

# Des lois qui désorganisent !

Cette année 2009 s'annonce sous de sombres auspices pour les plus pauvres. La crise financière nous fait craindre une grave régression dans une société déjà terriblement inégalitaire.

Pendant ce temps, les médias évoquent des histoires dramatiques d'erreurs médicales, alors que les contraintes de rentabilité désorganisent les équipes et entament la vigilance requise par nos métiers.

Si l'on en croit le représentant de la République, ce ne serait qu'une question d'organisation... C'est glisser un peu vite sur les causes profondes du malaise dans les hôpitaux qui ont été dévastés par vingt ans de désorganisations successives dues à la succession de nouveaux plans, dont l'un chasse l'autre, avant qu'on ait eu le temps d'en évaluer les effets.

Le projet de loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires... s'inscrit dans cette continuité. Utiliser ces mots dans un projet de loi n'est pas anodin.

À l'hôpital, fini le conseil d'administration où siégeaient le maire et les représentants des professions médicales, il sera géré comme une entreprise par un directeur nommé par le ministère, avec des exigences de rentabilité. Le transfert des activités rentables (chirurgie...) vers les cliniques privées s'accélère avec comme conséquence pour les patients toujours moins de soignants, des séjours rapides, des consultations privées et des suppléments d'honoraires. Notre société laissera-t-elle à la porte des hôpitaux étranglés financièrement les patients atteints de pathologies complexes et non rentables?

Quel progrès attendre d'un système de santé qui ne favorisera ni l'accès aux soins ni la coopération interprofessionnelle indépendante ?

Pour qu'une réforme apporte un réel bénéfice aux citoyens, il faudrait qu'elle cesse de pénaliser financièrement les patients, qu'elle organise l'installation des médecins dans des structures adaptées et formatrices, qu'elle installe une véritable politique de prévention et d'éducation sanitaire, à l'école et au travail, indépendantes des lobbies pharmaceutiques, qu'elle mette en place une véritable démocratie sanitaire.

Ce dont les professionnels et les malades ont besoin, c'est d'une organisation des soins basée sur une conception plus humaine de la relation thérapeutique et d'une réflexion menée par la société toute entière sur l'impact des conditions de vie sur la santé.

C'est le projet de la revue *Pratiques*. Nous invitons nos lecteurs à s'engager et à trouver les outils qui permettent à chacun de se soigner et de faire évoluer la société.

**A l'heure des mensonges orchestrés par les médias,  
à quelles conditions peut-on se parler pour que cela aide à se soigner et à soigner ?  
Comment raconter et inventer ensemble des  
histoires qui aident à trouver du sens ?**

**1. Débusquer les mensonges**

- 11 Anne Perraut Soliveres  
**35 heures d'alibi**  
Yveline Frilay  
**Profession : contrôleur médical**
- 12 Eric Hazan  
**LQR, la langue de la 5<sup>e</sup> République**  
*Un ancien chirurgien devenu éditeur analyse au scalpel les manipulations du langage.*
- 17 Jacques Richaud  
**Les mots sont importants**  
*Décrypter les détournements des mots en social et santé pour retrouver la volonté de défendre des droits légitimes.*
- 20 Marie Kayser  
**Sauver la Sécu ou exclure les pauvres ?**  
*Les membres du SMG dénoncent le plan du directeur de l'Assurance maladie qui, comme le gouvernement, ne tient pas compte de l'accès aux soins.*
- 21 Christiane Voltaire  
**Euphémisation**  
*Une philosophe relève la violence des lois qui excluent les demandeurs d'asile.*

**2. Les conditions de la liberté de parole**

- 24 Anne Perraut Soliveres  
**Dire ou ne pas dire**  
Fadela Ziri  
**Des parents au présent**  
Elisabeth Maurel-Arrighi  
**Le temps de l'écoute et de l'empathie**
- 25 Chandra Covindassamy  
**Serendipity – Zadigacité**  
*Un psychanalyste évoque la richesse que donne la capacité d'accueillir l'imprévu.*
- 28 Jean Bescos  
**Le premier mot**  
*Les malentendus de la relation soignant-soigné sous la plume d'un nouvelliste.*
- 29 Sylvie Cognard  
**Histoire d'une traduction erronée**  
*Une généraliste dévoile le malentendu d'une mauvaise traduction de primary care.*
- 30 Entretien avec les animateurs de l'APICC  
**Le pari de cinéthique**  
*Un cinéclub comme apprentissage de l'écoute pour de futurs médecins.*
- 32 Lucie Delamer  
**Vie et mort d'un groupe de parole**  
*Expérience libératrice pour les uns : scandale pour les autres.*
- 33 Lise Gaignard  
**Les risques de dévoiement des groupes de parole**  
*Parler sans esquiver le conflit, une psychanalyste analyse les conditions qui permettent une parole pertinente.*
- 37 Smaïn Laacher  
**Dire à autrui en situation de contrainte**  
*Un sociologue évoque les embûches auxquelles sont soumis les demandeurs d'asile pour pouvoir formuler un récit qui soit cru.*

40 Noëlle Lasne

**Mot contre mot**

*Un médecin du travail raconte trois consultations où les mots émergent et libèrent.*

42 Jean-Louis Gross

**Le moment où tout bascule**

*Un médecin généraliste explore le délicat moment de l'annonce d'un diagnostic.*

**3. Inventer ensemble des histoires**

44 Sylvie Cognard

**La ronde des maux et des mots**

Lucie Delamer  
**Cheminements**

45 Elisabeth Maurel-Arrighi

**Le déluge**

Magali Portier  
**On verra demain**  
Martine Lalande  
**Compte à rebours**

46 Elisabeth Maurel-Arrighi

**Etre bon public**

*Un médecin écoute et raconte des histoires pour aider ses patients à se soigner.*

47 Christiane Voltaire

**La mythologie et l'homme problématique**

*L'homme entre mythe et politique, d'après l'historien Jean-Pierre Vernant.*

48 Annie Stammeler

**Le fatal poisson Auguste**

*Un psychanalyste évoque des paroles d'enfants, les siennes et ses histoires écrites qui peuvent servir à d'autres pour s'exprimer et s'épanouir.*

51 Isabelle Canil

**Les loriot, des merles et des pies**

*Une orthophoniste recueille des morceaux d'histoire de vie, pour réhumaniser l'écriture en un savoir accessible.*

## MAGAZINE

- 53 Anne-Marie Pabois  
**Ours brun**  
*Une médecin devenue grand-mère assiste, ravie, au plaisir de la recherche des mots.*
- 54 Entretien avec Muriel Bloch  
**Le conte, un récit en bonne santé**  
*Une conteuse se saisit des occasions dans la vie et les lieux pour faire surgir le goût du merveilleux.*
- 57 Marc Buléon  
**Des hommes et des femmes autistes conteurs et musiciens**  
*Le cheminement d'un conteur et de huit adultes autistes devenus acteurs et musiciens.*
- 59 Claire Denoe  
**Déboire**  
*Une personne aux prises avec l'alcool se risque à partager des mots sur l'alcool sur un blog.*
- 60 Anne Perraut Soliveres  
**Tapage nocturne**  
*Une cadre infirmière praticien chercheur anime un blog où des soignants prennent enfin la parole.*
- 62 Entretien avec Jean-Brice Gremaud  
**Enquête sur notre histoire**  
*Un instituteur encourage les enfants à enquêter sur leur propre histoire, pour savoir où ils vont.*
- 65 Emmanuelle Frayssac  
**L'enjeu politique de la parole qui accueille**  
*Face claire, face obscure d'un atelier d'écriture.*  
**Les multiples voix du discours**  
*Pour une légitimité plurielle de la parole.*  
**Narcisse, ou les histoires d'une écriture**  
*Texte miroir : entre l'image de soi et l'image de l'autre.*

4 **Courrier des lecteurs**  
Annonce du congrès de la SFTG

5 **Nouvelles de la diffusion**

6 **IDÉES**

**Le slam, un mouvement social ?**

*Le poète de banlieue « Grand Corps Malade » explique comment le slam fonctionne et rassemble.*

69 **ACTU**

Martine Devries – **Les génériques, la Mutualité française et les firmes**  
Marie Kayser – **Pour des Contrats d'Amélioration des Pratiques Collectives**  
**Très chères franchises...**

**Une 1<sup>re</sup> année de médecine moins inégalitaire**

**Liens entre cancers et environnement**

Martine Devries – **Le chrysotile : des risques certains**

Marie Kayser – **A Paris, l'hôpital public étranglé**

**La relation volume-qualité des soins dans les hôpitaux**

**Les leaders d'opinion : Le Formindep remonte au créneau**

**Transparence de l'information médicale : refus du Parlement**

78 **COUP DE GUEULE**

Didier Ménard

**La loi protège le citoyen : lequel ?**

**Une histoire simple d'exclusion sociale**

79 **LE MÉDICAMENT**

Jean-Pierre Lellouche

**Imposture, sentiment d'imposture et storytelling**

80 **CLINIQUE**

Laurent Huillard

**C'est juste pour un bilan**

Dominique Gaucher

**La psychanalyse guérit-elle ?**

84 **IMAGE DU CORPS**

Cécile Estival

**Vers un rapprochement entre Soi et le corps imagé**

87 **AILLEURS, AUTRES REGARDS**

Dominique Louise Pélegrin

**La fiction, le soin, et l'amie anglaise**

90 **REVUE DE REVUES**

Jean-Pierre Lellouche

**Lire aux enfants à haute voix**

**IRM, écoute, méthodes objectives et maladie subjective**

91 **NOUS AVONS VU ET LU POUR VOUS**

**Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir, comme**

**Cahier d'un retour au pays natal ou Accueillir ou reconduire, et évocation du film**

**Entre les murs.**

## ■ A propos de la lettre du CoMéGAS, face à la circulaire de la Sécurité sociale parue dans le magazine du n° 43

« Le CoMéGAS réclame la mise en place, entre autres par la formation professionnelle conventionnelle financée par la Sécurité sociale, d'une formation des médecins à la problématique des inégalités sociales de santé, aux réalités des vies des populations précarisées, et aux spécificités sanitaires et relationnelles de leur prise en charge ». Spécificités sanitaires, pourquoi pas, mais relationnelles, non, je ne vois pas trop pourquoi les médecins auraient une formation aux spécificités relationnelles avec les malades les plus pauvres, au risque d'une connotation quelque peu charitable. —

**Patrick Dubreil**

Avoir la CMU entraîne des réactions maladroitesses, des peurs, des hontes, parfois de la violence anticipant le rejet des professionnels.

La prise en charge de ces populations demande un savoir et des compétences particulières, des réseaux performants, prendre le temps de désamorcer la violence, prendre le temps d'expliquer la démarche de soins en mots simples, les exigences des professionnels spécialistes en matière d'exactitude (je pense à un rendez-vous d'électromyogramme raté : 90 mn réservées par le rééducateur pour rien). Bien sûr, il est recommandé de faire la même chose avec tous les patients, parce que même les plus riches peuvent ne pas saisir la portée, l'importance ou l'exigence. Mais on ne peut pas minimiser la nécessité de prendre du temps avec les bénéficiaires de la CMU : quand ils ont fait la démarche de franchir la porte de notre cabinet, ils ont déjà fait un grand pas en avant dont nous n'avons pas toujours conscience, et ils ont besoin de reprendre confiance en nous, de croire à notre compétence pour avancer. Quant aux pathologies particulières, on ne peut pas les ignorer : l'importance des cancers, des infections, la différence de ressenti du « normal » et du « pathologique », la tolérance à la douleur, la mauvaise bouffe et ses conséquences, l'obésité, le diabète, l'importance des pathologies psychiatriques de causes multiples (traumatiques, désocialisation, toxiques)...

