénéficiaire du « crédit d'impôt » n'étant aucunement encadré par la loi, on sait quel est le montant de l'aide, mais pas ce qui restera à la charge (« le reste à charge ») de la réforme.
8. Le seuil de revenu qui ouvrait droit au « crédit d'impôt » était le seuil CMU + 15 %. Dans le cadre de la dernière loi de financement de la Sécurité sociale ce seuil a été porté à CMU + 20 % augmentant encore la taille de la « population cible ».
9. Fonds de financement de la CMU. Conseil de surveillance du 6 décembre 2006.

10. « La complémentaire maladie en France : qui bénéficie de quels remboursements ? » CREDES, *Questions d'économie de la santé*, n° 32, octobre 2000.
11. 4 000 F. au moment de l'enquête réalisée avant le passage à l'Euro.
12. 8 000 F. au moment de l'enquête réalisée avant le passage à l'Euro.
13. « La complémentaire maladie d'entreprise : niveaux de garanties des contrats selon la catégorie de salariés et le secteur d'activité », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n° 112, septembre 2006.
14. Il s'agit d'organismes paritaires (présence du patronat et des syndicats de salariés dans leurs structures dirigeantes) qui prennent en charge « la prévoyance » (invalidité, dépendance...) et le risque maladie.
15. « Les contrats offerts en 2002 par les organismes d'assurance maladie complémentaire », DREES, *Études et Résultats* n° 402, mai 2005.
16. Quand l'assureur MMA propose une couverture avec « bonus » qui vous permettra de récupérer une partie de votre prime si vous ne consommez pas, ou peu, de soins, c'est évidemment un public jeune (et non malade) qu'il veut attirer.
17. On notera que les fonctionnaires ne sont pas aidés par l'État pour le paiement de leur cotisation mutualiste. L'État employeur apportait une aide à ses salariés-mutualistes en mettant du personnel (fonctionnaires détachés) à la disposition des mutuelles. La réglementation européenne interdit désormais cette forme d'aide. Des négociations se déroulent entre l'État employeur et les syndicats de fonctionnaires à ce sujet.
18. Enquête « Santé, soins et protection sociale en 2004 », IRDES, 2006.
19. Quand un organisme complémentaire se retire du dispositif il continue de payer une taxe qui sert à financer la CMU mais il n'est plus candidat pour assurer la couverture complémentaire de bénéficiaires. Début 2001 48,9 % des organismes complémentaires prenaient en charge des bénéficiaires de la CMU. Ce taux est aujourd'hui tombé à moins de 30 %.
20. Les optimistes, il faut être optimiste, diront que s'il y a écart entre le coût de la complémentaire suivant que le bénéficiaire de la CMU est pris en charge par une Cpm, par une mutuelle ou par un assureur commercial, cet écart va en diminuant. En 2002 l'écart de coût entre Cpm et mutuelles était de 6,8 % il est tombé en 2004 à 6 %. Coté écart Cpm/assureur commercial l'écart qui était de 16,6 % en 2002 est tombé à 9 % en 2004.

# L'ostéoporose a bon dos

■ Marcel Garrigou-Grandchamp, médecin généraliste, membre du Formindep

Sous couvert d'études scientifiques, les firmes pharmaceutiques savent étendre les indications de médicaments au mépris du médecin traitant et des patients.

À Lyon, au sein du CHU, le Centre de prévention des ostéoporoses travaille depuis de nombreuses années en étroite collaboration avec les firmes pharmaceutiques, en réalisant des études probablement financées par celles-ci.

Les patientes recrutées sont adressées par leur médecin pour une densitométrie ou alors, elles se présentent d'elles-mêmes, notamment à la suite d'un mailing de leur mutuelle proposant un examen gratuit. Il faut dire que jusqu'en 2006, la densitométrie n'était pas un examen pris en charge par la Sécurité sociale. La Caisse nationale n'avait pu s'accorder sur un tarif avec les représentants des radiologues.

En matière de « pathologie » de la densité osseuse, l'OMS (Organisation mondiale de la santé) a défini quatre stades en fonction d'un indice statistique, le T score qui donne en « écarts-type » la différence entre la densité osseuse mesurée au cours d'un examen et la moyenne à l'âge de 30 ans :

Normal :	T score $\geq$ -1 écart-type
Ostéopénie :	-1 < T score < -2,5 écarts-type
Ostéoporose :	T score $\leq$ -2,5 écarts-type
Ostéoporose sévère :	T score $\leq$ -2,5 écarts-type et présence d'au moins 1 fracture par fragilité.

C'est dans ce cadre que, médecin généraliste, je reçois fréquemment des courriers comme celui-ci :

« Cher Confrère,

*Dans le cadre de la prévention de l'ostéoporose post-ménopausique, votre patiente Madame ... a bénéficié d'une mesure de densité osseuse...*

*Sa densité osseuse mesurée aux deux sites (colonne lombaire et col fémoral) est abaissée avec un T score compris entre -1 et -2,5 déviation standard... ce qui selon les critères de l'OMS correspond à une ostéopénie.*

*Nous disposons d'une étude avec un biphosphonate, le risédronate par voie orale, en prise hebdomadaire de 35 mg.*

*Il s'agit d'une étude en double aveugle randomisée contre calcium + vitamine D, menée sur un an qui s'adresse à des patientes ménopausées présentant une ostéopénie.*

*Cette étude est particulièrement intéressante pour votre patiente, car elle lui permettra un suivi régulier sur le plan biologique et densitométrique. De plus, elle permettra d'utiliser une nouvelle méthode d'imagerie, appelée tomодensitométrie périphérique quantitative tridimensionnelle (TDM-PQ3D), pratiquée aux deux sites (avant-bras et cheville) pour étudier les modifications des os des femmes ostéopéniques traitées par Risédronate hebdomadaire. »*

Or, il s'agit d'un stade ne justifiant pas ce type de traitement, car il peut entraîner de sérieux effets secondaires ; le rapport bénéfice/risques est ici défavorable, exposant inutilement la patiente à des effets secondaires néfastes.

Cela n'a d'intérêt que pour le laboratoire qui cherche à élargir les indications d'un produit déjà commercialisé, pour simplement en accroître la diffusion et donc le bénéfice au sens financier du terme.

Habituellement, nous sommes, nous, médecins libéraux, confrontés à l'intransigeance des contrôles médicaux qui refusent des prescriptions hors AMM (Autorisation de mise sur le marché) même réfléchies et argumentées. Ici, comme médecin traitant, je suis juste informé qu'une patiente a été racolée, détournée, prise en charge hors parcours de soins et qu'il lui est proposé un traitement hors AMM (et recommandations) si elle fait partie du lot recevant le traitement. Il s'agit d'une pratique courante de collusion entre médecins, leaders d'opinion, et industrie pharmaceutique, où les (gros) enjeux financiers sont dissimulés derrière un alibi scientifique. Et où le contrôle de la caisse primaire de Sécurité sociale se fait léger. ■

« Cher confrère, votre patiente a bénéficié d'une mesure de densité osseuse, qui lui permettra un suivi régulier sur le plan biologique et densitométrique. »

Formindep : <http://formindep.org>

# Scandales industriels et indépendance

Philippe Masquelier\*, médecin généraliste

Il est temps que la société prenne conscience des risques graves qu'il y a à faire une confiance aveugle à l'industrie pharmaceutique.

Les scandales de mensonges et de rétention d'informations se succèdent de la part de nombreuses firmes pharmaceutiques avec des répercussions importantes sur la santé publique.

Ainsi :

Les laboratoires Merck ont continué à développer des campagnes marketing agressives concernant le Vioxx® alors même que des effets indésirables cardio-vasculaires graves étaient connus depuis 2000 par le laboratoire, qui n'a décidé de finalement retirer le Vioxx® du marché qu'en 2004, et depuis des dizaines de milliers de morts ont été recensés<sup>1</sup>.

Les laboratoires ayant mis sur le marché les antidépresseurs antiserotonergiques (Prozac®, Deroxat®, Floxyfral®, Zoloft®, Seropram®...) n'ont pas publié les résultats d'études négatives sur leur produits susceptibles de majorer le risque suicidaire, en particulier chez l'enfant et l'adolescent en 2004<sup>2</sup>.

Après ces scandales, les laboratoires se sont engagés à jouer la transparence et à publier tous leurs essais...

Suite à tous ces événements le LEEM (syndicat représentant les entreprises du médicament en France) a fait des déclarations d'engagement de transparence en particulier concernant les études réalisées<sup>3</sup>.

Plus récemment un scandale mettant en cause Bayer a été découvert.

L'Aprotinin (Trasylol®) est commercialisé depuis 1993 comme antifibrinolytique en prévention et traitement des syndromes hémorragiques après chirurgie cardiaque. Ce médicament a été initialement évalué contre placebo sans comparaison au médicament de référence.

En janvier 2006, une étude observationnelle est parue<sup>4</sup>. Elle a mis en évidence un sur-risque important d'insuffisance rénale sévère nécessitant une dialyse, des événements neurologiques

et cardiaques graves pouvant conduire au décès. La FDA (organisme étasunien en charge des autorisations de mise sur le marché des médicaments), en septembre 2006 en présence de Bayer, a réexaminé le rapport bénéfices-risques du Trasylol®, l'usage de ce dernier n'a pas été remis en cause.

Fin septembre 2006, suite à une fuite, on apprend qu'une étude observationnelle, tenue secrète par Bayer, a été réalisée confirmant les données publiées en janvier. Le laboratoire n'en a pas informé la FDA<sup>5</sup>.

Le 17 décembre 2006, le New York Times révèle que le laboratoire Eli Lilly a délibérément minoré les effets secondaires du Zyprexa®, à savoir une prise de poids importante et le risque de développer un diabète non insulino-dépendant. Eli Lilly a promu le médicament hors de ses indications officielles. Ces révélations reposent sur la publication de documents internes au laboratoire. Ces documents affirment que cette rétention d'information est nécessaire pour ne pas porter préjudice au développement du produit<sup>6</sup>.

## La transparence : en parler ne suffit pas...

Il est temps que la société prenne conscience des risques graves qu'il y a à faire une confiance aveugle à l'industrie pharmaceutique. En dépit de ses déclarations d'intention, l'industrie ne communique pas d'information lorsque celles-ci sont contraires à ses intérêts financiers.



\* Conflit d'intérêt déclaré : Philippe Masquelier est vice-président de la Formindep : <http://formindep.org/>

Non seulement les autorités françaises en charge de la santé en France ne tiennent pas compte de tous ces scandales inquiétants pour la santé publique, mais en plus signent des chartes de « bonne conduite », des accords présentés comme « gagnant-gagnant » par les signataires, et perdants à tout coup pour les citoyens <sup>4/7</sup>.

Une fois pour toutes, halte à la collusion des autorités de santé, des sociétés savantes, des organismes de formation avec les firmes pharmaceutiques. Il nous faut exiger des instances de contrôle et de régulation totalement indépendantes du financement de l'industrie pharmaceutique, une réglementation et une législation contraignantes avec obligation de résultat et des sanctions dissuasives pour les contrevenants.

Cette réglementation doit mettre en place :

- la déclaration des études dès leur initiation auprès d'un organisme international indépendant (lutte contre les biais de non publication des études défavorables) ;
- l'évaluation d'un nouveau médicament en comparaison au médicament de référence quand il existe ;
- la pertinence des critères d'évaluation des médicaments testés ;

« La collusion des autorités de santé, des sociétés savantes, des organismes de formation avec les firmes pharmaceutiques continue, malgré des scandales répétés. »

- le suivi des médicaments après mise sur le marché ;
- la possibilité pour les patients de déclarer eux-mêmes des effets secondaires ;
- les modalités de l'indépendance totale, vis-à-vis des firmes, des organismes de contrôle et de réglementation.