Sans être « charitable » ni stigmatisant, c'est un fait et les statistiques générales le confirment. —

**Elisabeth Péride**

**Précisions et corrections :** Dans la tableau synoptique du *Pratiques* n° 43, page 64, il faut absolument rajouter dans la rubrique « Du côté des professionnels de santé » la création en 2004 du collectif Formindep « pour une formation médicale indépendante au service des seuls professionnels de santé et des patients ». *Pratiques*, dans ses numéros, se fait régulièrement l'écho des actions du Formindep et rejoint tout à fait son combat pour l'indépendance de la formation et de l'information médicale.

### Colloque de la SFTG

(Société de Formation Thérapeutique du Généraliste)

Vendredi 30 janvier 2009

au Palais du Luxembourg de 14 h à 18 h

## Le Médecin, le Patient et l'Environnement Quelle information pour agir ?

Fertilité, cancers, asthme, allergies...

Quel est le rôle de l'environnement?

Transparence de l'expertise et conflits d'intérêts...

Le médecin généraliste par sa position de référent privilégié devient acteur et sentinelle, quels sont ses moyens d'action ?

Pré Programme :

#### 1. Du symptôme à l'alerte, les polluants du quotidien : vers une sémiologie environnementale

Dr Fabien Squinazi, Dr Alain Nicolas, François Veillerette, Pierre Le Ruz, Dr Hubert Isnard.

#### 2. Réflexions sur un enjeu de santé publique. Comment s'informer ? Comment agir ?

Pr. William Dab, André Cicollela, Yorghos Remvikos, Dr Patrice Halimi.

Inscription préalable indispensable = 20 € – (Étudiants, Adhérents SFTG = 10 €)

Organisation : François Baumann, Jacques Bonnin, Laurence Carrié, Isabelle Dupie, Florence Gaudard, Johanna Levy, Emmanuel Surig.

## L'abonnement électronique et l'indexation entrent en scène !

**DIFFUSION** : Pour 15 € seulement, couplez désormais votre abonnement à la revue papier avec sa version électronique, sous forme de fichier .pdf. Vous pourrez ainsi librement l'imprimer, choisir les articles que vous souhaitez reproduire, les faire parvenir à vos amis, les diffuser dans vos salles d'attente.

**RECHERCHE** : Un bonheur n'arrivant jamais seul, l'abonnement électronique fournira les articles indexés : un sommaire, croisant mots-clés et articles, figurera à la fin du fichier, avec renvoi par hyperlien aux articles concernés. Vous disposerez ainsi d'un outil qui facilitera grandement vos recherches bibliographiques.

N'attendez plus pour constituer chez vous cette nouvelle collection !  
Souscrivez dès aujourd'hui en remplissant le bulletin ci-dessous.

### Bulletin d'abonnement électronique annuel

Nom ..... Prénom .....

Organisme ..... Profession .....

Adresse .....

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

Tél. : ..... Fax : .....

E-mail (lisible !) : .....@ .....

Je suis un(e) abonné(e) à *Pratiques* en version PAPIER, souhaite ÉGALEMENT recevoir mes numéros en format PDF – et je joins mon chèque de 15 €, si je ne suis pas abonné(e) par prélèvement.

#### DIFFERENTS CAS :

> Si vous avez choisi le **prélèvement automatique** pour votre abonnement **papier**, renvoyez-nous ce bulletin, convenablement coché, **sans chèque**. Par la suite, à l'échéance annuelle, nous prélèverons sur votre compte la somme totale des deux types d'abonnement, soit 57 € + 15 € = 72 €.

> **Si vous payez par chèque**, vous recevrez tous les N<sup>os</sup> correspondant à votre abonnement en cours. A l'échéance, il vous sera demandé de confirmer votre demande pour le renouvellement de l'abonnement couplé.

> Si vous êtes une **bibliothèque universitaire** ou un **centre d'enseignement**, une licence d'usage vous sera concédée, au tarif de 35 €, vous permettant de mettre librement ces numéros à disposition de vos ayants droit sur vos serveurs.

Je suis une **bibliothèque universitaire** ou un **centre d'enseignement**, abonné(e) à *Pratiques* en version PAPIER et souhaite ÉGALEMENT recevoir mes numéros sous format PDF. Je règle la somme de 35 €, par chèque ou par virement et renverrai signée la licence d'usage que vous m'aurez fait parvenir.

nouvelles de la diffusion

# Le slam, un mouvement social ?

Poésie, chanson, théâtre, le slam rassemble et permet la rencontre et l'expression, sous contrôle du seul public. La parole en est le centre, elle est libre, ouverte à tous, et c'est ce qui fait son succès.

Entretien avec **Grand Corps Malade**, poète et slameur

Propos recueillis par **Martine Lalande**

Sjeune-inégalités, S'exclusion-langage-accueil, S'ouverture, S'disponibilité

**Pratiques : De « dire pour se soigner » à « dire pour témoigner », vous l'avez d'abord fait pour vous-même, puis vous êtes devenu en quelque sorte la figure d'un mouvement social. Comment cela s'est-il produit ?**

**Grand Corps Malade :** Je n'ai pas ressenti le fait de dire pour me soigner, c'était peut-être présent de manière inconsciente, mais quand j'ai commencé à écrire et dire mes textes, c'était avant tout pour le plaisir d'écrire, de partager un texte, avoir un moment de lien avec le public, et aussi pour le plaisir des mots. J'aime jouer avec les mots, j'aime les sonorités. Le premier attrait que j'ai eu avec le slam était le plaisir des mots. Puis je me suis mis à écrire pas mal de textes, et je me suis rendu compte que j'allais chercher dans des choses un peu perso, autobiographiques et que le fait de dire et d'écrire était aussi une chose qui pouvait me faire du bien. Mais le slam n'était pas pour moi une thérapie de groupe. Le plus fort de ce mouvement est le lien social. C'est un moment très humain, où les gens prennent la parole, pour raconter un petit bout de soi ou un petit bout d'une autre histoire, ou une histoire inventée. Dans ces soirées, il y a des gens qui parlent et des gens qui écoutent. A notre époque, ce n'est pas un luxe de s'écouter, de partager des moments de vie. Dans notre société qui va très vite, avec des moyens de communication très modernes il y a

des petites scènes un peu « ovni », où des gens pendant trois heures sont assis, on éteint le portable et on s'écoute. Ce lien social existe entre des gens très différents qui ne se croiseraient nulle part ailleurs que sur ces scènes slam. Ils s'écoutent, se parlent, ils entendent les textes des uns et des autres, puis ils vont se voir, ils se félicitent, ils reviennent sur ce qu'ils ont entendu. Ce sont des vrais moments de partage humain.

**En effet, la qualité des textes et de l'ambiance au café culturel lors des soirées Slam Aleikoum sont remarquables. Là où l'on donne la parole, elle surgit ?**

La vraie magie des scènes slam, c'est à la fois le fait de donner la parole, mais surtout de la donner à tout le monde. C'est quelque chose qui n'existe pratiquement que dans le slam : on propose à chacun d'être acteur. Si on disait : « Venez écouter les dix slameurs connus et vous, restez dans le public et vous écoutez », il y aurait peut-être moins d'écoute, en tous cas moins d'engouement. Là on propose à tous de participer, celui qui est spectateur a aussi sa place sur scène. Cela crée une relation avec un grand respect de l'autre, car on peut se retrouver à la place de celui qui passe qui, lui, se trouve aussi à la place du spectateur, et on est tous à égalité. Donc on s'écoute avec la plus grande simplicité.

## JE VIENS DE LÀ

«...Je viens de là où on échange, je viens de là où on se mélange – Moi c'est l'absence de bruits et d'odeurs qui me dérange – Je viens de là où l'arc-en-ciel n'a pas six couleurs mais dix-huit – Je viens de là où la France est un pays cosmopolite – Je viens de là où plus qu'ailleurs il existe une vraie énergie – Je ressens vraiment ce truc là c'est pas de la démagogie – On n'a pas le monopole du mérite ni le monopole de l'envie – Mais de là où je viens c'est certain, c'est une bonne école de la vie... »

## J'ÉCRIS À L'ORAL

« ...La poésie se cache partout, sur le comptoir, dans ton demi – Elle déborde sur le trottoir et propage l'épidémie – Moi j'oublierai jamais l'année où j'ai chopé le virus – Quand tu trébuches sur un hasard et que tu tombes sur un bonus – Ces soirées où on se livre, ces moments où on se lève – Des heures à user nos salives, croquer les mots jusqu'à la sève – J'oublierai pas ces instants où la nuit sert de terrain – A la recherche de l'éphémère, moitié inquiet, moitié serein – Je sais pas si le bonheur se touche mais on l'a peut-être frôlé deux-trois fois – Dans cette atmosphère un peu louche, se reflétant dans nos voix – J'oublierai pas ces cœurs ouverts de toute provenance et de tout âge – Unis dans l'envie de découvrir, dans l'écoute et le partage... »

***Vous animez des ateliers d'écriture dans des écoles et des maisons de retraite. Est-ce parce que ce sont des lieux où l'on raconte des histoires, ou parce que la parole y est plus libre ?***

Je fais des ateliers d'écriture un peu partout, dans les hôpitaux, dans les MJC, dans les maisons de retraite, en prison... Tous les lieux sont bons pour faire un atelier slam et pour aller donner la parole à ceux qui veulent la prendre. Il se trouve qu'aujourd'hui, c'est presque un hasard, je travaille avec des jeunes et des petites mamies d'une maison de retraite. Je trouvais intéressant de faire

**« Verlan, rebeu, argot, gros processus de création. Chez nous, les chercheurs et les linguistes viennent prendre des rendez-vous. »**

un atelier où la mixité d'âge était totale, puisque ma plus jeune slameuse a 13 ans et ma plus âgée en a 84. Cela m'intéressait de faire du slam avec cet aspect transgénérationnel. Il n'y a pas un public type ou un lieu préférentiel pour faire du slam. La grande force du slam c'est qu'on peut en faire partout.

***On entend souvent dire que « les jeunes de banlieue ne savent pas parler, entre le verlan et les SMS, ils n'ont pas de vocabulaire »... Sur votre scène, on entend une langue plutôt riche...***

J'ai un texte que j'appelle « Je viens de là » où je dis : « Je viens de là où le langage est en perpétuelle évolution. Verlan, rebeu, argot, gros processus de création. Chez nous, les chercheurs et les linguistes viennent prendre des rendez-vous. On

n'a pas tout le temps le même dictionnaire, mais on a plus de mots que vous. » Je suis le premier à dire qu'il y a une grande richesse de langage, de trouvailles, d'expressions. Evidemment, il faut aussi bien maîtriser la langue française, il ne suffit pas de parler que en verlan ou en argot, et le langage SMS, je ne suis pas fan du tout. Si on veut avoir une place honorable dans la société française, c'est très important de maîtriser la langue au mieux. Mais je suis complètement en désaccord avec ceux qui disent qu'en banlieue, il n'y a que des gens qui ne savent pas parler. Il suffit de se déplacer sur les scènes slam pour voir qu'il y a à la fois la maîtrise de la langue française telle que tout le monde l'entend et aussi une grande originalité et de grandes trouvailles dans notre langue à nous en banlieue, très imagée, empruntant des mots antillais, des mots arabes, des mots africains... Tous ces mots-là ont leur place dans le slam. Le mélange de tout cela donne des textes et des moments bien sympathiques.

***Quand on écoute les textes, il y a des témoignages et des révoltes, mais pas d'agressivité. Est-ce la forme poème qui permet cette « civilité » ?***

C'est vrai qu'il y a une totale liberté dans le slam, à la fois sur le fond et sur la forme, et il peut y avoir une certaine agressivité. La plupart du temps, c'est une révolte ou un engagement assez maîtrisés. En effet, la forme poétique permet qu'on mette cette révolte sous une certaine forme et pour qu'elle soit bien entendue, il faut qu'elle ne soit pas trop agressive. Mais quelqu'un de très agressif sur une scène slam a sa place aussi, cela peut arriver, parce que la liberté est totale. Peut-être qu'il sera moins bien accueilli, peut-être que des gens dans le public vont dire « Oh là là, tu vas trop loin »... C'est le public qui autorégule la scène : si quelqu'un est vraiment

.../...

## Le slam, un mouvement social ?

.../... trop long, ce n'est pas l'animateur qui va le lui dire, c'est le public qui va réagir un peu, se mettre à applaudir pour dire « Allez, allez, c'est fini ». C'est ça qui est sympa sur une scène slam, c'est le public qui est le jury... Un mec vraiment trop agressif et qui exagère, le public le lui fera savoir. Ce qui est le plus intéressant dans le slam, c'est que c'est ouvert à tous. Moi comme d'autres, je n'étais pas forcément conscient de ma petite

fibre artistique. Le slam permet ça, c'est un art qui est à la frontière entre l'écriture, la poésie, la chanson, le conte, le sketch... Quel que soit notre style, on a notre place, on peut se lancer. Le fait de devenir acteur de ces moments-là, et que ce soit ouvert à tous, c'est ce qui fait la richesse et la magie du slam, et qu'il se développe un peu partout. On dit à tout le monde : « Prenez la parole ». ■

## ATTENTAT VERBAL

« ...Les mots sont nos alliés, on les aime comme maître Capello – Puis on les laisse s'envoler en musique ou a capella – Et comme des flèches ils tracent, lancés par nos cordes vocales – Puis on les entend résonner comme une bombe dans un bocal – On arrive comme un accident dans des endroits insolites – Tu nous verras souvent en groupe, on vient rarement en soliste – Et même si tu te sens à l'abri, il faut jamais que tu t'emballes – Tu peux subir à tout moment, un attentat verbal – Maintenant tu sais qui c'est, ces mecs chelous qui viennent pour raconter leur vie – C'est elle, c'est lui, c'est moi, c'est nous, on vient même si t'as pas envie – Mais si t'écoutes un tout petit bout, p't-être bien que t'en sortiras ravi – Et ça c'est important pour nous, c'est grâce à ça qu'on se sent en vie. »





# Parler et (se) soigner

A l'heure où les puissants s'emparent de l'art de raconter des histoires pour asseoir leur pouvoir et où les décideurs veulent faire croire que les soins se résument à un plateau technique, ce numéro est un acte de résistance face à l'idéologie utilitariste.

Le champ de la santé est actuellement un champ de bataille et le langage en est un enjeu majeur. C'est par la manipulation du langage que la population peut être anesthésiée et donner son consentement à des mesures qui vont rendre la vie de chacun plus dure et l'asservir davantage, les soins étant considérés avant tout comme des sources de profit.

Des mensonges sont assénés inlassablement par les « moyens d'information ». La vie n'est plus une question de solidarité collective, mais de prévoyance de chacun, humanisée d'un peu (le moins possible) de charité. Des mots sont vidés de leurs sens ou utilisés systématiquement à contresens. La première partie en donne quelques exemples que le lecteur pourra facilement étendre selon sa pratique et son expérience.

Mais la langue n'est pas seulement un système de communication et dans le même moment où des mots-barrières (dont la fonction majeure est d'empêcher de penser) sont implantés, le génie de la langue suscite des brèches, souvent à l'insu des locuteurs eux-mêmes.

C'est dans ces brèches, sortes de chicanes entre les mots-barrière, que, parfois en contrebande, la création de sens et de rapports nouveaux peut surgir. Des soignants, médecins, psychiatres, orthophonistes, sociologues, patients explorent à quelles conditions de respect, et d'écoute, de disponibilité, un espace de liberté peut être préservé. Au sein de l'espace du soin. C'est aussi ce que tente de marquer la mise entre parenthèse du « se » dans le thème de ce numéro, parler est aussi nécessaire pour se soigner que pour soigner.

Ce numéro donne enfin la parole à des soignants et des non soignants, conteurs, poètes, slameurs, internautes, des blogs qui offrent l'espace du langage, au travers d'histoires qui se disent et qui s'écoutent, pour que des liens nouveaux se tissent. —

BRÈCHES

# Débusquer les mensonges

**S**ur le champ de bataille qu'est devenu le champ de la santé, la question du langage est cruciale. Des contre-vérités sont ressassées inlassablement par les « moyens d'information ».

Les attaques contre le système de santé basé sur la solidarité qu'est la Sécurité sociale utilisent des formules comme le « trou de la Sécu », l'augmentation vertigineuse des dépenses de santé, la meilleure gestion supposée des caisses d'assurances privées par comparaison à celle de la Sécurité sociale, ou l'imputation aux 35 heures de la pénurie de personnel dans les hôpitaux qui sont autant de mensonges.

Mais il est vrai que ce sont des questions très techniques et que ces formules choc, qui ont la caution « d'experts » le plus souvent auto-proclamés, ont pour effet de n'être jamais analysées sérieusement en public, ce qui serait le préalable nécessaire à tout débat démocratique et à toute décision politique.

Tactiquement, les mensonges sont quasiment toujours camouflés par des détournements de mots : travailleurs et patrons deviennent des « partenaires sociaux » et par l'euphémisation : les pauvres deviennent « des gens de condition modeste », les zones laissées à l'abandon des « quartiers sensibles », des brutalités (si elles sont le fait de forces de l'ordre publiques ou privées) des « actions musclées ».

Mais il ne s'agit pas seulement de dénoncer les mensonges. Tout mensonge contient une vérité et c'est ce soit bien ce point de vérité qui importe.

La vérité contenue dans ces mensonges est de transformer les soins en une production industrielle comme une autre devant dégager du profit au nom de la « rationalisation ». La peur de ne pas pouvoir être soigné normalement est brandie ouvertement. L'effet prévisible (sinon prévu) serait de faire de la médecine un instrument supplémentaire de contrôle de la population. C'est bien ce qui fait de ces questions un enjeu capital pour les conditions de vie des habitants de ce pays. —

# Trente cinq heures d'alibi

■ **Anne Perraut Soliveres**, cadre infirmier retraitée et praticien chercheur en sciences de l'éducation

Quarante ans de pénurie effacées d'un seul coup par les trente-cinq heures, voilà un coup de gomme bien efficace. Pourtant, depuis mon entrée à l'école d'infirmières en 1965, la pénurie a justifié tous les abus. Travail acharné et non rémunéré des élèves infirmières de première année qui faisaient chaque matin les lits, les toilettes, les nettoyages des soixante pots de pisser du service et qui repartaient exténuées à l'école l'après-midi... pénurie !

En deuxième année, nous ajoutons aux tâches ingrates les intra musculaires et quelques soins techniques sans plus d'encadrement... pénurie !

Travailler à deux infirmières (la troisième en arrêt de travail de longue durée) dans un gros service de médecine où nous n'avons jamais le temps de manger... pénurie ! Pas de remplacement des maladies ni des grossesses et encore moins des vacances... pénurie !

La mobilité des infirmières érigée en principe quand elles se sentent plus en sécurité et développent une vraie compétence dans une équipe stable... pénurie, vous dis-je ! Aussi, quel soulagement lorsque les trente-cinq heures sont devenues la grande cause nationale de tous nos maux. La pénurie enfin diabolisée par la politique !... Il était temps. ■

# Profession : contrôleur médical

■ **Yvelyne Frilay**, médecin généraliste

Que se passe-t-il pour que tant de docteurs en médecine de statut libéral ou salarié semblent avoir pour compétence première de culpabiliser les malades ?

A quelle école ont-ils été formés ? A croire que c'est la formation même qui est en cause<sup>1</sup>. Tous ceux qui se prennent pour des contrôleurs ont le même discours : « Vous n'êtes pas malade, vous n'êtes pas inapte à tout travail, vous pouvez faire gardien de musée ».

On ne voit que ce qu'on croit : un examen biologique pathologique, un trait de fracture (encore faut-il prendre le temps de lire la radio), une douleur, rien ne prouve.

Aux urgences le patient est suspect, une douleur thoracique, il aura fallu cinq heures d'insistance pour que les examens nécessaires soient faits et mettent en évidence une embolie pulmonaire bilatérale massive chez cet homme de 25 ans.

Madame vous êtes angoissée et pourtant, l'électrocardiogramme témoigne d'une arythmie cardiaque.

Trois jours d'arrêt de travail, des béquilles pour cette infirmière, simple contusion du genou en scooter ? Alors que dès l'examen clinique, il y a suspicion de rupture du ligament croisé antérieur, de fracture du plateau tibial, de lésions méniscales.

Imposer une reprise prématurée du travail en s'opposant à cette mesure thérapeutique prescrite par le médecin traitant, c'est manquer d'égard aussi bien à l'endroit du malade que du confrère. C'est une pratique quotidienne de médecins d'officines spécialisées à la solde des employeurs. ■

1. Les internes bénéficient d'une formation auprès des médecins conseils des CPAM.

# LQR, la langue de la 5<sup>e</sup> République

Et si les manipulations du langage cachaient des enjeux politiques ? C'est l'analyse au scalpel que nous propose un ancien chirurgien devenu éditeur.

Entretien avec **Éric Hazan**

Propos recueillis par **Chandra Covindassamy, Elisabeth Maurel-Arrighi, Christiane Voltaire**

**Éric Hazan** est éditeur et ancien chirurgien. Il a fondé en 1998 les éditions La Fabrique et a écrit notamment : *L'invention de Paris*, Editions du Seuil, collection Fiction et Cie, 2002 ; *L.Q.R. la propagande au quotidien*, Editions Raisons d'Agir, 2006 ; *Changement de Propriétaire, la guerre civile continue*, Editions du Seuil, 2007.