C'est aux citoyens de s'organiser pour être particulièrement vigilants et exiger une vraie transparence des informations de santé et une réelle indépendance des organismes chargés du contrôle. C'est la seule voie possible pour éviter de nouveaux scandales de santé publique. ■

1. *The Lancet* 2004; 364:2021-2029 <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673604175144/fulltext>

*Public Citizen* Sept. 30, 2004: <http://www.citizen.org/pressroom/release.cfm?ID=1796>

2. *The Lancet* 2004; 363:1341-1345

<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673604160431/abstract>

3. Communiqué de presse du Leem du 13/01/2005 : les entreprises du médicaments accroissent la transparence de l'information

[http://www.leem.org/htm-media/article/article.asp?id\\_categorie=2&id\\_article=77](http://www.leem.org/htm-media/article/article.asp?id_categorie=2&id_article=77)

4. *N Engl J Med* 2006; 354:353-365, Janv 26, 2006

<http://content.nejm.org/cgi/content/full/354/4/353?ijkey=f0f7e26f22382c98b6ab251988d6e4eb3090a6a0>

5. *N Engl J Med* 2006;355:2169-2171, Nov 23, 2006

<http://content.nejm.org/cgi/content/full/355/21/2169?query=TOC>

6. <http://www.nytimes.com/2006/12/18/business/18drug.html>

7. Code de bonne pratique du financement de la FMC par les firmes pharmaceutiques

[http://formindep.org/IMG/pdf/fmc\\_codepratiques.pdf](http://formindep.org/IMG/pdf/fmc_codepratiques.pdf)

## Colloque

Colloque de l'association Primo Levi, Soins et soutien aux personnes victimes de la torture et de la violence politique, prix des Droits de l'Homme de la République française

« Transmettre et témoigner, effets de la torture et de la violence politique »

Vendredi 30 et samedi 31 mars 2007, à la maison de la Cité internationale universitaire de Paris, 17 boulevard Jourdan 75014 Paris  
[www.primolevi.asso.fr/colloques](http://www.primolevi.asso.fr/colloques)

## Que Choisir Santé

*Que Choisir Santé* en est à son 2<sup>e</sup> numéro ! L'arrivée d'un magazine pour le grand public consacré à la santé et indépendant des firmes est un événement réjouissant ! Les sujets abordés sont passionnants et traités avec une grande rigueur, l'écriture est limpide, et c'est l'intérêt des usagers qui est visiblement le pivot de cette publication qui n'est disponible que sur abonnement. Une bonne idée pour la salle d'attente...  
UFC-Que choisir, 233 boulevard Voltaire 75011 Paris  
[www.quechoisir.org](http://www.quechoisir.org)

# Tamiflu® et grippe aviaire

■ A. Sommet, H. Bagheri, C. Damase-Michel, A. Pathak et J.-L. Montastruc\*

À partir des données validées concernant les effets, le mécanisme d'action et les actualités de pharmacovigilance concernant l'oseltamivir (Tamiflu®), les auteurs présentent les bases pharmacologiques de l'utilisation de ce médicament dans la grippe en général, et dans la grippe aviaire en particulier. Ils discutent les motifs raisonnés et irraisonnés de la grande notoriété de ce médicament, finalement encore mal connu et insuffisamment évalué. Les conséquences sociales et économiques du succès de l'oseltamivir Tamiflu® dans la « panique aviaire » apparaissent comme un nouveau bel exemple de pharmacologie sociale.

« La France s'est dotée d'un important stock de Tamiflu® lui permettant de faire face à l'épidémie de grippe aviaire. » Durant ces derniers mois, nous avons maintes fois entendu ce message rassurant. Au-delà de l'effet d'annonce, nous avons voulu éclairer les lecteurs de *Pratiques* en discutant les données disponibles concernant ce médicament antiviral, ses effets pharmacodynamiques, son mécanisme d'action face aux virus de la grippe (à virus influenza et peste aviaire), son efficacité réellement démontrée, mais aussi, ce dont on parle moins souvent, son risque d'effets indésirables à travers les données récentes et validées de pharmacovigilance.

## Pharmacodynamie et mécanisme d'action de l'oseltamivir

L'oseltamivir (commercialisé depuis fin 2002 sous le nom de Tamiflu® par la firme Roche) est un pro-médicament antiviral, fabriqué à partir de la badiane (anis étoilé chinois), épice de la cuisine asiatique récoltée en Chine et au Vietnam. Cette badiane parfume habituellement bonbons, pastis et tabac. Pour fabriquer le pastis, Pernod Ricard mélange à la hauteur de 2 pour 1 000 de l'ane-thol, une huile essentielle tirée de la badiane, aux réglisses, sauges, lavandes et autres herbes de Provence. De son côté, la firme Roche extrait de la part ligneuse de la plante l'acide shikimique, nécessaire pour produire l'oseltamivir<sup>1</sup>. Puisque

cet acide shikimique se trouve aussi dans les aiguilles de sapin, on a même proposé de récolter les sapins de Noël usagés pour augmenter encore la production d'oseltamivir ! Cependant, désormais, la fabrication à partir de l'anis étoilé est supplantée par un procédé de fabrication moins poétique : le Tamiflu® est désormais synthétisé à l'aide d'*Escherichia coli* selon un procédé plus rentable et moins aléatoire...

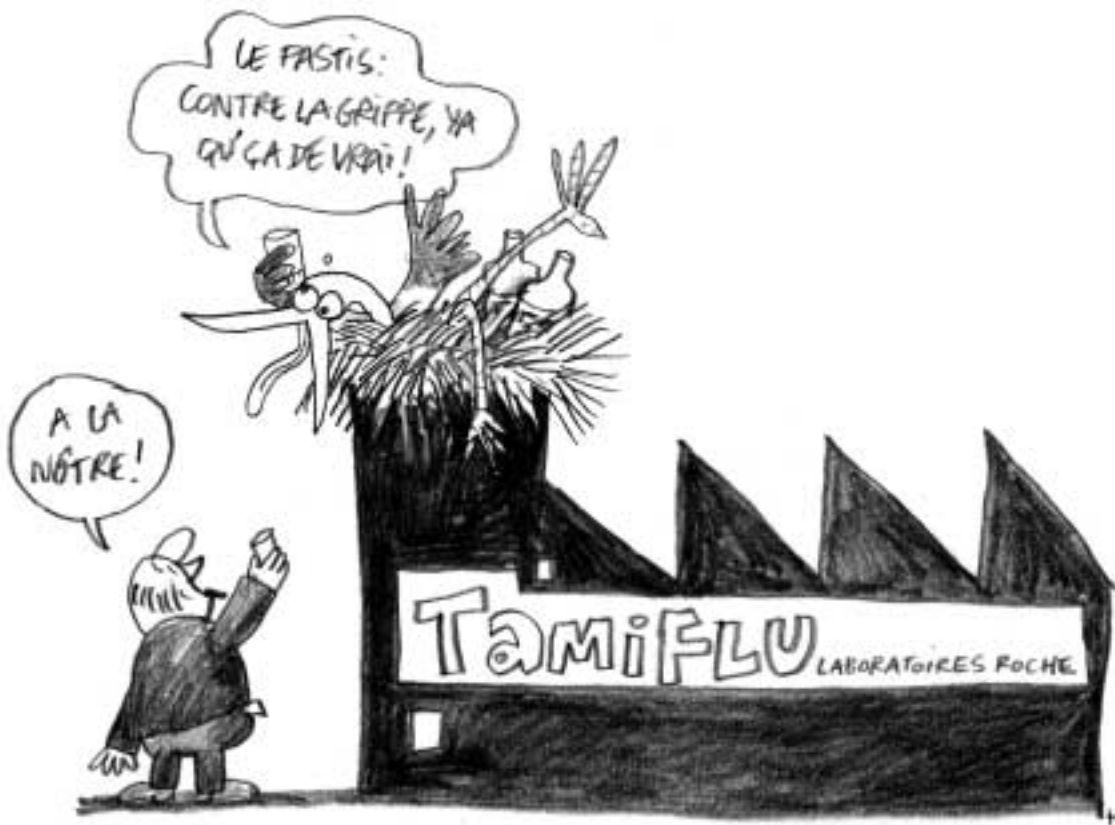
Ce médicament agit (par l'intermédiaire de son métabolite actif le carboxylate d'oseltamivir) en altérant la paroi virale. Il inhibe (comme son congénère zanamivir Relenza®) la neuraminidase, une enzyme présente à la surface des virus A et B de la grippe. La neuraminidase assure une hydrolyse nécessaire à la diffusion des particules virales à partir des cellules infectées. Ainsi, son inhibition conduit à une agrégation virale à la surface cellulaire, inhibant la libération des nouveaux virions des cellules infectées et freinant ainsi la propagation des virus A et B<sup>2</sup>.

Ainsi, le mécanisme d'action de l'oseltamivir et du zanamivir diffère fondamentalement de celui de l'autre groupe de médicaments antiviraux, les adamantanes (chef de file amantadine Manta-dix®), actifs seulement sur le virus de la grippe A en bloquant la décapsidation à l'intérieur de la cellule<sup>2</sup>.

## Quelle efficacité dans la grippe ?

Les infections à virus influenzae de type A ou B se traduisent généralement par des symptômes banals centrés autour du « mal de gorge » avec

\* Service de Pharmacologie clinique, Faculté de Médecine, 37, allée Jules-Guesde, 3100 Toulouse.



myalgies, arthralgies et fièvre, le tout durant généralement une semaine. Rarement, le tableau peut se compliquer et mettre en jeu le pronostic vital avec pneumopathie de surinfection, puis décompensation cardiaque chez les sujets à risque (patients âgés ou très âgés, dénutris, insuffisants cardiaques, pulmonaires, diabétiques...).

Que sait-on de l'évaluation de l'oseltamivir en préventif, puis en curatif ? Sans rentrer dans les détails des essais cliniques ayant conduit à l'autorisation de mise sur le marché de l'oseltamivir, nous rappelons au lecteur les conclusions des revues systématiques récentes parues dans *The Lancet*<sup>3</sup> et la revue *Prescrire*<sup>4</sup>. L'oseltamivir exerce un effet préventif modeste (réduction de 3,5 à 6 % en valeur absolue de la fréquence des épisodes grippaux) et une activité curative modérée (raccourcissement de la durée des symptômes grippaux de 24 heures environ). Cependant, l'oseltamivir n'a été évalué que lors d'épidémies peu intenses. On doit aussi regretter, d'une part l'absence de comparaison, dans ces essais, de l'oseltamivir aux autres antirétroviraux (les essais ont été majoritairement effectués versus placebo) et, d'autre part, le relatif petit nombre de données disponibles chez les sujets fragiles<sup>4</sup>. La revue anglaise *Lancet* déconseille l'utilisation des inhibiteurs de la neuraminidase dans la grippe saisonnière « en raison de leur faible efficacité ».

Elle propose de réserver leur prescription « aux épidémies graves ou aux pandémies en association aux autres mesures de santé publique »<sup>3</sup>. La revue française *Prescrire* affirme que « les antiviraux ne sont pas une alternative à la vaccination antigrippale. Ils constituent éventuellement un complément dans certains cas » avant de conclure que « mieux vaut limiter leur utilisation à un traitement préventif de courte durée chez des personnes fragiles, lorsque le risque de grippe est très élevé ». La vaccination préventive reste la conduite pratique de base chez les sujets « à risque »<sup>4</sup>.

#### Grippe aviaire : efficacité incertaine

Ces dernières années, les épidémies de grippe aviaire (alias grippe du poulet) ont provoqué chez l'homme des cas d'infections rares, mais parfois graves. En 1997, on a isolé à Hong Kong le virus de la grippe aviaire A/H5N1 chez les patients infectés<sup>5</sup>. En 2003, au Vietnam et en Thaïlande, vingt sujets ont été infectés par un virus H5N1 plus pathogène, avec un taux de létalité de 80 %<sup>6</sup>. En 1999, deux autres cas ont été imputés à un autre virus de la grippe aviaire, le virus de type A/H9N2<sup>7</sup>. L'épidémie de grippe aviaire qui a atteint les Pays-Bas en 2003 a été du type A/H7N7 (4,8). Finalement, au 13 novembre 2006, l'OMS a dénombré dans le monde trois cas

.../...

.../...

de grippe aviaire dues au virus H5N1 en 2003 (au Vietnam), 32 en 2004 (Thaïlande et Vietnam), 41 en 2005 (Cambodge, Chine, Indonésie, Thaïlande, Vietnam) et 75 en 2006 (Azerbaïdjan, Cambodge, Chine, Djibouti, Égypte, Indonésie, Irak, Thaïlande, Turquie), soit un total cumulé de 111 cas<sup>9</sup>.

Les inhibiteurs de la neuraminidase sont actifs *in vitro* sur les virus de la grippe aviaire. Cependant, une telle démonstration en laboratoire ne suffit plus aujourd'hui pour s'assurer de l'efficacité réelle d'un médicament. Il convient de coupler cette évaluation *in vitro* à des essais cliniques, testant la transférabilité de ces données. À notre connaissance, cette efficacité clinique de l'oseltamivir reste largement ignorée. On en est réduit à rapporter des cas isolés à l'interprétation incertaine et plus que discutable.

Par exemple, pour une utilisation *curative*, lors de l'épidémie de grippe aviaire par le virus A/H7N7 aux Pays-Bas, on a observé un cas de grippe aviaire parmi les trente-huit sujets exposés au virus et ayant reçu l'oseltamivir. Parallèlement, parmi les cinquante-deux personnes exposées au virus et n'ayant pas reçu l'inhibiteur de la neuraminidase, on a enregistré cinq cas de grippe aviaire. La différence entre les deux groupes est non significative, ce qui ne permet pas de conclure sur l'efficacité de l'oseltamivir dans la grippe aviaire. Deux patients souffrant d'infection symptomatique et ayant été en contact avec une personne infectée ont été traités par l'oseltamivir sans présenter de symptômes de grippe aviaire. Cinq des dix cas observés au Vietnam avec le virus H5N1 ont reçu l'oseltamivir : deux récupérèrent et les trois autres moururent (4, 5, 8). Les informations restent, on le voit très parcellaires, ne permettant nullement de conclure.