**Pratiques : Qu'est-ce qui vous a amené à écrire LQR ?**

**Éric Hazan :** C'est la lecture du livre de Klemperer. Il se passe quelque chose de très voisin chez nous : la nov'langue, c'est-à-dire la création d'une nouvelle langue. Compte tenu, évidemment, des différences entre le III<sup>e</sup> Reich et la V<sup>e</sup> République. Il y a un terrorisme intellectuel qui fait qu'on est obligé de s'excuser pour faire des comparaisons. Mais la comparaison, c'est une forme. Pas un raisonnement, mais une façon de comprendre les choses.

**Qu'y a-t-il de commun entre la langue du III<sup>e</sup> Reich et la LQR ?**

Ce sont les procédés, dont l'essentiel est l'euphémisme, que la V<sup>e</sup> République continue de pratiquer. Les nazis étaient des spécialistes de l'euphémisme, chacun de leurs crimes avait un nom de code euphémistique. Mais dans le système sarkozyste, on assiste à une avancée du cynisme sans tabou ni complexe. De ce fait, ce gouvernement utilise moins l'euphémisme que les précédents : tout est permis. Même la vieille morale républicaine habituelle, ils cherchent à l'abattre : il n'est pas honteux d'avoir de l'argent, de le dépenser ostensiblement, d'avoir des amis riches. Je pense que c'est une des raisons de ce succès électoral. Le discours paraissait clair, déclinant, un par un, tous les thèmes de la droite autoritaire. Au fond, d'une certaine manière, les gens n'aiment pas la LQR. Le Pen, autrefois, l'a bien compris.

**Viktor Klemperer a dit que la langue avait été un des instruments les plus puissants du pouvoir nazi.**

Sans cet instrument, rien ne serait possible. C'est en cela que les journalistes à l'heure actuelle font partie des forces de l'ordre. La plupart des journalistes de la grande presse, surtout quotidienne. Un exemple récent et honteux, c'est la manière dont ils ont rendu compte de l'incendie du centre de rétention de Vincennes.

**Ils ont passé sous silence la mort du sans-papiers la veille.**

Ils l'ont vite dit incidemment : un Tunisien anonyme, ces gens-là n'ont pas de nom... Mort d'une crise cardiaque. Or le diagnostic de mort par crise cardiaque est un diagnostic difficile, même avec l'autopsie... Incidemment aussi, il y avait eu « des bagarres »... alors qu'ils avaient déjà commencé à se soulever les jours précédents. C'était de la désinformation pure et simple.

**En quoi l'euphémisation serait-elle actuellement moins nécessaire ?**

Le pouvoir en a moins besoin. Il continue à utiliser les bons vieux « partenaires sociaux ». Le mot « social » continue à être mis à toutes les sauces, le mot « réforme » euphémise la mise à la casse des acquis. On ne dit pas qu'on va balancer à la trappe le droit du travail, mais qu'on va le réformer. Tous ces euphémismes-là restent : moderniser, rationaliser.

**Vous dites que les gens n'aiment pas la LQR ; mais finalement, ils l'adoptent.**

Pas les gens, les gens ne parlent pas la LQR. C'est une langue écrite ou une langue de discours, mais les gens dans la rue ne l'utilisent pas du tout, ce n'est pas une langue populaire, c'est une langue artificielle. De la même manière que les Berlinoises

• Rencontre de *Pratiques* avec Éric Hazan le 26 juin 2008.

en 1942 ne parlaient pas la langue de Goebbels, ils se l'infusaient à longueur de journée à la radio et dans les journaux, mais ils ne la parlaient pas.

**Pourtant, dans un passage de son livre, Victor Klemperer dit que des Juifs parlaient d'eux-mêmes en LTI (Lingua Tertii Imperii).**

Ça, c'est de la dérision, de l'autodérision. C'est un des passages les plus extraordinaires du livre.

**Mais on voit, sur le front de la santé, des gens qui disent : « Mais oui, c'est vrai, il y en a qui abusent. C'est vrai, il y a le trou de la Sécu. »**

C'est vrai qu'on transforme, par toute une série d'expressions, la solidarité en assistanat, ça oui c'est rentré dans la tête d'une partie du public. La chasse au chômeur est certainement une manipulation qui rencontre un certain assentiment.

**Cet assentiment, à quoi l'attribuez-vous ?**

Au matraquage. On explique au public qu'il y a un énorme trou dans la Sécu, alors que l'existence même de ce trou reste problématique. Mais le public est marqué par les discours, et dès lors convaincu de l'existence de ce trou. C'est un discours qui prend, comme le discours sur les Asse-dic, genre « Quand on leur propose du boulot, ils le refusent ».

**« La chasse au chômeur est certainement une manipulation qui rencontre un certain assentiment. »**

En médecine, on a construit de la même manière la notion de trouble : on trouve un terme scientifique pour appeler des choses, soit qui ont toujours existé, soit qui n'existent pas. On a ainsi commencé à parler de TDAH (trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité) chez l'enfant. On érige ainsi en entité pathologique le fait qu'il y a des mômes qui sont infernaux. Un concept créé de toutes pièces par l'industrie pharmaceutique, pour caser la Ritaline®.

Même chose pour la montée en puissance de l'Alzheimer. Cette « grande cause nationale », différente du cancer et du Sida mis en exergue précédemment, est une construction. J'ai rencontré un type qui travaille en CMP : tout ce qui touche à la psychanalyse est évincé. Il ne reste plus que la naturalisation kouchnérienne et l'industrie pharmaceutique.

Qu'on s'occupe des vieux qui ne peuvent subvenir à leurs besoins, c'est très bien. Mais qu'on promeuve des équipes scientifiques qui prétendent

découvrir la cause, c'est louche : c'est vraiment une construction médico-politique.

**Ne s'agit-il pas aussi d'effacer les divisions, de créer un effet de consensus ?**

Quand on regarde au fond les caractéristiques générales de la LQR, c'est l'impression que ça donne : les mots mêmes de la révolte sont progressivement gommés. Qui prononce même aujourd'hui le mot d'émancipation ? Il n'y a plus de classes, et encore moins, naturellement, de lutte qui les opposerait. Les gens sont catégorisés en couches, en tranches, mais pas en classe, le mot classe a disparu. Il n'y a plus de pauvres, il n'y a plus d'opprimés. Tous ces

△ Ceci n'est pas de la novlangue...



Mais c'est un euphémisme.

mots qui fondaient la langue de la révolte sont considérés comme des mots complètement obsolètes. Les pauvres sont remplacés par des gens de condition modeste, les opprimés par les exclus, etc. : c'est pour gommer le dissensus.

Les mots font ici fonction de colle : ils font tenir ensemble. Il faut que la guerre civile soit effacée. On peut se reporter ici au bouquin de Nicole Loraux, *La Cité divisée*, et à mon propre livre, *Changement de propriétaire, la guerre civile continue* (Seuil). Pendant la campagne des présidentielles, les candidats au deuxième tour ont répété 2000 fois le mot ensemble, pour conjurer ce qu'ils sentent l'un et l'autre : que la guerre civile traverse ce pays, et qu'il faut à tout prix que ça n'apparaisse pas. .../...

.../... Utiliser la notion de tranches d'âge au lieu de la notion de classes, c'est prendre le corps social à la manière d'un organisme, c'est fabriquer du consensus.

**Il y a un autre terme dans la terminologie technocratique médico-sociale, c'est la « réduction des coûts ».**

Quand on parle de réduction des coûts, ça veut dire que la société est gérée comme une entreprise, où l'actionnaire nomme le PDG. La France est une société par actions. Il y a une comptabilité, avec une partie recettes et une partie dépenses ; et quand c'est en déséquilibre, il faut réduire les coûts. On n'est plus en démocratie libérale, on est dans un système bureaucratique entrepreneurial

où le pays devient, à la manière des poupées russes, un emboîtement de sociétés, la plus grande étant l'État et la plus petite chacun de nous, qui est entrepreneur de lui-même. C'est ce qu'avait prévu Michel Foucault il y a trente ans. Ça a évidemment d'énormes avantages : celui qui fait faillite, qui se retrouve sur le trottoir, c'est qu'il a mal conduit son entreprise, et il n'a qu'à s'en prendre à lui-même. Réduction des

**« En médecine, on a construit de la même manière la notion de trouble : on trouve un terme scientifique pour appeler des choses, soit qui ont toujours existé, soit qui n'existent pas. »**

coûts, c'est très révélateur d'une vision complètement comptable.

**Il y a un autre terme, c'est la responsabilisation. Les patients, les médecins doivent être responsabilisés par rapport à la prescription.**

Je ferai un retour en arrière, du temps où j'étais chirurgien. On était un peu irresponsables, sans exagérer, rien n'était trop cher. Quelqu'un serait arrivé dans le service en disant ce truc coûte 3 francs et cet autre 200 francs, on aurait dit : écoute ne nous embête pas avec ces trucs-là. Donc, contre cette toute puissance irresponsable du corps médical, il fallait faire quelque chose. Mais, au lieu que ce soit fait intelligemment, le balancier est parti dans l'autre sens et ça entraîne des choses absurdes et dangereuses, cette idée de responsabilisation parce que c'est guidé par l'optique comptable de réduction des coûts.

**La médecine n'est-elle pas l'un des moyens du quadrillage social ?**

Oui. Je ne suis pas un grand fanatique de la notion de biopouvoir, de biopolitique, je me dispute souvent avec des amis sur ce point, on n'en vient pas aux mains, mais je ne vois pas trop le passage du pouvoir souverain au biopouvoir, je ne vois pas

## LA L.Q.R ILLUSTRÉE



bien quand il se fait, je n'y crois pas trop. En revanche, il n'est pas besoin d'être un foucauldomanie invétéré pour dire que la médecine est un des moyens essentiels de quadrillage du corps social.

On ne sait plus trop comment appeler le monde où l'on vit. Le corps, on a déjà dit qu'on n'aime pas trop. Ni corps, ni social. Social est un des grands mots de la LQR, j'essaie de ne plus l'employer. Corps, on a dit prudence. Société me gêne, une société n'est pas traversée par la guerre civile ; et si on enfonce le clou sur la notion de guerre civile, on ne sait plus trop... le peuple peut-être, quadrillage du peuple.

**N'y a-t-il pas un paradoxe à ce que tout ce qui produit un effet artificiel d'unification soit justement ce qui sert à désolidariser ?**

Ce n'est pas paradoxal. L'oligarchie régnante (et les gens qu'elle a réussi à mettre dans son camp : mal informés, intéressés, parties prenantes ou victimes) a une masse de manœuvre dans la population, elle est séparée par la ligne de front de la guerre civile de... appelons l'autre partie le peuple. Donc, d'un côté, elle cherche à accroître ses privilèges au détriment de ce peuple et, d'un autre côté, il ne faut pas que ça se voie. Ce n'est pas paradoxal, c'est le même mouvement. Quand

cela se verra trop, alors ça craindra, on verra la ligne de front qui s'élargit, devient évidente. Mais pour l'instant, il y a encore beaucoup de gens abusés. Ceux qui considèrent que la chasse aux chômeurs abusifs, c'est bien, que ce n'est pas normal que des gens vivent sans travailler.