Il n'existe pas, non plus, d'information sur l'utilisation *prophylactique* des antiviraux en situation de pandémie. On ne dispose d'aucune donnée issue d'essais cliniques comparatifs. Cependant, dans les modèles animaux de grippe aviaire, l'oseltamivir réduit la mortalité. Le médicament inhibe aussi *in vitro* la souche de l'épidémie de grippe de 1918 et d'autres virus responsables de pandémies grippales<sup>5</sup>.

#### Peut-on parler de résistance à l'oseltamivir ?

Dans les essais cliniques de la grippe à virus influenza, on a décrit *in vitro* une diminution de la

sensibilité du virus chez 1,3 % des adultes (et adolescents) et 8,6 % des enfants<sup>10</sup>. Dans une étude sur cinquante enfants traités par oseltamivir, on a observé une résistance *in vitro* au bout de huit jours chez 18 % des enfants<sup>11</sup>. Enfin, on a rapporté, en 2005, deux décès par résistance à l'antiviral dans la grippe aviaire<sup>12</sup>.

Si de telles observations évoquant la réalité d'une résistance à l'oseltamivir se répètent, que faudra-t-il faire ? Doubler les doses ? Quadrupler les stocks ? Allonger la durée d'exposition au médicament ? Autoriser la fabrication de génériques comme le réclament les pays d'Asie ? Utiliser d'autres inhibiteurs de la neuraminidase ? Déjà, en 2006, la fabrication de l'oseltamivir a été multipliée par 8 par rapport à 2002...

#### Quels effets indésirables ?

Dans les essais cliniques réalisés dans la grippe classique, l'incidence des effets indésirables « graves » a été voisine de 1 %. L'effet indésirable le plus fréquemment observé a correspondu à la survenue de nausées (environ 18 % des participants aux essais) et vomissements (environ 14 % des participants aux essais), expliqués probablement par un effet irritant local de l'oseltamivir. Ces symptômes digestifs s'associent souvent à des douleurs abdominales : ils disparaissent généralement au bout de deux à trois jours et sont généralement prévenus par l'administration simultanée de nourriture<sup>2/4</sup>.

Bien des autres effets indésirables rapportés sous cet inhibiteur de la neuraminidase semblent difficiles à distinguer de ceux de la maladie causale : épisodes bronchitiques, insomnie, sensations vertigineuses, anémie, pneumonie, fièvre... On a également décrit des effets cutanés « graves » (syndrome de Stevens Johnson et angioœdèmes), des élévations des transaminases et des hépatites, des troubles du rythme cardiaque...<sup>2/4</sup>. Tous ces derniers effets indésirables restent cependant « très rares » (selon la classification officielle de l'incidence des effets indésirables).

Fin 2005, on a signalé, au Japon essentiellement, des effets indésirables *neuropsychiatriques*, à type de troubles du comportement, de confusions, de délires avec hallucinations... et même deux suicides comme l'a rapporté l'Agence Européenne du Médicament (EMA). Les autorités américaines (FDA) ont également recensé entre 2001 et 2005, douze décès chez des enfants

« Pour la grippe commune, un effet préventif modeste, une activité curative modérée. L'efficacité du Tamiflu® chez l'homme atteint de grippe aviaire n'est pas démontrée, peu de recul en pharmacovigilance. »



« Une utilisation pandémique de l'oseltamivir correspondrait à un essai clinique grandeur nature. »

japonais de moins de 16 ans recevant l'oseltamivir (parmi plus de 11 millions d'enfants traités dans ce pays). En France, aucun cas de ce type n'a été rapporté. L'AFSSAPS a signalé la difficulté d'établir un lien entre ces effets indésirables neuropsychiatriques (ou ces décès) et la prise d'oseltamivir dans le cadre d'une épidémie virale<sup>13</sup>. Cependant, une vigilance particulière s'impose. La mention de ces effets indésirables neuropsychiatriques potentiels a été rajoutée fin 2006 au Résumé des caractéristiques du produit Tamiflu® dans le *Physician Desk Reference* (le *Vidal* américain).

Tant dans les études animales que cliniques pré AMM, on n'a pas détecté, pour l'instant, d'interactions médicamenteuses majeures. Le médicament n'est pas métabolisé par le cytochrome P 450 ou les glucuronidases.

On ne dispose que d'une expérience très restreinte de l'oseltamivir chez la *femme enceinte*. On a rapporté l'utilisation d'oseltamivir chez soixante et une femmes enceintes, parmi lesquelles on a observé dix avortements, une trisomie 21 et une anencéphalie<sup>4</sup>. Il est difficile cependant de faire un lien formel entre ces observations et le médicament, la fièvre augmentant par elle-même le risque de malformation et de fausse couche pendant la grossesse. Les études animales n'ont pas mis en évidence, jusqu'à présent, d'effet tératogène. En l'état actuel des connaissances et dans la situation actuelle d'épidémie de grippe en France, il semble cependant prudent de ne pas prescrire l'oseltamivir au cours de la grossesse<sup>4</sup>.

Tout ceci souligne, une fois encore, le peu de connaissances réelles sur ce médicament et le peu de recul concernant son bilan de pharmacovigilance.

**Pour conclure : quelques réflexions de pharmacologie sociale**

Ces quelques lignes concernant l'oseltamivir illustrent, une fois encore, les questions éternelles posées par tout médicament dans notre société moderne. À partir d'une évaluation expérimentale *in vitro*, peut-on en déduire un rapport bénéfice/risque, chez l'homme, à coup sûr positif ? À partir d'une évaluation partielle du médicament dans la grippe « classique », doit-on conclure à une efficacité et à une sécurité satisfaisantes dans la grippe aviaire ? On doit rester prudent en pharmacologie vis-à-vis de toute déduction à partir des données expérimentales, trop souvent partielles

et donc fausses. On sait de façon certaine, en pharmacovigilance, que le terrain sous-jacent (la maladie à traiter, l'état morbide du patient) modifie sûrement les effets attendus et fâcheux des médicaments. C'est dire la très grande incertitude qui accompagnerait toute utilisation pandémique de l'oseltamivir ! Celle-ci correspondrait assurément à un essai clinique grandeur nature, avec toutes ses incertitudes, évènements indésirables et péripéties imprévisibles.

Ainsi, le « niveau de preuves » concernant l'oseltamivir dans la grippe du poulet apparaît comme des plus modestes, avec des questions non résolues concernant l'efficacité, les effets indésirables et surtout la probabilité de développement rapide de résistances au virus H5N1. Gardons-nous donc de tout optimisme et sachons rester prudents et vigilants, comme nous l'a appris le récent retrait du marché du rofecoxib Vioxx®<sup>14</sup>...

Les *conséquences pharmacoéconomiques* de cette médiatisation de l'oseltamivir méritent également d'être connues. Les mois passés ont vu l'envolée des ventes de Tamiflu® (+ 370 % en 2005) et l'ex-

.../...



## « Crainte d'une pandémie, explosion des cours en bourse de la firme Roche. »

.../...

plosion des cours en bourse de la firme Roche (+ 50 % en 2005). Quelle formidable opportunité pour celle-ci qui ne disposait guère avant le développement de cette « panique aviaire » que d'un banal médicament antiviral peinant à s'implanter sur le marché saisonnier de la grippe !

Finalement, la revue des données sur l'oseltamivir permet de poser les questions finales en terme de *pharmacologie sociale*<sup>15/16</sup>. Le développement du Tamiflu® est, sans nul doute, une illustration de plus de l'approche irrationnelle des populations vis-à-vis des risques nouveaux, ici la crainte d'une pandémie. Ces risques nouveaux apparaissent (à la différence des risques anciens : tabac, accidents de la route...) comme redoutables et insupportables, car perçus par les populations comme non quantifiés et indépendants des individus<sup>17</sup>. Il s'agit aussi, à l'évidence, d'une nouvelle illustration du caractère hautement symbolique, culturel et affectif du médicament, considéré comme le *remède magique* à tous les maux (réels ou supposés) de la société<sup>18</sup>. À l'heure où on parle lar-

gement de « Disease Mongering » (ou invention de nouvelles maladies pour vendre des médicaments)<sup>19</sup> et de son corolaire la « médication » de la société (ou prise médicamenteuse dans ces conditions de « maladies nouvelles »)<sup>16/20</sup>, l'oseltamivir apparaît comme un exemple original de diffusion très large d'un médicament, non pas suite à l'émergence d'une nouvelle pathologie, mais par crainte du développement d'une maladie jusqu'à présent localisée et dans tous les cas très peu répandue. Comme l'écrit Jean-Yves Nau dans un éditorial récent magnifiquement intitulé « Tam-tam et Tamiflu® » : « Le Tamiflu® est devenu tout à la fois la parade rêvée à la prochaine pandémie grippale, l'objet de toutes les spéculations, l'incarnation chimique du principe de précaution, le double triomphe de la raison et de la déraison »<sup>21</sup>.

Assurément, le Tam-tam autour du Tamiflu® résonne comme un des plus beaux exemples modernes de pharmacologie sociale ! ■

1. Medgyesi F., « L'anis, bon pour le pastis mais aussi pour lutter contre la grippe aviaire », Communiqué AFP, 29 octobre 2005.
2. McClellan K., Perry C.-M., « Oseltamivir : a review of its use in influenza », *Drugs*, 2001, 61, 263-83.
3. Jefferson T., Demicheli V., Rivetti D., Di Pietrantonj C., Rivetti A., « Antivirals for influenza in healthy adults : systematic review », *Lancet*, 2006, 367, 303-13.
4. Prescrire Rédaction, « Les antiviraux dans la grippe : un complément à la vaccination, dans certains cas », *Revue Prescrire*, 2005, 25, 678-90.
5. Anonyme, « Gripe, gripe aviaire y antiviricos », *Butlletí CROC*, 2006, 19, 1-4. <http://www.icf.uab.es>.
6. The Writing Committee of the World Health Organization (WHO) Consultation on Human Influenza A/H5, *N Engl J Med* 2005, 353, 374-85.
7. Center for Disease Control and Prevention, 15 novembre 2005. <http://www.cdc.gov/flu/avian/gen-info/avian-flu-humans.htm>
8. Koopmans M., Wilbrinks B., Conyn M., Natrop G., Van der Nat H., Vennema H., Meijer A., Van Steenberghe J., Fouchier R., Osterhaus A., Bosman, « A. Transmission of H7N7 avian influenza A virus to human beings during a large outbreak in commercial poultry farms in the Netherlands », *Lancet*, 2004, 363, 587-93.
9. <http://www.who.int/csr/disease/avianinfluenza/en/or>
10. Tsang K.-W.-T., Eng P., Liam C.-K., Shim Y.-S., Lam W.-K., « H5N1 influenza pandemic: contingency plans », *Lancet* 2005, 36, 533-4.
11. Kiso M., Mitamura K., Sakai-Tagawa Y., Shiiraishi K., Kawakami C., Kimura K., Hayden F.-G., Sugaya N., Kawaoka Y., « Resistant influenza A viruses in children treated with oseltamivir: descriptive study », *Lancet*, 2004, 364, 759-65.
12. De Jong M.-D., Tran T.-T., Truong H.-K., Vo M.-H., Smith G.-J., Nguyen V.-C., Bach V.-C., Phan T.-Q., Do Q.-H., Guan Y., Peiris J.-S., Tran T.-H., Farrar J., « Oseltamivir resistance during treatment of influenza A (H5N1) infection », *N Engl J Med*, 2005, 353, 2667-72.
13. AFSSAPS. Communiqué de presse du 15 décembre 2005. Tamiflu® (oseltamivir). <http://agmed.sante.gouv.fr/htm/10/filcoprs/051202.htm>
14. Montastruc J.-L., « Quelles leçons tirer des affaires "coxibs" ? », *Pratiques*, 2005, 79-82.
15. Montastruc J.-L., « La Pharmacologie Sociale : une nouvelle branche de la Pharmacologie Clinique », *Thérapie*, 2002, 57, 513-7.
16. M'Bongue B., Sommet A., Pathak A., Montastruc J.-L., « Medicamentation of society, non-diseases and non-medications : a point of view from social pharmacology », *Eur J Clin Pharmacol*, 2005, 61, 309-13.
17. Abenheim L., *Les risques et les nouveaux enjeux de la Santé Publique*. Compte Rendu de la Conférence de Pharmacologie Sociale, Faculté de Médecine de Toulouse, 4 février 2004. [http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/Conference\\_Pr\\_Abenheim\\_2\\_Toulouse.pdf](http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/Conference_Pr_Abenheim_2_Toulouse.pdf)
18. Montastruc P., « Pharmacologie de l'eucharistie », *Revue Prescrire*, 1990, 10, 65.
19. Mintzes B., « Fabriquer des maladies pour vendre des médicaments », *Revue Prescrire*, 2007, 27, 63-5.
20. Montastruc J.-L., M'Bongue B., « La "Médication" de la Société : un exemple de Pharmacologie Sociale », *Revue Prescrire*, 2003, 23, 712-4.
21. Nau JY, « Tam-Tam et Tamiflu », *Revue Med Suisse*, 2005, 1, 2827.

Les lecteurs désireux de prendre connaissance du plan national de lutte contre une pandémie grippale peuvent consulter le site <http://www.sante.gouv.fr>

# Cancer : l'invisibilité organisée

Geneviève Barbier, médecin généraliste

Le manque d'ambition de la surveillance des cancers en France n'est pas une fatalité. Il ménage juste élus et institutions, en évitant de mettre au grand jour les conflits d'intérêt. Faute de débat public, les mauvaises habitudes continuent ! Décodage à partir d'un exemple.

Notre pays est confronté à une forte progression des cancers, comme de nombreux pays développés. Mais nous avons quelques traits particuliers, notre « exception française » : un des scores européens les plus élevés de mortalité prématurée (avant 65 ans) par cancer, le rang de 2<sup>e</sup> utilisateur mondial de pesticides, incriminés dans la hausse de plusieurs cancers, et une surveillance épidémiologique qui peine à rattraper un retard dont personne n'est ni responsable ni coupable. Enfin, nous avons aussi, comme tout le monde, quelques spécialistes qui ne haussent pas le ton, disent ce que les pouvoirs publics veulent entendre, et se mettent en colère lorsqu'un journaliste leur demande pourquoi les cancers du sein augmentent.

L'impact de l'environnement sur la santé humaine devient une préoccupation croissante. On entend par environnement les agents physiques, chimiques ou biologiques externes, opposés arbitrairement aux « comportements », aux causes dites génétiques ou « dues au vieillissement ». C'est dans ce contexte que le rapport « cancers prioritaires » a été publié par l'Institut de Veille Sanitaire le 31 juillet 2006, pour déterminer quels types de cancers mériteraient une surveillance particulière pour leurs relations éventuelles avec l'environnement.

Un observateur naïf pourrait se demander si cette réflexion n'a pas été conduite, si l'on ne devrait pas agir sur ce que l'on sait déjà, s'il n'est pas étrange que d'autres travaillent sur des données recueillies depuis les années 50, pendant que nous, avec nos registres dont les plus anciens ont à peine 30 ans, prenons encore le temps de réfléchir à ce que nous allons bien faire.

## Retard français

Il faut dire que notre pays a toujours manifesté une sorte de répugnance pour les statistiques, c'est l'aspect poétique de notre infortune. Le

grand obstétricien Baudelocque lui-même n'a jamais pu se résoudre au raisonnement probabiliste dans la France du XVIII<sup>e</sup> siècle totalement dépourvue de chiffres, tandis qu'à la même époque, nos voisins hollandais, irlandais ou britanniques tenaient déjà fort bien leurs registres de grossesses et prévenaient ainsi de nombreux décès maternels.

Aujourd'hui, les registres de cancer recueillent les nouveaux cas sur 13 % de la population française adulte. Certains considèrent que c'est bien suffisant. D'autres aimeraient mieux connaître les nouveaux cas de cancer et la répartition des expositions environnementales. Tout indique qu'ils attendront.

Pour percer un peu les enjeux et les mystères des décisions de surveillance, observons l'élaboration du rapport de l'InVS sur les cancers prioritaires : il nous instruira comment le « consensus » conduit à regarder un peu à côté de ce qui aurait besoin d'être vu.

## Pas à pas pour arriver nulle part

Pour déterminer les cancers à surveiller en priorité, vingt-trois localisations de cancer (poumon, sein, prostate, cerveau, leucémies...) ont été confrontées à des critères comme le lien avec l'environnement, l'importance en santé publique ou la « perception » de leur origine environnementale. Au terme d'une méthode qui semble irréprochable (multiples avis spécialisés, utilisations des connaissances, progression pas à pas, discussion de chaque critère), la conclusion est stupéfiante : les six cancers à surveiller en priorité seraient les tumeurs du système nerveux, les cancers du poumon, les lymphomes, les mésothéliomes, les leucémies et les cancers de la peau. Pourquoi

« Les cancers méritent une étude de leur relation avec l'environnement. »

.../...

.../...

« Surveiller les cancers du poumon, de la plèvre ou de la peau évitera de tomber sur le sujet brûlant de la contamination aux produits chimiques. »

ceux-là ? Que va nous apprendre de décisif la surveillance des cancers du poumon, de la plèvre ou de la peau ? Mais parbleu, qu'il faut lutter contre le tabagisme, désamianter et porter un chapeau au soleil.

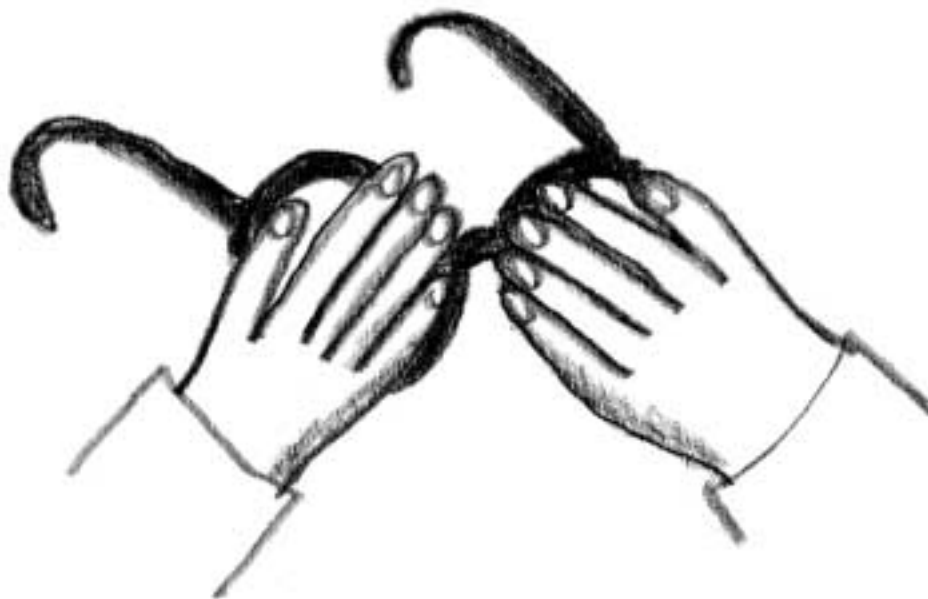
Quant à l'absence, dans cette liste, des cancers « hormono-dépendants » (testicule, prostate, sein, thyroïde), des cancers liés à l'élimination des toxiques (foie, pancréas, vessie, rein) et des cancers du côlon, nul doute qu'elle nous évitera de tomber sur le sujet brûlant de la contamination aux produits chimiques ou aux perturbateurs endocriniens.

Éviter les questions nouvelles,  
repousser les questions qui fâchent

Les critères retenus montrent que l'on navigue avec une carte périmée. Qu'on en juge : s'il existe déjà une méta analyse (ces études géantes statistiquement « puissantes » et dont les conclusions ont force de loi) ou une étude sur les

attend toujours la dernière version depuis... 2004), et les tableaux des cancers professionnels sont notoirement incomplets, comme nous le voyons dans nos cabinets ou dans les décisions de justice engagées par les victimes. Ce retard a d'ailleurs fait l'objet de propositions de révision par le département santé et travail de l'InVS lui-même. Les auteurs indiquent ce décalage, mais l'entérinent. Pourquoi, et au nom de qui ?

La liste des critères supprimés après l'audition de plusieurs experts laisse plus rêveur encore. Ainsi, l'existence de disparités géographiques (différences du simple au double entre départements) a été éliminée. C'est pourtant la base de l'épidémiologie descriptive, le point de départ de la réflexion et de l'investigation, l'exemple qui figure dans tous les livres d'épidémiologie, un des fondements même de la discipline. Tous les étudiants en médecine ont entendu parler des Japonais : ceux qui émigrent aux États-Unis rejoignent en



jumeaux concluant le lien d'un cancer donné avec l'environnement, ce cancer sera sélectionné, avec un coefficient maximum<sup>1</sup>. Tant pis si certaines questions pertinentes n'ont pas encore été explorées : elles resteront sinistrées.

Il est fait aussi largement appel aux monographies des substances cancérigènes répertoriées par le CIRC et aux cancers professionnels reconnus. Or, les monographies tardent à être publiées (on

une génération le taux local de cancers du côlon, mais perdent leur sur-risque de cancers de l'estomac. Mais les disparités géographiques françaises ne seront pas prises en compte, car « les facteurs socio-comportementaux faussent les comparaisons », (entendez par là : « ils fument »).

Supprimer le critère des disparités géographiques, est l'équivalent, pour un détective, d'effacer toutes les empreintes sur le lieu du crime, pour être sûr

## « L'augmentation du cancer signe l'échec de la démocratie mondiale. »

de ne pas y trouver celle d'un innocent. Au pénal, cette faute serait certainement punie comme obstruction à enquête. Dans le cas des cancers, c'est une proposition dictée par des experts chargés de la santé publique, on ignore lesquels.

Surprenante aussi, la décision de ne pas retenir le critère de l'existence de clusters (regroupement spatial de nombreux cas sur une courte période) sur un territoire particulier, pour le motif que les clusters sont liés à la « perception ». On manque malheureusement d'études sur la perception des conseillers et les déterminants de leurs motivations.

Enfin, l'âge inférieur à 65 ans au moment du diagnostic est supprimé car « non prédictif d'un lien avec l'environnement ». Les malades ou les familles des jeunes adultes touchés par un cancer du sein, du testicule ou autre apprécieront. Les Canadiens, eux, ont jugé utile de publier un rapport sur les cancers des jeunes adultes pour le motif contraire : les prévenir qu'ils font fausse route.

### Douceurs de la cécité

Certains s'accommodent fort bien du manque de données : sinon nul doute qu'il en serait autrement. Le premier avantage de ne pas regarder où il faut, c'est la paix sociale, des élus sereins, des industriels compétitifs, et des carrières lisses, sans histoires, sans intimidation, sans brimades. Les entêtés qui s'obstinent à faire leur travail en luttant contre le cancer doivent savoir qu'ils s'exposent à des risques professionnels. Quand le doigt montre la lune, l'imbécile regarde le doigt, dit le proverbe, mais, en politique, quand le doigt pointe le problème, le ministre coupe le doigt.

### Quelles retombées ?

Le rapport « cancers prioritaires » se décrit comme « une contribution parmi d'autres » et ne prétend pas avoir force de loi. Ses auteurs, assurément, sont sincères. On se demande néanmoins si le « consensus » ne l'a pas progressivement vidée de sa substance, et l'on imagine le poids de quelques négationnistes dont l'autorité aura suffi pour le neutraliser.

Si ces recommandations ne sont pas suivies, c'est malgré tout du temps qui n'aura pas servi ailleurs, un peu de retard en plus.

Ce travail est publié par l'InVS et cela lui confère une autorité. L'expérience montre que les publications, surtout officielles, peuvent toujours être

instrumentalisées à des fins contraires à la santé publique. Souvenons-nous comment l'avocat du Québec, gros producteur d'amiante, plaida pour maintenir l'exportation de ce produit, en comparant les chiffres allemands (où l'amiante était interdit depuis 1980), aux chiffres officiels français, faux mais six fois plus bas : « là où l'amiante est autorisée il y a moins de morts que là où elle est interdite. Il faut l'autoriser ! »

Contrairement à la cause des SDF, la lutte contre le cancer n'a pas ses enfants de Don Quichotte. Or, il est illusoire de croire que cette lutte pourrait se dérouler sans controverse : sur ce champ de bataille, tout consensus est suspect.

Ne doit-on pas admettre que la passivité du plus grand nombre autorise et pérennise cet état de fait ? Qui n'a pas voulu croire qu'il suffisait d'aller voter pour qu'un élu se charge naturellement du bien public ?

Pour contribuer à ce rapport, nul doute que la notoriété scientifique, universitaire ou hiérarchique aura suffi. Et pourtant, la légitimité essentielle des personnes autorisées n'est elle pas dans leurs faits d'armes contre le cancer, leurs rapports, leurs actions menées, parfois au risque de déplaire... ?