**Il y a aussi la chasse aux étrangers. Qu'est-ce qui permet d'affirmer que cela irait mieux, s'il y avait moins d'étrangers ?**

C'est un marqueur formidable, cette position vis-à-vis des étrangers pris au sens large. Je vais donner un exemple, nous avons publié récemment à la Fabrique un livre qui s'appelle *Les filles voilées parlent, 40 entretiens*. Je trouve que c'est un livre extraordinaire, on rit, on pleure. De tous les livres qu'on a publiés (en dehors de *L'industrie de l'Holocauste* qui nous a valu un procès), c'est celui qui a suscité les plus vives réticences de notre bord, je parle de gens proches de nous. Et là, on va sortir un livre qui va s'appeler *La contre-révolution coloniale en France* cet automne, je suis sûr qu'on va avoir des mails aigres de beaucoup de nos amis. C'est un vrai marqueur, et la gauche est traversée par cette affaire comme .../...

**« Celui qui fait faillite, qui se retrouve sur le trottoir, c'est qu'il a mal conduit son entreprise, et il n'a qu'à s'en prendre à lui-même. »**



.../... par une fracture spiroïde. D'ailleurs, le vote de la loi sur le voile par la gauche est une honte.

***Vous parlez d'oligarchie, de guerre civile, ce sont exactement les termes qu'il ne faut jamais employer dans la LQR.***

Oui, oligarchie, c'est russe... c'est une spécialité comme les zakouskis ou la vodka. Mais il y a bien un groupe médiatico-financier et politique, que composent des gens que vous connaissez aussi bien que moi. On a rarement vu une situation semblable. Dans les années trente, il y avait les deux-cents familles ; mais aujourd'hui, avec les doigts des deux mains, on les a. La concentration de cette oligarchie est extrêmement frappante. Et l'industrie pharmaceutique est si puissante qu'il ne sort pratiquement pas de livres qui aillent au fond.

***Il y a maintenant le collectif Europe et Médicaments : des soignants qui dénoncent. L'industrie pharmaceutique dépense 20 000 euros par an et par médecin en publicité. C'est une forme de corruption.***

L'imagerie médicale a aussi joué un rôle. Quand j'ai quitté la chirurgie, cela commençait, il y avait les angiographies diverses, l'échographie, le scanner commençait, l'IRM n'existait pas. J'allais sans cesse répétant (l'enseignement de la médecine cela se fait comme ça, dans les couloirs) avec les internes, les externes, essayer de leur rabâcher toujours les mêmes trucs et s'il y avait le choix pour faire un diagnostic entre d'un côté parler au malade, sans y toucher même ou en y touchant un petit peu, sans instruments, s'il y avait ça ou tout le reste, c'était ça qu'il fallait choisir, on arriverait beaucoup plus rapidement. Alors qu'aujourd'hui, les gens vivent dans cette vision complètement scientiste qu'en coupant quelqu'un en rondelles de la racine des cheveux à la plante des pieds, tous les 10 cm, c'est forcé qu'on trouve ce qu'il a.

***Vous parlez de la manière politique de se comporter avec un patient.***

Oui, je tiens beaucoup à cette idée. Je dirais que ce n'est pas très difficile avec les patients, il suffit de considérer que le patient est un égal, de lui parler comme à un être humain et, finalement, dans

un service hospitalier, on arrive au bout d'un certain temps à ce que les malades soient traités comme des êtres humains. Attention, je ne dis pas qu'il s'agit d'humanitaire, il s'agit d'égalité, ce n'est pas pareil, c'est à peu près l'inverse. Traiter les gens comme des égaux, en consultation. J'ai abandonné la blouse blanche, je ne les recevais pas de part et d'autre d'un bureau, j'allais les chercher dans la salle d'attente, ce sont des détails, mais ce que je dis est fait de petits détails.

***Qu'est-ce que vous appelez politique, et pourquoi ne dites vous pas éthique ?***

Je me méfie du mot. Il y a des philosophes importants qui utilisent le mot éthique et qui s'en expliquent comme manière d'être et pas comme morale. Étymologiquement, l'éthique ne consiste pas à bien se conduire, cela concerne notre manière d'être, quand c'est pris sous cette formule et utilisé par des gens comme Badiou, comme Rancière, pourquoi pas. Mais l'éthique vis-à-vis du malade prend tout de suite une dimension morale. Si l'on considère, ce qui est mon cas, que le but vers lequel on devrait tendre, c'est l'égalité de n'importe qui avec n'importe qui, à ce moment-là on comprend bien qu'abolir la distance énorme qui sépare un chirurgien, un médecin d'un malade, essayer de se comporter comme avec un égal, momentanément diminué, mais comme avec un égal, c'est un geste politique. C'est une partie, encore une fois toute petite. Mais qu'est-ce qu'on peut faire nous autres, chacun de nous ? Ce sont des choses toutes petites. ■

• Victor Klemperer, LTI, la langue du III<sup>e</sup> Reich, 1947 (Ed. française Albin Michel, 1996)

*C'est le journal que tient Victor Klemperer, professeur juif allemand chassé de l'université de Dresde, de 1933 à 1945. Il y décrit les usages quotidiens de la langue de bois nazie, ou langue du III<sup>e</sup> Reich (Lingua Tertii Imperii). Cette langue pénètre les consciences des sujets, qu'elle formate insidieusement à l'idéologie nazie en modelant progressivement leur manière de penser par le vocabulaire.*

• Eric Hazan, LQR, la propagande au quotidien, *Raisons d'agir*, 2006  
*Hazan reprend en 2006 l'idée de Klemperer, en établissant un parallèle entre le formatage idéologique opéré par la LTI, et le formatage idéologique opéré par ce qu'il appelle la LQR (Lingua Quintae Republicae), qui conditionne les mentalités contemporaines par l'usage, propagé par les médias, d'une langue de bois qui tend toujours à euphémiser par le discours la violence réelle des rapports de pouvoir et de domination sociale.*



# Les mots sont importants

Une bataille sémantique sournoise qui vise à désarmer les défenseurs de l'humain et du social.

§protection sociale  
§marché  
§manipulation  
§langage

■ **Jacques Richaud**, médecin hospitalier

*Cet air de liberté au-delà des frontières  
Aux peuples étrangers qui donnaient le vertige  
Et dont vous usurpez aujourd'hui le prestige  
Elle répond toujours du nom de Robespierre  
.../  
Celle qui construit de ses mains vos usines  
Celle dont monsieur Thiers a dit qu'on la fusille  
..../  
Leurs voix se multiplient à n'en plus faire qu'une  
Celle qui paie toujours vos crimes vos erreurs  
En remplissant l'histoire et ses fosses communes  
Que je chante à jamais celle des travailleurs  
Jean Ferrat (Ma France)*

Nous savons les mots « porteurs de sens » lorsqu'ils traduisent au mieux le contenu que nous souhaitons leur donner. Mais les mots sont aussi « producteurs de sens », leur usage dévoyé peut viser à désarmer la pensée ou la contraindre vers une interprétation erronée. Le vocabulaire du social et de la santé est un lieu privilégié de ces manipulations qui imposent l'usage d'expressions devenues si banales que l'idée même d'un décryptage critique disparaît. Or, certains « glissements sémantiques » ne doivent rien à une évolution naturelle de la langue, mais révèlent une stratégie en soutien d'une idéologie, inavouée mais identifiable<sup>1</sup>.

## Le « travailleur » est devenu le « salarié »

L'ère industrielle a vu s'identifier la classe des « travailleurs ». Cette appellation signifiait le caractère « actif » de celui dont la fonction sociale était de vendre sa force de travail, physique ou intellectuelle. Et, comme « tout travail mérite salaire », nul ne contestait la légitimité d'une rémunération. Cette évidence que le travailleur était le « créateur » de la richesse dérangeait ceux qui tiraient leur profit du travail d'autrui, alors que la part reversée en salaire ne cesse de diminuer au profit des revenus du capital et des actionnaires... A cette appellation trop révélatrice les théoriciens

de la pensée libérale ont su opposer une « mutation sémantique » en stigmatisant un mot que la lutte des classes avait trop popularisé : le travailleur est devenu « salarié ».

Le « salarié » est né, changeant le regard porté sur lui. Il « reçoit » un salaire, il est donc un « bénéficiaire »... D'« actif », il devient « passif », plus rien n'indique qu'il est producteur de richesse. Il « reçoit » de son employeur un salaire, on peut en interroger le taux et la légitimité. Ce salaire était un « dû » pour le travailleur, il devient une « charge » dont l'augmentation ferait obstacle à la productivité, et la première variable d'ajustement des décisions dictées par des intérêts autres que ceux des travailleurs mêmes. « Travail » et « capital » sont bannis du vocabulaire des rapports sociaux, maintenus seulement dans le discours économique. L'employeur a « lissé » son appellation : le Centre National du Patronat Français (CNPF) est devenu le Mouvement des Entreprises de France (Medef), grande famille où l'on ne distingue plus les acteurs selon leur rôle ou leur pouvoir.

Dans l'effacement du « travailleur », c'est l'homme désigné par sa fonction (le travail) qui l'est désormais par sa valeur marchande (le salaire). Ce qui était humain et pour cela respectable et irréductible devient une quantité évaluable, dépréciable, éliminable... Le mot socialement valorisant (travailleur) a été remplacé par le mot anonymisant du comptable (salarié). Lorsque les prétendus défenseurs du « monde du travail » renoncent eux-mêmes à l'appellation première pour adopter la seconde, mesurent-ils combien ce choix est une capitulation ? Dans les luttes sociales, les « travailleurs » se revendiquant comme tels peuvent militer pour l'amélioration de leurs conditions de travail, de sécurité, de reconnaissance et de dignité et aussi pour l'augmentation de leur salaire... Ils se dévalorisent eux-mêmes en acceptant d'être

« Le « travailleur » est devenu « salarié », changeant le regard porté sur lui. »

.../...

.../... réduits à la seule dimension comptable, oubliant les autres dimensions de leur humanité. Ceux qui, en leur nom, usent de ce langage contaminé, font de leur action un syndicalisme d'accompagnement et non de transformation sociale. Ceux qui ont pour objectif l'émancipation et la dignité préservée des travailleurs devraient se l'interdire. L'adoption du mot est un pas vers la servitude volontaire, décrite par La Boétie et décryptée par Alain Accardo<sup>2</sup>, au centre de l'idéologie de la gestion des « ressources humaines » réduites à leur coût.

**Qu'avons nous fait de notre « Sécurité sociale » ?**

Conquête sociale exemplaire inspirée du programme du Conseil National de la Résistance de 1942 et 44, elle inscrit la santé comme un « droit » accessible à chacun « selon ses besoins ». La ges-

nir. Il introduit aussi l'idée qu'il pourrait mettre fin à cette « générosité » consentie un temps, par son seul pouvoir...