Le danger, pour la démocratie, serait d'oublier sa fragilité, de croire qu'il suffit de déléguer les affaires de la collectivité à des personnes compétentes et désintéressées. N'ayons pas la paresse d'imaginer que les élus, les scientifiques, les chercheurs et les médecins seraient naturellement bons, justes et clairvoyants. La maladie, comme le bon sens, l'entêtement à ne rien voir, le fatalisme prudent ou le nihilisme ordinaire sont des qualités fort bien réparties. La lutte contre le cancer nécessite donc la vigilance de tous, si nous voulons contredire les propos de Samuel Epstein il y a deux ans à l'UNESCO<sup>2</sup> : « l'augmentation du cancer signe l'échec de la démocratie mondiale ». ■

1. Chacun des 16 critères retenus sera coté avec un coefficient de 1, 2 ou 3.

2. Au Congrès « Cancer, environnement, société » organisé par l'ARTAC le 7 mai 2004.

# Vieillir : comme on peut ou comme on veut ?

■ Bernard Senet, médecin généraliste

Être acteur de sa vie jusqu'au bout, c'est l'idéal. Mais si on se prépare au troisième âge, on réfléchit encore trop peu au quatrième, celui de la dépendance.

Dans notre trajectoire de vie, le vieillissement apparaît comme une « maladie » normale qui provoque une diminution de l'autonomie, des capacités intellectuelles, de la résistance aux changements, aux nouvelles stimulations ; mais tout traumatisme nouveau comme une maladie organique, un choc psychologique (veuvage) ou un déplacement, font cruellement prendre conscience de la période à risques dans laquelle on entre en devenant vieux.

Il est donc bien question d'analyser ici comment le patient peut manifester antérieurement un certain nombre de volontés concernant sa fin de vie, et comment les soignants ou accompagnants peuvent l'aider à en faire une période de stabilité, voire de bonheur, et pourquoi pas de plaisir.

Être acteur de sa vie semble être évident quand on est jeune et adulte, mais cela perd progressivement de son sens avec l'âge. C'est pourquoi dans le meilleur des cas vont s'affronter la volonté du patient qui souhaite bien vieillir, et les possibilités des soignants qui souhaitent l'aider à bien vieillir ; sans que cela soit contradictoire cela peut parfois être utopique.

## La volonté du patient

Beaucoup de personnes ont projeté leur dernière phase de vie, soit à la maison, soit en institution, soit chez leurs enfants. Cette volonté est très rarement écrite, sauf à l'occasion de répartition de biens entre les enfants, alors qu'elle est depuis longtemps intégrée à la ligne de vie du couple ou de la personne âgée. Cette réflexion est souvent accompagnée d'un souhait concernant l'ultime fin de vie et d'une réflexion concernant la dépendance. En effet, la plupart des personnes âgées ont vécu des maladies douloureuses, des deuils, des hospitalisations, des acharnements thérapeutiques, ce qui les incite à avoir une position claire sur leur propre devenir.

Malheureusement, il n'est pas coutume en France d'écrire ou de partager au sein de la famille ses volontés concernant les dernières semaines ou les derniers mois. Nous, les médecins, sommes déjà très heureux quand une personne âgée a la capacité d'organiser son transfert du domicile dans une maison de retraite, ou quand nous voyons une famille discuter tranquillement d'un projet concernant le ou les parents.

C'est devenu un lieu commun de dire qu'il faut préparer sa mort quand on est en bonne santé. La culture du retraité actif, de la préparation au troisième âge devrait s'accompagner d'une culture du quatrième âge que l'on pourrait qualifier d'âge de la dépendance. Peu de personnes envisagent leur dépendance en dehors d'un problème financier. Il serait pourtant socialement bienvenu que chacun puisse prévoir sur qui et à quel prix va retomber son état de dépendance. Cette anticipation serait le garant d'une certaine dignité ; prévoir que l'on sera à la charge de telle ou telle personne signifie que l'on est capable d'anticiper la perte de ses capacités et surtout les répercussions sur l'entourage proche.



Il serait socialement bienvenu que chacun puisse prévoir sur qui et à quel prix va retomber son état de dépendance. »

## Les possibilités des soignants

Chaque patient étant différent, chaque soignant doit pouvoir comprendre et lire le vécu d'une personne et l'inscrire dans sa ligne de vie. Le respect des engagements préalables des individus est une donnée déontologique de base des soignants. Le respect de la volonté exprimée antérieurement, le

respect de la dignité de la personne, même devenue incapable, est essentiel dans la pratique quotidienne. Il est donc indispensable de réinscrire chacun dans le projet qu'il formulait auparavant, de stimuler sa volonté, sa mémoire, ses désirs, ses ambitions, ses goûts, ses plaisirs... et aussi accepter l'absence de projet, l'absence d'envie de vivre, le désir de partir, le souhait de ne plus être une charge pour ceux qui restent (famille, conjoint, société, institutions).

Actuellement, il n'y a aucune validation de documents qui permette de respecter une volonté du sujet ; il nous faut absolument des données concernant la personne que nous avons en charge, associant les dires de l'entourage, les écrits de la personne, les connaissances du voisinage et aussi ce qu'elle peut encore exprimer.

C'est seulement ainsi que nous pourrions respecter au mieux la volonté et l'engagement de chaque personne.

#### Quelques règles essentielles dans notre pratique

- | Ne pas faire du patient un objet de soin, mais un sujet.
- | Comprendre ce qui se passe sans obliger la personne à obéir à des règles que la société impose, légalement ou culturellement, ce qui provoque un conflit entre notre devoir (soigner à tout prix, « protéger la vie », poursuivre les soins) et les valeurs (francs-maçons, athées, croyants...).
- | Ne pas transférer nos propres projets et désirs sur la personne que nous avons en charge. Respecter ce que nous savons de son projet et se donner les moyens de continuer à l'inscrire dans sa propre dynamique de vie.
- | Être attentif à ce que la vieillesse peut entraîner au niveau financier : les assurances dépendance qui sont chères avant et très chères après, les familles avides, les enfants partagés. Nous sommes souvent au cœur de ces conflits financiers qui recouvrent toujours des problèmes affectifs.
- | L'apaisement, la bonne humeur, l'écoute, le respect, sont autant de qualités qui nous permettent d'inscrire notre accompagnement dans celui de la volonté de la personne vieillissante, et non pas dans notre projet qui est forcément différent : accompagner c'est comprendre et respecter, et non pas prendre et conseiller. ■

« Malheureusement, il n'est pas de coutume en France d'écrire ou de partager au sein de la famille ses volontés concernant ses dernières semaines ou ses derniers mois. »

#### Pour une amélioration de la loi Léonetti

■ Si la loi le permettait, la plupart des médecins accompagneraient en fin de vie les patients avec lesquels ils ont des relations de confiance. Une loi qui encadrerait la volonté du patient et l'intervention du médecin permettrait à chacun d'être entendu et d'assumer ses responsabilités ; cela ne représenterait pour les médecins qu'une petite part de leurs activités.

En pratique, tout le monde sait que beaucoup de médecins, suisses ou français, accompagnent et aident leurs patients demandeurs, mais l'absence de textes provoque souvent des refus obligeant les malades, surtout en Suisse, à se tourner vers les associations. C'est un peu le cas en France, même si l'ADMD (Association pour le droit de mourir dans la dignité) a officiellement refusé d'être une association d'aide à mourir, même si elle en revendique la légalisation.

La légalisation aurait au moins l'intérêt de sécuriser les médecins qui pourraient intégrer l'aide en fin de vie dans leurs pratiques sans risque judiciaire, et sans que cela déborde sur le reste de leurs activités auprès des patients. De plus, aider quelqu'un que l'on a accompagné n'a rien à voir avec aider quelqu'un dont la trajectoire personnelle et l'histoire relationnelle avec la maladie nous sont inconnues. C'est pourquoi la France et la Suisse ont besoin d'une loi légalisant l'euthanasie volontaire et pas seulement le suicide assisté. La loi d'avril 2005 « relative aux droits des malades et à la fin de vie », dite loi « Léonetti », n'apporte aucune garantie aux citoyens d'être respectés dans leurs volontés le moment venu, car elle laisse l'avis médical s'imposer face à tout autre avis « non-médical », écrit par le patient, ou exprimé par son mandataire.

Deux notions doivent figurer dans la prochaine loi : l'autorisation de l'aide active à mourir par un médecin, en surmontant les résistances du monde médical et des intégristes divers.

Le respect de la volonté individuelle s'imposant aux soignants, équipes et médecins, qui doivent accepter d'être des accompagnants efficaces et présents... mais respectueux.

# Danse avec l'hépatite

Francis Gaches\*, médecin interniste

Un spectacle-débat sur l'hépatite C comme mode original de prise en charge des patients.

Le virus de l'hépatite C est un virus agressif qui favorise l'apparition de cirrhose hépatique et de cancer du foie. Les progrès de la recherche ont permis de mettre au point des traitements relativement efficaces ces dernières années, mais ceux-ci sont extrêmement difficiles à tolérer cliniquement. Ce problème devient d'autant plus important que les personnes sont en situation de précarité ou fragilisées.

Beaucoup d'abandons du traitement surviennent chez des gens qui n'ont plus la force de continuer à le supporter dans la solitude ou du fait de difficultés sociales concomitantes.

Des professionnels de santé et des malades pendant des mois ont listé les différents obstacles à la poursuite des traitements, et ont eu l'idée de rassembler toutes les personnes concernées autour d'un spectacle-débat afin de réfléchir ensemble à des solutions qui pourraient être proposées.

Un projet national a été élaboré par l'Association pour la Promotion des Artistes, de l'Art, de la Culture et de la Santé<sup>1</sup> et des associations de Centres Hospitaliers et Centres Hospitaliers Régionaux de sept villes de France.

Il s'agissait de présenter un spectacle de danse africaine mettant en scène la maladie de l'hépatite C, la souffrance, la précarité, les difficultés de traitement, tout en véhiculant un message d'espoir de guérison grâce à un accompagnement au traitement. Après le spectacle, des professionnels de santé et des malades sont invités à témoigner sur scène de leur expérience. Puis le débat est lancé avec la salle, dirigé par un médecin coordinateur. En conclusion de la soirée, des propositions pratiques sont faites et recueillies par le médecin. Le même travail a été ainsi réalisé à Poitiers, Angoulême, Limoges, Toulouse, Aix-en-

Provence, Nice, Saint-Dizier du 9 au 23 octobre 2006.

Le spectacle de danse africaine contemporaine était présenté par la compagnie Pierre Sacrée et chorégraphié par M. Lebeau Bombouptou.

Le succès a été total avec près de 150 spectateurs présents chaque soir dans la plupart des villes.

Les différents médecins coordinateurs ont recueilli plusieurs propositions qui vont être soumises aux autorités sanitaires, aux différents réseaux hépatite C départementaux et aux membres de la conférence de consensus nationale pour l'hépatite C.

Globalement, le constat est que les patients abandonnent leur traitement du fait de l'absence d'accompagnement médical, psychologique ou social, des difficultés de vie (logement, nourriture...), des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie active non pris en charge, de l'isolement.

De grandes propositions émergent de ces discussions, avec notamment une facilitation à l'accès au soin pour la prise en charge de cette pathologie, mais aussi celle de l'alcoolisme et de la toxicomanie, la nécessité de créer des lieux de vie, les maisons de l'observance, où les malades pourraient se rencontrer, la possibilité d'offrir des lieux d'hébergement transitoires pendant le traitement. La prise en charge psychologique doit être systématiquement proposée et fortement conseillée, ainsi que l'action d'une assistante sociale pour essayer de réunir les meilleures conditions sociales dès le début du traitement.

Grâce à ses soirées, les soignants ont pu réaliser de façon concrète que tout traitement en général, et celui de l'hépatite C en particulier, ne se résume pas à la simple prescription d'une ordonnance, mais nécessite comme pour toute maladie une prise en charge globale. ■

\* Hôpital Joseph Ducuing Toulouse, 15 rue de Varsovie, 31076 Toulouse Cedex  
Représentant de l'association des amis de la médecine sociale.  
[www.hjd.asso.fr](http://www.hjd.asso.fr)

1. APAACS, 1 impasse Mader, 31300 Toulouse.



# Les sœurs de la perpétuelle indulgence

■ Marie-Jeanne Martin, médecin généraliste

L'humour, la mystification, l'écoute, comme moyens de lutte contre le sida et l'homophobie.

Il est des actions qui simplement se font comme une évidence et qui, petit à petit, d'évidence en évidence, mine de rien, créent des territoires de paroles et de soins.

Le couvent du Nord des « Sœurs de la Perpétuelle Indulgence » est né en 1998. L'origine de cet ordre particulier se situe aux États-Unis dans les années 80 et se décline dans le monde entier.

Il s'agissait, et il s'agit toujours, de créer la visibilité homosexuelle pour lutter contre la hiérarchie du genre, la honte, l'homophobie et la violence de l'intolérance. Il s'agit aussi d'agir en prévention du sida et des MST.

Le couvent n'est ni un lieu, ni une secte. On s'y engage dans le désir de lutter contre ces exclusions dans la non-violence et la paix, dans le respect de chacun et chacune et dans la volonté d'aider. C'est par marrainage que l'on peut postuler et entrer en « apprentissage » avant de prononcer ses vœux. On prend un nom, on choisit sa tenue. Chasubles, fards et poudres, talons aiguilles et faux cils. En « folles déjantées », les sœurs théâtralisent en jouant de la caricature, ritualisent, dérangent, troublent et choquent pour faire réagir et provoquer le dialogue. C'est à la fois ludique, dérisoire, drôle et sérieux.

Ce sont des happenings, des provocations dans des cafés, sur des marchés, des lieux de réunions, de spectacles pour permettre la visibilité de l'homosexualité.

C'est aussi une démarche de prévention de lutte contre le sida et les MST qui ne prône pas l'abstinence, mais bien au contraire le plaisir joyeux sous les bons offices de Saint Latex et Saint Gelaqueue. Les sœurs vont grimées, en habits dans les bars, sur les lieux de drague, elles sont là, présentes. Avec provocation, elles parlent de baise et distribuent des préservatifs. Avec dérision, elles proposent une confession à celui qui veut, anonymat assuré, où tout, absolument tout peut être dit et entendu. L'humour, l'ironie, la mystification permettent d'y aller carrément, de confier ses pratiques avec franchise. Cette approche permet plus d'efficacité dans l'invention de techniques de prévention des MST.

Ces hommes, ces femmes, jeunes ou plus âgés, homos, hétéros, bi, trans, toxicos, travelos, les Sœurs les écoutent, les provoquent, les bousculent sans tabou, sans retenue, mais toujours dans le respect.

Ainsi, en ces lieux publics, bizarrement, se crée une bulle d'intimité où d'autres choses peuvent se dire. Ces hommes, ces femmes sont aussi parfois porteurs du virus, parfois malades du virus, parfois dans des souffrances de choix de vie, de silence. Alors il est apparu évident qu'il serait bien de marquer des pauses.

Une semaine à la montagne, à la mer pour juste être ensemble, vivre ensemble du quotidien, du domestique fait de repas, de rythme différent, de fêtes, d'ateliers, de balades, de travail sur l'image de soi, de lenteur, de musiques, de douceur, de massages, de médicaments pris sans se cacher...

Durant cette semaine de ressourcement, la confession est possible simplement quand ça vient, la confession c'est-à-dire la parole, l'écoute. Alors les mots sortent les souffrances présentes, les doutes, les rejets, les secrets, mais aussi des blessures plus anciennes, celles qui viennent de si loin, de l'enfance, les ratés du lien, de l'affection, les adultes qui abîment, les viols...

De ces semaines, les Sœurs sortent vidées, épuisées. Mais elles ont permis cette suspension du temps où la parole a pu sortir.

Il ne s'agit pas là de lieux de soins.

Il s'agit pourtant de prendre soin de l'autre, de s'occuper de son bien-être.

Il ne s'agit pas là une zone géographique déterminée, de carte sanitaire.

Il s'agit pourtant de territoire que chacun s'approprié, un territoire symbolique du possible. ■

<http://assoc.orange.fr/spi/nord/>

## Pour en savoir plus

*Un mouvement gai dans la lutte contre le sida. Les Sœurs de la Perpétuelle Indulgence*, Daniel Welzer-Lang, Jean Le Talec, Sylvie Tomolillo, L'Harmattan, 2000.

*Les Sœurs de la Perpétuelle Indulgence*, Olivier Touron, Laurent Catherine, Éditions Alternatives, 2005.

Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

— Susan George, *Le rapport Lugano*, L'Aube, 1999

Quelques sages – anthropologue, économiste, biologiste, démographe – réunis dans le village suisse de Lugano (un équivalent de Davos) pondent un rapport sur les moyens de sauver enfin le capitalisme. Le diagnostic est imparable : ce sont les pauvres, trop nombreux, qui rendent le monde invivable. Comment s'en débarrasser ? Grâce à des « stratégies de réduction de la population » bien ciblées. Facile : il suffit d'éliminer les petits propriétaires fonciers partout dans le monde, de stériliser les pauvres, d'exacerber les conflits ethniques, sans compter de petites mesures très efficaces elles aussi pour augmenter le tabagisme tout en décourageant l'emploi de médicaments génériques... Il s'agit d'une fiction, imaginée par la cofondatrice d'Attac, mais elle a de tels accents d'actualité que le lecteur en sort assommé.

— Donald W Winnicott, *La Mère suffisamment bonne*, Petite bibliothèque Payot, 2006

C'est ce « suffisamment », si fameux, qui ouvre l'espace du tâtonnement, de l'hésitation, en rupture avec toute recherche de maîtrise et de perfection. Winnicott (1896-1971) tient dans une poche, il est ainsi encore plus parfaitement accessible. À noter aussi la sortie de *L'enfant dans l'adulte*, de Sandor Ferenczi.

— Margaret Maruani, *Travail et emploi des femmes*, Poches La Découverte, 2006

La sociologue Margaret Maruani se bat depuis des années pour imposer un regard moins biaisé sur le chômage, juste en tenant compte des différences hommes-femmes. Chômage plus systématique chez elles, travail à temps partiel, etc., les « travailleurs pauvres » des statistiques sont plus souvent des femmes. Quant aux « femmes au foyer », elles sont souvent en réalité des « chômeuses découragées ». De quoi voir la société française tout autrement.

— George Steiner et Cécile Ladjali, *Éloge de la transmission. Le maître et l'élève*, Pluriel, parution février

Un grand érudit américano-européen, né en 1929, face à une enseignante en banlieue, née en 1971. D'abord diffusé sur France-Culture, cet échange est une introduction à *Maîtres et disciples*, (Folio) où Steiner pose la question de l'autorité de l'enseignement.

— Michel Pinçon et Monique Pinçon Charlot, *Grandes fortunes. Dynasties familiales et formes de richesse en France*, Payot, 2006

Des centaines d'ethnologues et de sociologues se penchent sur les fins de mois des ouvriers, des cadres ou des employés. Mais aller éplucher les finances personnelles, les croyances et les modes de vie des grands de ce monde, bizarrement, c'est quasi impossible. D'où le côté vraiment méritoire de l'acharnement de ces deux sociologues à explorer ce qui est soigneusement mis à l'écart. Eux aussi contribuent à nous donner une vision plus exacte de la société française.

— Richard Poulin, *Abolir la prostitution*, Sisyphe, parution février

Ce sociologue canadien, auteur en 2004 de *La Mondialisation des industries du sexe* (Imago, 248 p.) plaide contre la marchandisation des femmes et des enfants dans la prostitution, forme en expansion du trafics d'êtres humains. Il est donc « abolitionniste ». Il nous parle industrie, trafic, économie, dans un système mondialisé où seules des miettes de profits gigantesques vont aux personnes prostituées. En France, depuis plusieurs années, le courant « antiabolitionniste » préfère mettre l'accent sur la liberté individuelle de se prostituer, et les garanties professionnelles qui devraient être attachées à ce qui serait simplement un métier. Le débat mérite qu'on s'y attarde.

Dominique Louise Pélegrin



— Serge Tisseron, *Vérités et mensonges de nos émotions*, Éditions Albin Michel, septembre 2005

Ayant lu le livre de Serge Tisseron *Vérités et mensonges de nos émotions*, j'aimerais essayer de le résumer et d'insister plus particulièrement sur les points qui m'ont semblé les plus intéressants. Il se peut que j'aie mal lu ou mal interprété certains points. Ce qui suit est donc de ma responsabilité et n'engage en rien l'auteur.

Pendant très longtemps, on n'a pas accordé assez d'importance aux émotions. On vit actuellement dans une époque qui a reconnu l'importance des émotions et qui dit qu'il est bon et sain d'avoir des émotions et d'être à l'écoute de celles-ci. Mais par un mouvement classique de balancier, les émotions autrefois méconnues ou combattues sont l'objet d'une attention admirative. On dit « vos émotions vous appartiennent, vos émotions sont à vous, vos émotions c'est vous. »

Or cette affirmation est fautive.

Lorsque nous sommes bébés, nous avons tendance à « caler » nos émotions, à les « étalonner » sur et à partir des émotions ressenties par ceux qui s'occupent de nous et avec lesquels nous avons un lien privilégié : d'abord les parents et la mère.

Ainsi, un flash photo est une lumière brutale accompagnée d'un bruit qui devrait nous effrayer, mais passé la surprise des toutes premières fois, nous observons que les adultes qui prennent des photos sont habituellement plutôt gais et détendus, en tout cas ils ne paraissent pas effrayés et bientôt le flash ne nous fera plus peur, mais sera l'occasion d'un sentiment de plaisir. Ainsi, nous apprenons à aimer ce que les adultes aiment à rechercher, ce qu'ils recherchent, à être émus par ce qui les émeut. Est-ce bien ou mal ?

D'une façon générale, les adultes répondent de façon adéquate aux sollicitations de l'environnement. Ils ont peur quand il est normal d'avoir peur, ils sont émus à bon escient. Et donc apprendre à réagir comme eux et interioriser ces réactions, c'est s'adapter de façon normale et efficace au monde environnant.

Mais les adultes n'ont pas uniquement des réactions adaptées, ils ont eux-mêmes été imprégnés, modelés par les réactions émotionnelles qu'avaient ceux qui les ont élevé. Une femme sourit à son enfant et son enfant lui sourit. Elle voit alors une expression qui lui évoque son frère aîné qui abusait d'elle quand elle était enfant. Elle a alors pendant un très court instant une mimique angoissée et apeurée.

Si cela n'a lieu qu'une fois, l'enfant aura vécu une fois une situation étrange et incompréhensible. Mais il n'est pas rare que les émotions de ce type se reproduisent. Dans ce cas, le bébé sera amené à vivre des situations incompréhensibles en lien avec des émotions traumatiques vécues par ses parents. Il est ainsi « pris en otage » par l'impact sur la vie psychique de ses parents des traumatismes qu'ils ont vécus. Mais les parents eux-mêmes peuvent avoir été « pris en otage » par les émotions de leurs propres parents. Il y a donc chez chacun différents types d'émotions, celles qui nous appartiennent en propres et qui sont la résultante de notre expérience de la vie et de notre histoire réelle, et celles par lesquelles nous avons été « pris en otages », celles qui viennent de nos parents et qui résultent d'une histoire que nous n'avons pas vécue, sur laquelle nous n'avons pas de prise et dont souvent nous ne savons rien.

#### Revenants et fantômes

Une femme emmenait régulièrement son enfant au Jardin des Plantes, lui offrait une glace en lui disant toujours avec la même voix étrange « Tu n'en parleras à personne, c'est notre secret à tous les deux ». Enfant, elle avait été violée par son frère qui lui disait « Tu n'en parleras à personne... ». Elle offrait donc une glace en éprouvant une émotion très forte et absolument pas adaptée à la situation réellement vécue par l'enfant.

Dans le film *Mystic River*, Clint Eastwood lit une histoire à son fils pour l'endormir, soudain il change totalement d'intonation, il revoit la scène où il a été agressé par deux pédophiles. Il revit alors les émotions qu'il a éprouvées, mais aussi celle que ses agresseurs ont eue ou celles qu'il a imaginé que ses agresseurs ont eue.

L'enfant est soumis à des émotions très fortes qu'il vit avec beaucoup d'intensité, mais dont il ne comprend pas l'origine.

La mère ou Clint Eastwood revivent une situation déjà vécue en relation avec des personnes qui ont existé (le frère violeur, les pédophiles). Ils sont visités par des *revenants*. En revanche, les enfants sont soumis à des états émotionnels n'ayant aucun rapport avec des situations vécues par eux, ceux qui sont à l'origine de ces états sont pour eux des *fantômes*.

Un *fantôme* est une construction imaginaire intérieure qu'un enfant se fabrique au contact d'un parent porteur d'un secret indicible (en règle générale un traumatisme non surmonté). Un *fantôme* est une construction psychique personnelle en relation avec un drame vécu à une génération précédente et qui se fait passer pour un *revenant* (trace énigmatique d'un événement que l'on a personnellement vécu et dont a perdu la mémoire).

Très souvent, lorsqu'on ne va pas bien, on se demande qu'ai-je vécu comme traumatisme pour être comme cela angoissé, manquant de confiance en moi-même ? Il est souvent plus utile de se demander « quelles émotions liées à leur propres expériences ou à celles vécues par des personnes qui se sont occupées d'eux mes parents m'ont-ils transmis ? »

On a beaucoup fait l'éloge de l'affiliation et de l'appartenance, il est temps de découvrir les vertus de la désaffiliation et de la dés-appartenance. L'apprentissage du doute envers nos émotions en est la clef : distinguer entre celles qui nous appartiennent en propre et celles qui témoignent à l'intérieur de nous de l'influence induite d'un autre.

Il faut oser l'irrévérence à l'égard de nos fantômes.

Jean-Pierre Lellouche

## Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

— Ginette Rimbault, Patrick Ayoun,  
Luc Massardier, *Questions d'inceste*,  
Édition Odile Jacob, septembre 2005

Ce livre est un travail de réflexion sur la prise en charge de jeunes filles victimes d'inceste. Ses auteurs, psychiatres, s'appuient sur leur expérience à la Maison d'Accueil Jean Bru à Agen : centre d'accueil éducatif et thérapeutique crée en 1996 pour recevoir des jeunes filles de 7 à 18 ans ayant été victimes d'inceste.