Par ce glissement sémantique, « l'assuré social » est désigné non comme le contributeur et bénéficiaire occasionnel légitime d'un système construit par lui, mais comme un « assisté » profitant d'une générosité peut-être excessive... Il devient possible de lui imposer de subvenir seul au moins partiellement à ses besoins, de gérer lui-même son « capital santé » (!). C'est le ticket modérateur, les remboursements croissants, franchises et autres « reste à charge », et l'incitation à « l'assurance privée » qui pénalisent les plus précaires. Lorsque l'Etat s'approprie la fausse vertu de « l'Etat providence », il rend plus difficile de dire « la Sécu à nous » et il prépare en réalité la remise entre les mains du marché de la plus belle conquête sociale altruiste du siècle écoulé... Les « défenseurs de la Sécu » devraient s'interdire d'user des mots de l'imposture, ceux des fossoyeurs de notre protection sociale. Mais mesurent-ils tous combien user du même langage vaut déjà reconnaissance du détournement et capitulation devant la dépossession des conquêtes de nos aînés ?

**Sommes-nous tous « irresponsables » ?**

Nous subissons partout, y compris dans le domaine de la santé, cette injonction culpabilisante : la responsabilité ! Pourtant, le plus modeste des « travailleurs » sait qu'il apporte par sa « contribution sociale » sa part à la solidarité collective ! Il n'existe pas de « Medef des pauvres » qui oserait revendiquer de se soustraire à la contribution sociale... Dans cet appel à la responsabilisation, chaque « malade » doit se culpabiliser de l'être et de devoir solliciter la solidarité collective... Il s'agit d'une double perversion : déconstruire la solidarité et camoufler les responsabilités véritables.

On désigne en le culpabilisant chaque « consommateur de soin » comme une « charge » pour la collectivité ou un fraudeur potentiel. L'effet attendu est d'inviter ceux qui le peuvent à recourir aux assurances individuelles et légitimer la rupture de la solidarité universelle, d'un inégal accès au soin. La santé n'est plus un « droit », mais un « bien de consommation », ouvrant un vaste marché dont l'Etat (qui se prétend providence) se désengage. Cette injonction à la responsabilité dissimule en réalité « l'irresponsabilité » d'autres acteurs : ceux qui osent réclamer et obtenir la baisse ou suppression de leur « contribution sociale » qualifiée de « charge » au nom de la productivité et de l'intérêt de leurs actionnaires. Et ceux qui élaborent un ordre juridique protecteur des entreprises plus que des travailleurs, qui parfois risquent de « perdre leur vie à tenter de la



tion de l'Assurance maladie devient une prérogative des représentants des travailleurs eux-mêmes, qui la financent par la cotisation sociale (directe ou indirecte par l'impôt). La solidarité entre tous les citoyens est fondatrice du système à vocation universelle. Les pires adversaires de cet « idéal » ont inventé, transposant une appellation venue au-delà de nos frontières et issue d'un autre processus, la plus grande mystification sémantique du siècle social avec l'expression « Etat providence ». C'est une imposture, car la création de la « Sécu » ne doit rien à la providence, et outrageant pour tous ceux qui ont mené les luttes menant à ce droit, conquis et non donné par l'Etat ! Par l'appellation « Etat providence », l'Etat s'approprie symboliquement une conquête sociale et s'investit d'une légitimité à décider de son deve-

gagner » du fait des conditions de travail ou des périls environnementaux.

Les citoyens se veulent « responsables ». Et donc trouver leur place dans la gestion des organismes sociaux, dans les choix de politique environnementale, dans la défense de leurs conditions de travail. La « responsabilisation » pourrait débiter très tôt par l'éducation à la santé, continuer par l'apprentissage du refus des risques inacceptables en particulier au travail. Puis refuser le modèle de la concurrence entre individus qui contribue à l'exclusion des plus faibles. Nous pouvons refuser la culpabilisation pour des responsabilités que nous serions réputés ne pas assumer, quand d'autres se comportent en authentiques prédateurs de la santé et de la protection sociale.

#### Un seul horizon : la « réduction des dépenses » ?

Cette exigence de bon sens appelle chacun de nous à devenir un bon économiste, en prolongement de sa « responsabilité ». On retrouve la suspicion d'abus des « privilèges » que nous fournirait « l'Etat providence »... Le but est de faire accepter l'idée d'un « panier de soins » au contenu restrictif ainsi qu'un « reste à charge » pour chaque patient, tandis que l'Etat se désengage en s'appropriant le « budget » prévisionnel des dépenses sociales, voté chaque année au parlement. Serait vertueux un objectif (réduire les dépenses) qui organise en fait les inégalités d'accès aux soins, assorti de la stigmatisation des malades.

**« La “responsabilisation” pourrait débiter très tôt par l'éducation à la santé, puis l'apprentissage du refus des risques inacceptables au travail. »**

Personne ne défend le gaspillage. On nous détourne en réalité de la perception du caractère inacceptable d'autres dépenses bien plus massives financées par nos cotisations sociales. La clairvoyance serait d'exiger que la santé soit exclue de la sphère marchande et le service public protégé de toute exigence de « rentabilité » ! Que l'industrie biomédicale et pharmaceutique soit privée de la liberté de fixer ses « coûts » selon les exigences de ses actionnaires et soit nationalisée ! Que le marché captif de la maladie et de la mort cesse d'être l'investissement « rentable » de prédateurs y voyant un marché « comme les autres »... ! Que la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) publie le taux extrêmement faible des fraudes, mais aussi les bénéfices exorbitants des vrais profiteurs du système de santé ! On

découvrirait alors qu'œuvrer à la réduction des « coûts » serait possible et bien plus socialement utile que restreindre les moyens de la santé.

#### Face au langage manipulé, réhabiliter le « juste langage »

D'autres exemples pourraient montrer ce que dissimulent le « partage » des charges, ou la « couverture » complémentaire, ouvrant de nouvelles inégalités qui n'ont rien à voir avec le partage ou la protection que ces mots semblent évoquer... Le langage manipulé peut servir à faire accepter l'inavouable et à désarmer la pensée critique. Ceux qui chaque jour tentent de défendre notre « contrat social », politiques, syndicalistes ou associatifs, chacun de nous dans nos conversations entre citoyens, usons sans nous en rendre compte de cette langue contaminée dont la perversion du sens représente déjà une victoire de nos adversaires<sup>3</sup>. Nous oublions que celui qui contrôle le discours contrôle le pouvoir. Réapproprions-nous le « juste langage », en refusant celui de l'euphémisation, de la déshumanisation et de l'imposture. Cela suppose un esprit de « vigilance sémantique » pour l'analyse et la déconstruction des mots du social et de la santé. Car la langue est la meilleure arme de nos résistances à l'inacceptable et le meilleur support de nos projets. C'est bien le sens vrai des mots qui fait la clarté et la crédibilité de nos idées. ■

1. Michel Husson, *Les casseurs de l'Etat Social. Des retraites à la Sécu : La grande démolition*, Ed. La découverte, 2003. L'auteur détaille bien « le discours de la réforme » qui vise à « vider l'état social de sa substance ». En réponse, il invoque la possibilité de « poser la civilisation comme alternative ».

Éric Hazan, *LQR La propagande du quotidien*, Ed Raisons d'agir. De modernité à gouvernance en passant par transparence, réforme, crise, croissance ou diversité : la Lingua Quintae Respublicae travaille chaque jour à la domestication des esprits.

Victor Klemperer, *LTI, la langue du III<sup>e</sup> Reich*, Ed. Pocket, Agora, Albin Michel 1996. Le philosophe allemand s'attachait dès 1933 à l'étude de la langue et des mots employés par les nazis. En 1947, il tira de son travail ce livre : *LTI, Lingua Tertii Imperii, la langue du III<sup>e</sup> Reich*, devenu la référence de toute réflexion sur le langage totalitaire.

2. Alain Accardo, *De notre servitude involontaire*, Ed. Contre feux, Agone 2001. L'auteur nous montre que la servitude « est moins volontaire que conditionnée », avec « l'influence ultra-moderatrice... voire la complicité... de représentants du peuple, tant syndicaux que politiques ».

3. Florence Aubenas et Miguel Benasayag, *La fabrique de l'information*, Ed La Découverte 1999. Les auteurs montrent comment la presse « se fait le gendarme de la norme » et cesse de « rendre compte de la réalité » pour « faire entrer celle-ci dans le monde de la représentation ».

# Sauver la Sécu ou exclure les pauvres ?

Le directeur de l'Assurance maladie présente un plan censé résoudre les problèmes financiers, mais qui en réalité aggrave les inégalités d'accès aux soins.

**Marie Kayser**, médecin généraliste, membre du Syndicat de la Médecine Générale

Monsieur le Directeur de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie,

Vous remettez en cause la prise en charge des Affections de Longue Durée (ALD), alors que nous savons qu'elle est la condition nécessaire pour que les plus malades puissent se soigner et limiter l'aggravation de leur pathologie, et que pratiquement aucun effort de prévention collective n'est fait pour diminuer les pathologies chroniques liées à l'environnement, aux conditions de vie et de travail.

Vous voulez limiter les entrées en ALD, alors que les conditions sont déjà très restrictives, même quand les maladies sont longues et coûteuses.

Vous voulez supprimer pour les patients en ALD la prise en charge à 100 % de certains médicaments, alors qu'ils sont indispensables pour leur traitement et que vous savez que les patients en ALD ont des restes à charge importants.

Vous renvoyez les patients vers les assurances complémentaires, alors que vous savez que les ménages les plus pauvres font un effort trois fois plus grand que les plus riches pour se payer une complémentaire, de moins bonne qualité, et que 7 % de la population n'ont pas de couverture complémentaire <sup>1</sup>, alors que vous savez que 14 % des Français ont renoncé à des soins en 2006 et que ce taux de renoncement est en augmentation depuis 2002 <sup>2</sup>.

Vous reprochez aux patients au RMI de ne pas faire valoir leurs droits à la CMU, alors que cela signe la carence de l'organisation des services auxquels s'adressent ces patients.

Vous voulez faire de l'hôpital public une entre-

prise rentable, vous y introduisez les règles de financement et de gestion du privé, vous voulez fermer des services au bénéfice du privé, alors que l'hôpital public a la mission d'accueillir et de soigner tous les patients <sup>3</sup>, et que vous savez que dans le privé les dépassements d'honoraires ont augmenté de 11,4 % en 2006 <sup>4</sup>.

Vous proposez des contrats de bonne pratique individuelle aux médecins : vous leur demandez, à juste titre, de prescrire à bon escient, mais vous laissez les firmes pharmaceutiques faire leur travail de désinformation auprès des soignants et des patients.

Vous leur promettez de l'argent en échange de la baisse des indemnités journalières, alors que l'arrêt de travail est un outil thérapeutique <sup>5</sup>.

Non, Monsieur le Directeur, nous ne voulons pas de ce plan que vous nous avez concocté avec l'aval du gouvernement. Ce plan-là, nous le combattons avec tous ceux, soignants et citoyens, qui refusent toutes les mesures restreignant l'accès aux soins. Un autre plan est possible : un système de santé publique fondé sur la solidarité et prenant en compte les « épidémies environnementales », et c'est pour lui que nous nous battons. ■

1. 5<sup>e</sup> rapport de l'Observatoire National contre la pauvreté et l'exclusion sociale (avril 2008).

2. Questions d'économie de la santé, IRDES n° 131, avril 2008.

3. Enquête de la Dress.

4. Voir l'appel « Sauver l'hôpital public »  
<http://www.appel-sauver-hopital.fr/spip.php?rubrique7>

5. Voir la pétition : « un arrêt de travail pour le gouvernement »  
<http://www.pratiques.fr/Un-arret-de-travail-pour-Sarko-et.html>

Ce texte a fait l'objet d'un communiqué de presse du Syndicat de la Médecine Générale, daté du 25 juin 2008.