Ils nous parlent de questions d'inceste au pluriel car, s'ils abordent les différents types d'incestes, ils insistent surtout sur la singularité de chaque histoire : pour pouvoir apporter du soin, aider, il faut essayer d'approcher ce que chaque jeune fille a pu vivre, qu'elle est sa relation avec le parent responsable de l'inceste, quel est le contexte familial et social donné. Ils soulignent l'importance du travail régulier de supervision qui a été mis en place au niveau de l'équipe ; c'est lui qui permet aux intervenants d'appréhender la « sidération » déclenchée chez eux par le récit de ces vies, de prendre du recul au niveau des relations bien souvent « d'emprise » que les jeunes filles mettent en place avec eux. Ils insistent aussi sur l'importance du travail à faire avec la famille : l'inceste représente une attaque du lien générationnel, la famille même lointaine reste présente et sera là après la sortie de l'enfant de la maison d'accueil. Ils nous donnent des éléments de compréhension des différents positionnements de la mère et du père. Ils soulignent l'importance du travail en réseau avec l'extérieur : médecin généraliste, médecin psychiatre (les prises en charge thérapeutiques individuelles se passent en dehors du centre), secteur social, judiciaire. Enfin, ils replacent l'inceste dans notre contexte culturel et socio-économique.

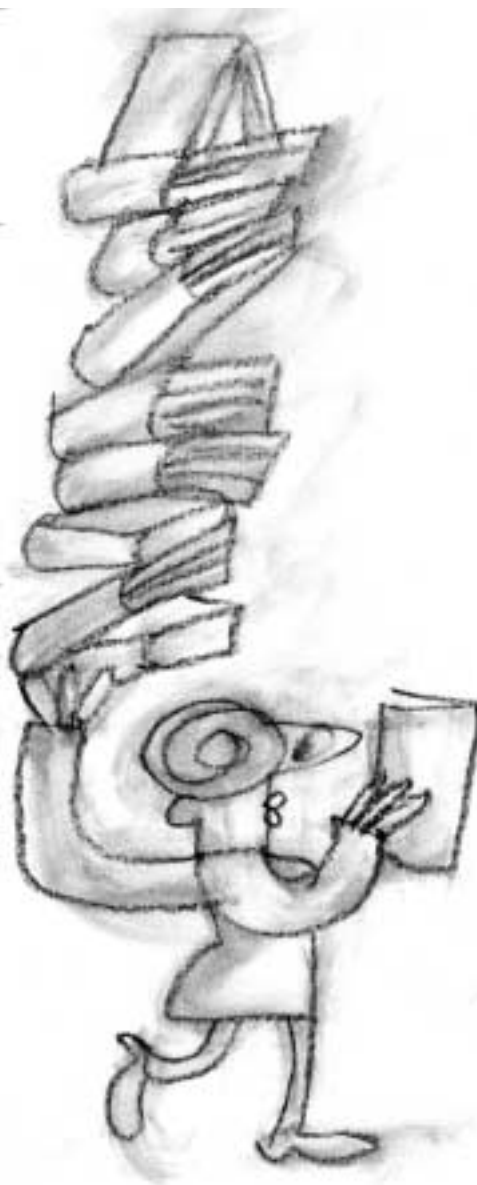
Marie Kayser

— Dorothée Ramaut, *Journal d'un médecin du travail*, Le Cherche-Midi éditeur, septembre 2006

Dorothée Ramaut a écrit son journal de médecin du travail dans un hypermarché, elle décrit sur six années (son journal) ses observations en lien avec les souffrances vécues par les employé(e)s. Son témoignage est terriblement démonstratif de ce que le management d'un

personnel tout dévoué à l'entreprise peut entraîner comme dégâts. On y découvre que le harceleur d'hier devient à son tour harcelé, lorsqu'il ne correspond plus à l'image de l'entreprise. Quant aux syndicats et membres du CHSCT, ils sont pour le moins lâches, silencieux, voire inutiles, puisque s'ils lui disent de continuer à dénoncer, ils ne la soutiennent jamais officiellement. Ce petit livre nous fait découvrir un médecin courageux, consciencieux, qui nous fait croire que si l'esprit collectif continue à exister, il est possible de croire à son métier. Cette misère se retrouve dans nos cabinets de généralistes, doit être soignée par des arrêts de travail, souvent par des psychotropes. La preuve est faite que ces prescriptions sont liées au management du travail, et sont un véritable traitement de la souffrance au travail.

Christian Bonnaud



■ Sylvie Fainzaing, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Collection ethnologies, PUF, septembre 2006

Sylvie Fainzaing est anthropologue et cela lui permet d'observer, ce qui se passe lors d'une relation de soins, mais aussi en dehors de ce moment, de parler avec le malade, sa famille, ou le soignant : médecin, infirmière, de ce qui s'est dit ou a été gardé sous silence, d'un côté ou de l'autre. Elle a choisi ici<sup>1</sup> d'étudier les situations de maladies graves, souvent des cancers. De la part des soignants, le mensonge, ou son avatar fréquent, le silence, est bien plus fréquent lorsque la « catégorie socioprofessionnelle » du patient est plus modeste ! Donc, non seulement les « pauvres » sont davantage malades et meurent plus tôt, mais en plus on leur dit moins les choses ! Le choix que fait le médecin de dire la vérité ou de mentir n'est que partiellement personnel : c'est son rôle et sa place dans la relation médecin/malade qui le moule, le modèle et lui enseigne le mensonge.

■ Patrick Lemoine et François Lupu, *Quiproquos sur ordonnance*, Armand Colin, 269 p.

■ Ouvrage collectif, dirigé par Michel Meslin, Alain Proust et Ysé Tardan-Masquelier, *La Quête de guérison. Médecine et religions face à la souffrance*, Bayard, 410 p.

Il est une matière à enseigner de toute urgence aux futurs médecins et soignants : la quiproquologie, écrivent sans rire le psychiatre Patrick Lemoine et l'ethnologue François Lupu, dans un livre plein de drôlerie et remarques. La quiproquologie serait l'art de désamorcer les « clash thérapeutiques », de plus en plus patents, entre médecins et patients... Au fil des pages, on croise quantité de personnages, des Dogons qui ont mal à la clavicule, un brave retraité qui ne peut plus manger de boudin, une chinoise qui ne peut plus manger du tout, une jeune centrafricaine de sept ans laissée à la maison avec ses frères et sœurs pendant que ses parents sont en vacances, et ainsi de suite. Grands malades, petits malades, tous sont héros bien malgré eux de ces « clash thérapeutiques », fort bien décrits et expliqués : quand on n'est pas du même monde, quand on n'est pas passé par les mêmes études, on ne se comprend pas bien. Entre médecins et patients, c'est une situation pour le moins fréquente. L'ethnologue, qui a beaucoup voyagé, se montre aussi à l'aise pour nous expliquer la vision du monde des Tin Dama (Papouasie-Nouvelle Guinée) que la représentation du travail par les chinois, à travers le vocabulaire qui le désigne, et la vision de sa santé par un ouvrier retraité en France. Il faut apprendre à écouter autrement les patients plaignent les auteurs, multipliant les exemples savoureux. Si cette jeune centrafricaine de sept ans est traitée par ses parents en chef de famille, c'est qu'elle en a l'âge officiel dans leur culture. Si les Dogons du Mali ont mal à la

Mensonge des médecins, mais aussi mensonges des malades (parfois rancœur des précédents), facilité ou non à demander davantage d'information, ou à mettre en cause le médecin, c'est parfois un positionnement social, voire un acte politique. L'utilisation de l'Internet peut être vécue comme une aide, un leurre, et parfois une transgression. Malentendus et rancœur de part et d'autre, « consentement résigné », et non éclairé, tensions et contradictions dans cette relation, entre paternalisme et droit de l'individu à l'autonomie, décalage cognitif entre les deux parties, on découvre dans ce livre de nombreux éléments qui contribuent à limiter l'accès à l'information, à la fois pour empêcher le mal, et aussi pour accepter ou refuser la place dévolue à chacun.

Martine Devries

1. Son précédent ouvrage : *Médicament et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance* paru en 2001, Éditions PUF, a été analysé dans le numéro 21 de *Pratiques* « Le médicament, une marchandise pas comme les autres », avril 2003.

clavicule, c'est qu'elle est le lieu où le Créateur place les graines de l'humain. Dans leur difficile parcours d'immigrés, s'il leur arrive de se sentir quelque peu déshumanisés, c'est naturellement là qu'ils vont avoir mal. Et ainsi de suite. En écoutant ce que disent les autres, fussent-ils des malades, on peut mieux tenir compte de leur propre vision du monde, de leurs savoirs. On peut aussi, espèrent les auteurs, dépasser les prétentions excessives de l'universalisme masculin occidental, et du bouillon scientifique où baigne notre culture.

Un autre ouvrage collectif vient lui aussi proposer une réflexion sur une question de fond : que mettons nous derrière les mots souffrance, maladie, guérison ? Les religions ne sont elles pas ce qui, au fond du fond, façonne notre manière de ressentir la maladie, de penser notre santé ? se demandent des spécialistes des religions et des médecins, dans un travail commun particulièrement riche. La douleur peut porter sens, ou pas. Les dieux peuvent être mêlés de près à ce qui arrive aux malades, ou pas. La Bible des juifs et celle des chrétiens fait une grande place à la souffrance, tandis que le Coran l'ignore : le mot n'apparaît quasiment pas et Dieu n'a pas à être interrogé sur la douleur des hommes. Le seul remède est la patience. Les sages-femmes mayas informaient solennellement les bébés qu'ils étaient tombés dans un monde dangereux, « lieu d'épuisement, de fatigue, de tourment ». Avec l'hindouisme, mais aussi avec les religions de l'ancienne Égypte, comme en Chine, on est dans une toute autre idée : celle d'un combat cosmique entre les forces qui assurent la cohérence du monde et les forces de désordre. Chaque imaginaire religieux a sa tonalité, son système d'explications, sa vision de la fragilité humaine, de la souffrance et des guérisons potentielles. Passionnant, vraiment.

Dominique Louise Pélerin

# Le journal de la Commune

Eloi Valat n'est pas seulement le concepteur de notre nouvelle maquette, il va également exposer tout un travail historique et artistique original du 1<sup>er</sup> mars au 1<sup>er</sup> avril 2007.

**L**e *Journal Officiel de la République Française* (édition de la Commune) paraît du lundi 20 mars 1871 (daté du 19 mars) au mercredi 24 mai 1871 (daté du 23 mai). Chaque numéro du *Journal Officiel* s'organise en deux parties : une « Partie officielle » qui publie les décrets, les arrêtés, les avis du Comité central de la Garde nationale, de la Commune et de ses diverses commissions, les délégations municipales ; une « Partie non officielle » qui publie les comptes-rendus des séances du Conseil de la Commune, les rubriques « Nouvelles étrangères », « Faits divers », « Variétés » (entendre informations diverses et variées), « Nécrologie », « Rapports militaires »...

Sur cette somme d'informations Eloi Valat a réalisé soixante-dix images/affiches pour restituer au jour le jour un panorama de deux mois d'insurrection. Chaque image est accompagnée d'un extrait daté du *Journal Officiel* choisi dans les propos et les polémiques qui divisent les élus Communeux, rapportés par la publication des séances de la Commune, les faits militaires, les anecdotes de la vie quotidienne à Paris, les nouvelles de la province et de l'étranger, les dépêches télégraphiques...

Exposition : 1<sup>er</sup> mars-1<sup>er</sup> avril 2007, Bibliothèque historique de la ville de Paris, 22 rue Malher, Paris 4<sup>e</sup>.



Vendredi 14 avril 1871 *Journal Officiel* de la République Française

**PARTIE OFFICIELLE.** La Commune de Paris, Considérant que l'organisation du service de santé dans la garde nationale est tout à fait défectueuse ; Qu'il est constant que beaucoup de bataillons sont allés au feu sans chirurgien ; Qu'il est impossible à un certain nombre de bataillons de trouver des chirurgiens, que même le chiffre réglementaire de deux chirurgiens par bataillon, lorsqu'il est atteint, est insuffisant lorsque le bataillon combat, que ce nombre est inutile en dehors de l'action. DÉCRÈTE : 1° Il sera formé des compagnies d'ambulance chacune de : 20 docteurs et officiers de santé ; 60 élèves en médecine, Ayant sous leurs ordres : 10 voitures du train des ambulances, portant chacune un sac d'ambulance bien garni. Et 120 brancardiers, portant trente brancards. Chaque compagnie est divisée en dix escouades. [...]





# Bulletin d'abonnement et de parrainage

## Oui, je m'abonne à *Pratiques* :

Nom ..... Prénom .....

Profession .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Tél. : ..... Fax : .....

E-mail : .....

## Oui, je parraine (j'indique mes coordonnées ci-dessus et celles de la personne que je parraine ci-dessous) :

Nom ..... Prénom .....

Profession .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Tél. : ..... Fax : .....

E-mail : .....

## Je choisis la formule suivante :

- l'abonnement classique :
- 1 an (4 n<sup>os</sup>) : 55 € au lieu de 64 €, soit plus de 14 % de réduction par rapport à l'achat au numéro
  - 1 an à tarif réduit : 35 € (étudiant, jeune installé de moins de 3 ans, demandeur d'emploi)
- l'abonnement de soutien 1 an : 110 €

## Je peux payer :

- par prélèvement automatique annuel, reconduit automatiquement sauf résiliation de ma part par simple demande.  
Je joins mon autorisation de prélèvement et un RIB ou un RIP.
- par chèque
- En cas de nécessité, un étalement trimestriel des paiements est envisageable : consultez le secrétariat.
- J'ai bien noté qu'un reçu me sera adressé à réception de mon règlement.

## Autorisation de prélèvements

<p>J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier les prélèvements pour mon abonnement à la revue <i>Pratiques</i>.</p> <p>Je pourrai suspendre à tout moment mon service à la revue <i>Pratiques</i>.</p> <p>Date :</p> <p>Signature :</p> <p>IMPORTANT : merci de joindre un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postale (RIP) à votre autorisation.</p>	<p>Revue <i>Pratiques</i> 52 rue Gallieni 92240 Malakoff</p>	<p>Numéro national d'émetteur N° 459582</p>									
	Titulaire du compte à débiter										
	<p>Nom, Prénom .....</p> <p>Adresse .....</p> <p>.....</p>										
	Nom et adresse de votre agence bancaire										
	Nom, Prénom .....										
	<p>Adresse .....</p> <p>.....</p>										
	Désignation du compte à débiter										
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Codes</th> <th style="text-align: right;">Clé</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">Établissement</th> <th style="text-align: center;">Guichet</th> <th style="text-align: right;">RIB</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">         </td> <td style="text-align: center;">         </td> <td style="text-align: right;">         </td> </tr> </tbody> </table>		Codes		Clé	Établissement	Guichet	RIB			
Codes		Clé									
Établissement	Guichet	RIB									





Chère abonnée, cher abonné,

Vous disposez ici de la version électronique de ce numéro de Pratiques.

Deux conseils, pour vous en faciliter l'usage.

1) Dans cette version, les articles sont indexés par thème.

Vous trouverez à la page suivante un sommaire-index des mots-clés utilisés, indiquant, pour chacun de ces mots-clés, les N° de page des articles dont ce mot-clé caractérise un des thèmes principaux.

Pour vous rendre à cette page, il vous suffit d'en inscrire le N° sur votre marque-pages.

Pour revenir au sommaire-index, tapez 98 dans le marque pages de la barre des tâches. Vous pouvez aussi cliquer sur l'icône « Signet », située juste au-dessous de l'icône « Page », à gauche, en haut, sous la barre des tâches : elle vous conduira à la mention : « Index page 98 », qui vous y dirigera immédiatement.

En laissant continuellement affiché ce signet sur la partie gauche de votre écran, vous pouvez commodément passer du sommaire-index à l'article désiré, et réciproquement.

Alternativement, tapez dans le moteur de recherche de votre lecteur de pdf le début du mot clé figurant au sommaire index page 98, précédé de la marque de paragraphe §. D'occurrence en occurrence, vous vous déplacerez ainsi d'un article au suivant, pour ce même mot clé.

2) Vous souhaitez extraire un article pour l'envoyer à un correspondant : téléchargez un logiciel gratuit de fractionnement de votre revue pdf. Ces logiciels vous fournissent sur le champ une copie de votre fichier fragmentée en autant de fichiers séparés que de pages. Vous n'avez plus qu'à choisir celle(s) que vous souhaitez joindre à votre envoi.

Un bon logiciel pour cet usage est "Split and Merge" dont il existe une version en français. Il vous permet aussi bien de fractionner à votre guise votre fichier que d'en fusionner les pages que vous désignerez.

Consultez le tutoriel <http://www.pdfsam.org/uploads/pdfsam-tuto-fr.pdf>

Vous y trouverez les liens de téléchargement page 4. Une fois le logiciel installé et ouvert, à Réglages, choisissez la langue (french).

Pour extraire un article :

- Choisir le Module Fusion
- Cliquer sur Ajouter, et choisir le fichier pdf dont vous souhaitez extraire un article.
- Choisir « Sélection de pages » parmi les onglets du menu, en haut, à droite.
- Double-cliquer dans la case du dessous et indiquer les N° de page du début et de fin de l'article, séparés par un tiret.
- Fichier à créer : Choisir un dossier et nommer votre fichier à extraire.
- Décocher Remplacer le fichier existant
- Cliquer sur Exécuter et retrouvez le fichier extrait dans le dossier que vous aurez choisi.

Bonne lecture !

## Sommaire Index des mots clés

Mot Clé	Titre	Page
§Accès aux soins	Pour un usage authentique de la raison	20
	Le pari du don	32
	L'injonction de la perfection	49
	Non à une société sécuritaire	66
§Adolescent, Jeune	Exil	23
	Avicenne	46
§Aide-soignante	Un défaut de traduction	14
§Alcool	Le social comme face cachée de la médecine	59
§Assurance complémentaire	Le mensonge de la "complémentaire pour tous"	70
	Du bon usage de la sociologie	62
§Assurance maladie	Refus de soins	65
	Au xix <sup>e</sup> siècle déjà la controverse... ..	28
§Bureaucratie	Refus de soins	65
§CMU, AME	Le mensonge de la "complémentaire pour tous"	70
	Du bon usage de la sociologie	62
§Collectif	Non à une société sécuritaire	66
	Les sœurs de la perpétuelle indulgence	89
§Comparaison internationale	Comment font nos collègues Senoufo ?	31
	Le plaisir de savoir	61
	A force de crier au loup	69
	La quête de guérison. Médecine et religions face à la souffrance (Collectif)	93
§Concurrence, Marché, Privatisation	A force de crier au loup	69

	Scandales industriels et indépendance	76
§Délation	Non à une société sécuritaire	66
	Journal d'un médecin du travail (Dorothee Ramaut)	92
§Dépassement honoraires	Refus de soins	65
§Don	Le pari du don	32
§Ecoute, empathie, Relation soignant soigné	Les illusions perdues	10
	La philosophie ou l'apprentissage de la critique	15
	Cheminement	23
	Initiation	23
	Le clown triste	24
	Dessine moi une consultation	55
	Les sœurs de la perpétuelle indulgence	89
	Questions d'inceste (Ginette, Patrick, Lucile/Raimbaut, Ayoun, Massardier)	92
	La relation médecins-malades; information et mensonge (Sylvie Fainzaing)	93
	La quête de guérison. Médecine et religions face à la souffrance (Collectif)	93
§Environnement, Pollution, santé environnementale	Cancer : L'invisibilité organisée	83
	Vieillir : Comme on peut ou comme on veut ?	86
§Euthanasie		
§Femme, Condition féminine	Le plaisir de savoir	61

	Travail et emploi des femmes (Margaret Maruani)	90
	Abolir la prostitution (Richard Poulin)	90
§Fiction, imaginaire	Tamiflu et grippe aviaire	78
	Le rapport Lugano (Susan George)	90
§Formation initiale, Formation continue	La place des sciences humaines dans le soin	9
	Les sciences humaines et sociales en face de médecine	12
	Un défaut de traduction	14
	La philosophie ou l'apprentissage de la critique	15
	La science du soin	18
	Cheminement	23
	L'histoire de la relation médecin/malade	25
	L'injonction de la perfection	49
	Devenir "médecin de famille"	50
	Chercher des outils	53
	Un diplôme universitaire hors-normes	58
	Sauver la formation du généraliste	68
	Eloge de la transmission. Le maître et l'élève (Georges Steiner/Cécile Ladjali)	90
§Généraliste	Cheminement	23
§Gouvernement, politique, démocratie	Rééquilibrer les facteurs de choix publics	6
	Au xix <sup>e</sup> siècle déjà la controverse... ..	28

§Histoire de la médecine	Pour un usage authentique de la raison	20
	L'histoire de la relation médecin/malade	25
	Au XIX <sup>e</sup> siècle déjà la controverse... ..	28
§Hôpital, réforme hospitalière	L'histoire de la relation médecin/malade	25
§Immigration, Sans papiers	Exil	23
	Les raisons de la colère	46
§Inégalités, Exclusion sociale,	Le social comme face cachée de la médecine	59
	Postier syndicaliste	61
	Danse avec l'hépatite	88
	Travail et emploi des femmes (Margaret Maruani)	90
	Grandes fortunes. Dynasties familiales et formes de richesse en France (Michel Pinçon/Monique Pinçon Charlot)	90
§Langage	La science du soin	18
	Le clown triste	24
	Les outils de la confiance	35
	Eloge de la littérature	42
	Chercher des outils	53
§Manipulation	A force de crier au loup	69
	L'ostéopose a bon dos	75
	Scandales industriels et indépendance	76
	Tamiflu et grippe aviaire	78
§Médecin généraliste	Sauver la formation du généraliste	68

	Journal d'un médecin du travail (Dorothee Ramaut)	92
§Médecine du travail	Coup d'arrêt aux programmes "d'aide à l'observance"	67
§Médicament, firmes pharmaceutiques	L'ostéopose a bon dos	75
	Scandales industriels et indépendance	76
	Tamiflu et grippe aviaire	78
§Mondialisation OMC	Le rapport Lugano (Susan George)	90
	Abolir la prostitution (Richard Poulin)	90
§Mutuelle, mutualisme, mutualité	Le mensonge de la "complémentaire pour tous"	70
§Patient	La place des sciences humaines dans le soin	9
	Exil	23
	Le clown triste	24
	Sortir la psychanalyse de l'ombre	29
	Comment font nos collègues Senoufo ?	31
	L'accent du Jura	41
	Eloge de la littérature	42
	La nuit de nocé de Louis XIII	46
	Savoir se taire	47
	L'injonction de la perfection	49
§Pays en voie de développement, Sous développement, Relations Nord-Sud	Avicenne	46
§Personnes âgées, vieillissement	Vieillir : Comme on peut ou comme on veut ?	86

§Pratique médicale	La place des sciences humaines dans le soin	9
	Les illusions perdues	10
	Les sciences humaines et sociales en face de médecine	12
	Un défaut de traduction	14
	Initiation	23
	Sortir la psychanalyse de l'ombre	29
	Comment font nos collègues Senoufo ?	31
	Le pari du don	32
	Les outils de la confiance	35
	Une pratique de l'imaginaire	39
	L'accent du Jura	41
	Jean Valjean	44
	La nuit de nocé de Louis XIII	46
	Savoir se taire	47
	Devenir "médecin de famille"	50
	Chercher des outils	53
	Dessine moi une consultation	55
	Un diplôme universitaire hors-normes	58
	Quelles sciences humaines ?	61
	Du bon usage de la sociologie	62
	Coup d'arrêt aux programmes "d'aide à l'observance"	67
	Sauver la formation du généraliste	68
	Danse avec l'hépatite	88
	Les sœurs de la perpétuelle indulgence	89

	Questions d'inceste (Ginette, Patrick, Lucile/Raimbaut, Ayoun, Massardier)	92
	La relation médecins-malades; information et mensonge (Sylvie Fainzaing)	93
	La quête de guérison. Médecine et religions face à la souffrance (Collectif)	93
§Prescription	Dessine moi une consultation	55
	Coup d'arrêt aux programmes "d'aide à l'observance"	67
	L'ostéoropose a bon dos	75
§Prévention	Un diplôme universitaire hors-normes	58
	Cancer : L'invisibilité organisée	83
§Psychanalyse	Les illusions perdues	10
	Sortir la psychanalyse de l'ombre	29
	Les outils de la confiance	35
	Une pratique de l'imaginaire	39
	Savoir se taire	47
	Devenir "médecin de famille"	50
	Quelles sciences humaines ?	61
	Vérités et mensonges de nos émotions (Serge Tisseron)	91
§Psychiatrie, santé mentale	Une pratique de l'imaginaire	39
	L'accent du Jura	41
	Jean Valjean	44
	Les sciences qui dérangent	45

	Les raisons de la colère	46
	Questions d'inceste (Ginette, Patrick, Lucile/Raimbaut, Ayoun, Massardier)	92
§Santé publique	Les sciences humaines et sociales en face de médecine	12
	La philosophie ou l'apprentissage de la critique	15
	Pour un usage authentique de la raison	20
	Cancer : L'invisibilité organisée	83
§SIDA	Eloge de la littérature	42
§Subjectivité	Avicenne	46
§Syndicat	Postier syndicaliste	61
§Tabac	Le social comme face cachée de la médecine	59