# Euphémisation

La loi, faite pour pacifier et protéger, devient instrument de violence politique vis-à-vis des demandeurs d'asile qu'elle pousse à la clandestinité et abandonne à de multiples violences. Il est question de détisser cette mystification pour retrouver l'humanité.

Christiane Vollaire, philosophe

Parler fait du bien, et c'est une idée bien connue, rebattue depuis l'usage que fait Platon du personnage de Socrate, que le dialogue a une fonction pacifiante, dans la mesure où il permet d'accéder à une vérité commune, révélée par la possibilité même de la parole et du débat.

Mais cet effet de pacification lui-même peut être légitimement interrogé. Rendre paisible, c'est aussi bien rendre docile, endormir la faculté d'indignation. Il y a bien un effet lénifiant de la parole, qui pousse à la soumission et à la passivité. Et en ce sens, la pacification du discours constitue bien un mensonge couvrant la réalité violente qu'il veut cacher.

Si la parole politique ordinaire s'avère davantage destinée à rassurer qu'à informer, c'est cette fonction lénifiante qu'il faut questionner : elle est un véritable inducteur de confiance, là où tout doit pousser à la défiance. Et ce faisant, elle permet d'accréditer toutes les formes de violence.

## Les constructions juridiques du déni de droit

A cet égard, comme à beaucoup d'autres, les politiques migratoires sont un véritable révélateur. Il y a des lois pour réglementer, ordonner et rendre rationnel un traitement des étrangers véritablement monstrueux. Il y a des constructions juridiques pour rendre acceptable un déni de droit. La construction juridique de l'espace de Schengen, par exemple, en fait pour des migrants sans papiers, fuyant la violence de leur propre pays, un espace de circularité sans fin ni destination, puisque l'immense majorité des demandeurs d'asile ne trouveront pas de réponse à leur demande. La loi ne prononce pas leur condamnation à mort, mais elle édicte leur condamnation à ne pas vivre, c'est-à-dire à ne trouver ni logement ni emploi (puisque'ils ne sont pas régularisés), à n'avoir aucune possibilité de vivre en paix. Et cette condamnation à ne pas vivre, à ne pas mener tout simplement la vie d'un être humain ordinaire, ne s'applique ni à des criminels ni à des déviants, elle s'applique à des personnes victimes de violence,

originaires de lieux où la violence est reconnue comme une constante. La loi pacifiante, celle qui prétend dire le droit, ne fait donc en réalité que reconnaître une forme de non-droit.

## Médicalisation de la peine de mort et réglementation de l'errance

Déjà, dans les années 80, Amnesty International dénonçait cette euphémisation de la violence que constituait la médicalisation de la peine de mort : la mort par injection létale était, d'une certaine manière, pire que la mort par électrocution, parce qu'elle masquait la violence de la pratique sous une apparence rassurante. La présence du médecin était en quelque sorte la caution de confort apportée à la réalité brutale de la mise à mort. Elle la rendait acceptable parce que « plus douce », ou même plus scientifique, plus rationnelle.

« Dans les bureaux du Haut Commissariat aux Réfugiés, des plaquettes sur papier glacé présentaient un terrain balisé par des lois protectrices. »

C'est exactement la même fonction que les mots de la loi remplissent à l'égard des politiques migratoires, par rapport auxquelles la caution du juriste a remplacé celle du médecin. La réglementation de Dublin, récemment établie, impose qu'un migrant, sans papier pour justifier sa présence dans le pays où il se trouve, soit renvoyé dans le lieu où ses empreintes ont été pour la première fois enregistrées par la police. Elle le renvoie ainsi à cette circularité déshumanisante qui lui interdit de projeter quelque part un avenir. Elle remplit les centres de rétention de cette population, originellement aussi sédentaire que nous, et désormais condamnée au nomadisme, à une errance indéterminée de prison en centre d'accueil, de centre d'accueil en centre de rétention. Ce faisant, la loi

Sjustice  
Sexclusion sociale  
Sviolence

.../...

.../... ne sanctionne pas la clandestinité, mais au contraire elle la produit. Elle pousse à devenir clandestins des sujets qui ne demandent qu'à s'intégrer dans une vie communautaire. Et pousse ainsi à devenir déviants des sujets qui n'ont fait que fuir les déviations de leurs régimes politiques. Mais aussi, elle les expose à cette surviolence que constituent les circuits occultes.

#### **Production de la violence : la loi qui rend fou**

Violence des mafias, violence des passeurs, violence des réseaux de prostitution, violence des trafics d'organes médicalement organisés, approvisionnés par une véritable industrie clandestine de l'enlèvement : c'est précisément à toutes ces violences qu'exposent les lois de « gestion des flux migratoires » qui produisent elles-mêmes ce qu'elles prétendent résorber : la massification de la clandestinité.

« La loi rend fou », nous disait cet été, lors d'un entretien, un demandeur d'asile tchèque qui venait d'atterrir dans un centre de rétention polonais après avoir été expulsé, menottes aux mains, de l'aéroport de Roissy. Il s'y était automutilé pour n'être pas renvoyé en Russie. Combien de lois d'« aide au retour » ont abouti à des assassinats ? Et quelle définition doit-on donner d'une « aide » qui produit systématiquement ce résultat ?

Dans les bureaux administratifs des centres pour les réfugiés, des affichettes attractives vantaient ainsi, dans toutes les langues, les ressources offertes aux étrangers dans leur recherche d'asile. Et dans les bureaux du Haut Commissariat aux Réfugiés, des plaquettes bien éditées sur papier glacé présentaient un terrain balisé, quadrillé par

des lois protectrices. Dans les chambres, derrière les couvertures qui servaient de paravent ou dans des formes d'intimité un peu plus élaborées, la réalité apparaissait bien différente. Pas nécessairement celle de la misère, mais celle d'un non-sens absolu ; de vies jamais réellement protégées, d'un sentiment permanent de surexposition non pas seulement au danger, mais à la disparition. A un effacement de la visibilité publique. A un ensevelissement de la souffrance sous le caractère lénifiant des discours.

La loi rend fou parce qu'elle prétend être ce qu'elle n'est pas : une forme de rationalité politique qui protège de la violence. Mais aussi parce qu'elle est ce qu'elle ne devrait pas être : un véritable instrument de la violence politique.

De cette euphémisation de la violence, les migrants sont évidemment les victimes désignées. Mais elle fait aussi des victimes collatérales : non seulement tout citoyen rendu complice des lois de son gouvernement, mais aussi tous les exécutants de l'injonction administrative qui condamne des personnes dont chacun peut voir qu'elles ne sont pas coupables. En discutant avec certains représentants de la sécurité, on voit craquer le vernis de rigueur policière, on perçoit aussi la honte qu'on peut secrètement éprouver à « faire le job » qui consiste à représenter un ordre auquel on ne peut pas croire.

On aperçoit enfin une fonction positive de la parole : celle de détisser la toile d'araignée des euphémisations pour faire apparaître, derrière elle, ce que le philosophe Michel Tereschenko appelle « un si fragile vernis d'humanité ». ■

# Les conditions de la liberté de parole

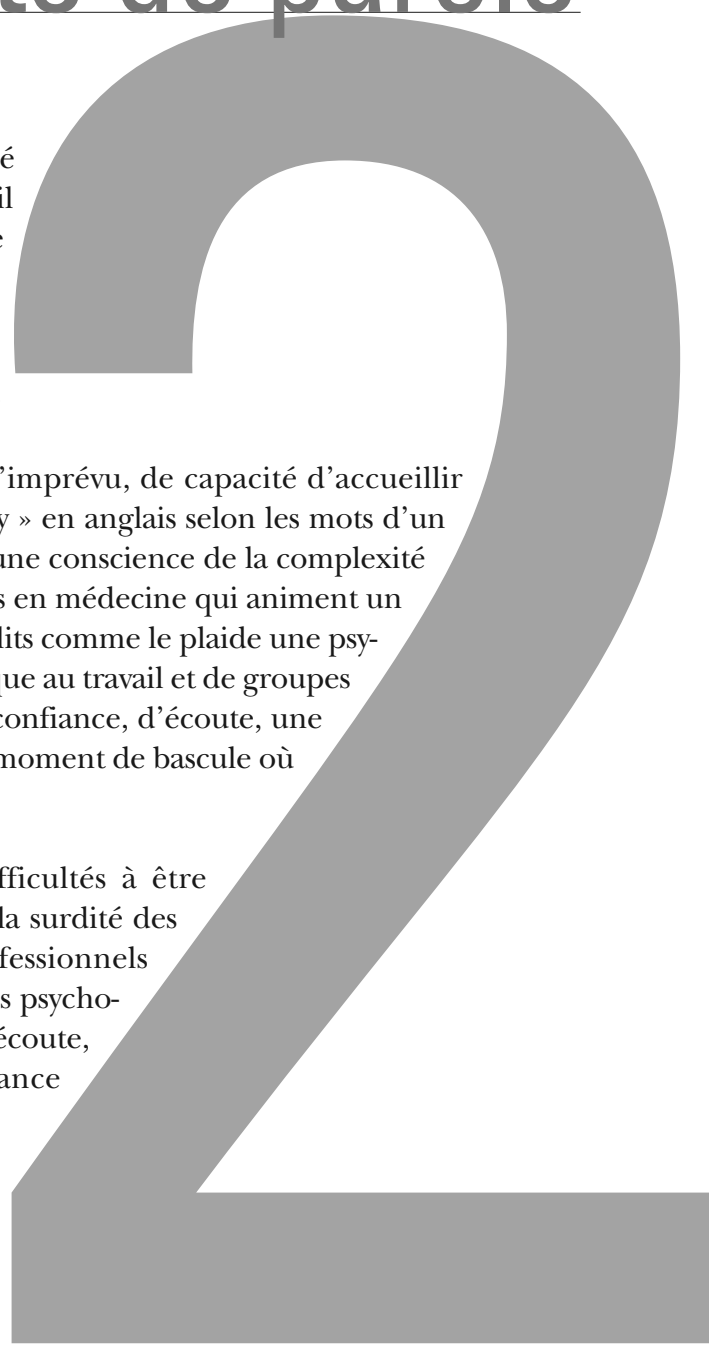
**S**i donc le langage peut être détourné et manipulé, à quelles conditions peut-il être au contraire un espace de rencontre et de libération ?

Soignants, patients, sociologues, psychanalystes évoquent en positif et en négatif ce qui se joue au cœur du soin.

Une alchimie faite de disponibilité à l'imprévu, de capacité d'accueillir « une bonne surprise », de « serendipity » en anglais selon les mots d'un psychanalyste, une ouverture à l'autre, une conscience de la complexité du réel, comme le relatent des étudiants en médecine qui animent un ciné-club, une prise en compte des conflits comme le plaide une psychanalyste spécialiste de psychodynamique au travail et de groupes de paroles en entreprise, un climat de confiance, d'écoute, une implication pour que puisse advenir ce moment de bascule où chacun se risque dans la relation.

En contrepoint sont abordées les difficultés à être écouté et à parler, patient confronté à la surdité des mandarins et du pouvoir médical, professionnels pris dans les abus de pouvoir de certains psychologues qui s'arrogent le monopole de l'écoute, demandeurs d'asile soumis à la défiance d'institutions en posture d'autorité.

La liberté de parole a besoin d'un cadre pour surgir, c'est ce que chacun décrit selon sa spécificité et sa sensibilité. —



## Dire ou ne pas dire

■ **Anne Perraut Soliveres**, cadre infirmier retraitée et praticien chercheur en sciences de l'éducation

Mon fils avait deux mois lorsqu'une éruption cutanée sur les fesses vint nous pourrir la vie. Durant l'été 1968, il a donc passé l'essentiel de son temps cul nu avec les effets que je vous laisse imaginer sur le volume de lessive... (il n'y avait pas encore de couches jetables ni de carrés absorbants sur le « marché »). Son père ayant été étiqueté asthmatique durant son enfance, ma belle-mère affirma sur le champ que ce pauvre enfant était forcément allergique et qu'il n'échapperait pas au destin de son père. Je suis moi-même issue d'une lignée d'eczémateux (par ma mère) et avais très tôt constaté que pour être chouchouté dans la famille, il était préférable d'en adopter les boutons (en plus des lombalgies). Je fus donc particulièrement sensible à la sentence grand-maternelle et réagis assez vivement lui demandant avec fermeté de s'abstenir désormais de parler d'asthme devant mon fils. Elle me regarda stupéfaite et me dit que c'était inéluctable et que cela ne changerait rien de me voiler la face. J'insistai cependant et lui interdix de prononcer le mot. Je passe sur la dizaine d'années où la dermatologie de Saint-Louis s'est penchée sur son cas, statuant, évoquant différents diagnostics et instituant les traitements ad hoc... en vain. Lassé de se faire photographier les fesses et prélever des bouts de chair, l'enfant décida de concert avec son dermatologue de laisser tomber les traitements et le suivi et de se contenter d'appliquer une pommade faiblement dosée en corticoïdes quand cela le démangerait trop. Quarante ans plus tard, les boutons se sont espacés et raréfiés et l'asthme n'a pas osé se pointer. Je reste par conséquent convaincue de l'avoir sauvé de l'héritage que son père lui-même a renoncé à exploiter sitôt abandonnée la sphère familiale. ■

## Des parents au présent

■ **Fadela Ziri**

Madame P. erre dans les couloirs avec son déambulateur en ânonnant « maman maman... » Elle me demande de la ramener chez elle. Je lui propose de participer à mon animation. Elle accepte toujours. Et puis fatiguée, elle me remercie d'un beau sourire et me dit que je pourrai compter sur elle car son père a le bras long. Alors il ne faut pas que j'hésite, et maintenant elle doit rentrer voir maman. Je lui dis qu'elle peut rester manger la bonne soupe de la cuisinière parce que son village est loin, mais elle refuse. Sa maman va s'inquiéter si elle ne rentre pas avant la nuit.

Je vois bien que la seule chose qui la tient en vie, et qui l'empêche d'errer dans son angoisse, c'est de parler de ses parents, avec lesquels elle vit encore au présent. Je m'efforce donc de respecter, de maintenir ce qui pour elle a du sens. Le médecin en arrivant a fait le tour des résidents. Posant la main sur l'épaule de Madame P. et pointant son index vers le ciel, le médecin déclara comme si elle parlait à une « neuneu » : « Ah ma petite Josiane, regarde ta maman, elle est là-haut au ciel ! »

Madame P. s'est tournée vers moi, éberluée. Son regard me questionnait: Mais qui est donc cette femme qui lui dit que sa maman est là haut ?!! ■

## Le temps de l'écoute et de l'empathie

■ **Elisabeth Maurel-Arrighi**, médecin généraliste

Prendre le temps d'écouter les patients raconter leurs symptômes, les croire, c'est s'offrir et leur offrir de comprendre mieux ce qui se passe, et peut-être de mieux se soigner.

Une vieille dame de 81 ans me montre ses mains déformées aux doigts incurvés : « Vous savez, c'est à cause du travail, tenir tout le temps des pipettes !!! », il faut dire qu'elle travaillait comme laborantine à l'hôpital à côté de mon cabinet, que son mari était médecin, qu'en plus elle est corse comme moi, et tout d'un coup, c'est l'amitié avec ses copines de travail, c'est les choses partagées avec son mari, l'amour, sa jeunesse, tout ça qui est dit dans cette façon de raconter son arthrose des mains.

Une jeune femme qui a eu une enfance très malheureuse et maltraitée me dit qu'elle ne supporte pas le lait et qu'elle a refusé le sein à sa naissance. Là, il me semble que c'est mon travail de l'aider à changer le sous-titrage. « Quand vous êtes née, ce n'est pas vous qui avez refusé le sein, c'est qu'il n'y a pas eu de sage-femme ni de médecin qui aient su aider votre mère à se débrouiller avec la montée de lait ». Alors, ce n'est plus de sa faute si le lien avec sa mère a eu tant de difficultés, c'est que ni l'une, ni l'autre n'ont reçu l'aide légitime qu'on peut attendre dans ces moments-là. ■



# Serendipity-Zadigacité<sup>1</sup>

Un psychanalyste invite les soignants à accepter de se laisser surprendre, et évoque une notion qui fait partie de sa boîte à outils, celle de la « bonne surprise », *serendipity* en anglais.

**Chandra Covindassamy**, médecin psychiatre et psychanalyste

Il est des mots étranges, comme venus d'ailleurs, dont la signification est malaisée à déplier, c'est le cas du mot sérendipité, translittération du mot anglais *serendipity*. Je l'ai rencontré pour la première fois il y a une trentaine d'années, dans une publication en anglais, à propos d'un effet inattendu d'un médicament. Pour moi, il y avait la connotation d'une certaine prescience de l'imprévu ou du moins d'une possibilité de l'accueillir ouvrant au jeu et donc à l'humour. C'est bien plus tard que je me suis aperçu que cette notion faisait partie de ma boîte à outils dans le travail lors d'instantanés inattendus de vérité, en voici deux vignettes.

## Une question à partager

La « réunion des parents » constitue un des points importants du dispositif de l'École Expérimentale de Bonneuil, elle a lieu tous les lundis matin. Les parents des enfants et des jeunes qui fréquentent l'École y rencontrent quelques membres de l'équipe (toujours les mêmes) et des parents des autres enfants. Il ne s'agit ni d'une thérapie de groupe ni de guidance, mais de parler de la vie de tous les jours. Les moments les plus féconds se produisent sans aucun doute lorsqu'un parent entend un autre parent parler de difficultés somme toute pas si différentes de celles rencontrées avec leur propre enfant, alors même que chacun de leurs enfants sont très différents. Il n'est pas exceptionnel qu'un enfant fasse irruption pour s'assurer de la présence ou de l'absence de l'un ou l'autre de ses parents ou de ceux de tel autre enfant, peut-être aussi pour montrer qu'il existe une liberté de mouvement dans l'école.

Quelques semaines après son arrivée, une fillette que j'appellerai Lise avait commencé à utiliser cette réunion de manière très habile et efficace pour interroger l'institution et poser la question qui était lancinante pour elle à cette époque. Elle faisait donc irruption dans la salle, jetait un rapide coup d'œil sur l'assistance et fondait en larmes puis sanglotait très bruyamment et enfin s'allongeait sur le sol en répétant « ma maman me manque ». Malaise certain dans l'assistance, inter-

vention apaisante de la directrice présente à la réunion, une personne de l'équipe allait chercher celui ou celle avec qui Lise était censée travailler, celle-ci finissait par quitter la pièce laissant chacun avec son trouble et ses questions.

Au bout de quelques mois, ces scènes étaient devenues hebdomadaires. Il faut dire que Lise ne réservait pas cela à la seule réunion des parents, elle posait souvent la même question avec des sanglots tout aussi bruyants dans l'école et obtenait des réponses compatissantes et quelque peu convenues du genre « Tu vas bientôt retrouver ta maman » ou « Ta maman est à son travail, mais elle pense beaucoup à toi » avec comme effet un redoublement des sanglots... Jusqu'à ce que Lise, lorsqu'elle sentait l'adulte suffisamment désarmé, puisse s'intéresser à autre chose.

Un certain lundi matin, elle avait été particulièrement envahissante et bruyante et je n'étais toujours pas intervenu. Peu de temps après, alors que je prenais mon courrier dans mon casier à lettres, Lise rôdait à proximité, attendant de toute évidence une remarque ou un reproche. Nos regards se croisent, je reste silencieux et ne feins pas une irritation que je ne ressentais pas. De guerre lasse sans doute, elle dit mais à mi-voix et avec une autre intonation « Ma maman me manque » à quoi je m'entends lui répondre « Tu sais, Lise, à moi aussi ma maman me manque ». Nos regards surpris et interrogatifs se croisent. Naturellement, elle a continué à harceler les adultes de l'école avec sa question, et quelques lundis matins ont encore été pénibles, mais plus tout à fait sur le même mode, il y avait quelque chose de moins opaque. Deux ou trois semaines après que nous ayons, Lise et moi, partagé sa question, sa mère a fait part de sa surprise d'avoir entendu sa fille dire à la maison « Bonneuil me manque ». Puis il y eut des crises de colère et de désespoir dans l'école parce qu'il manquait un vêtement laissé à la maison. Début d'un cheminement parsemé de cahots au cours duquel la question de manquer de quelqu'un et de manquer à

« Nos regards surpris et interrogatifs se croisent. »

.../...

§Jeu, Création, Invention  
§Ecoute, Empathie,  
Relation soignant-soigné  
§Fiction imaginaire  
§Psychanalyse

.../... quelqu'un sera, des années plus tard, élaborée par des séjours en famille d'accueil en province. Cette anecdote m'a beaucoup questionné, non pas tant sur le mécanisme de ce qui avait opéré pour Lise, somme toute assez simple. La question de Lise ne pouvait pas être déplacée et ouvrir à d'autres questions par une réponse obturante essayant de faire croire mensongèrement que le

grave de la petite enfance et des crises d'épilepsie allaient lui permettre de continuer à tirer parti de nombreux adultes. Il ne parlait pas, mais chantait juste et était, de toute évidence sensible au contenu des chansons. En dehors de ces moments, il passait le plus clair de son temps à agripper qui passait près de lui avec une prédilection pour les adultes. Il aimait aussi ramasser sur le sol des objets divers avec une préférence pour des brindilles plus ou moins boueuses qu'il portait à la bouche et faisait tourner devant son visage. Toute tentative, verbale ou physique pour faire cesser ces gestes répétitifs et entrer autrement en relation avec Bertrand échouait ou, si l'on insistait, entraînait crispation ou cris.

Une fois, il était en compagnie d'un adulte de l'école qui était en train de parlementer avec lui pour lui faire lâcher une brindille boueuse avec laquelle il s'était maculé le visage. Passant à côté d'eux, je me trouve à dire, sans m'arrêter, que franchement je ne trouve pas cet objet très beau. À ma stupé-

**« Il s'agit plutôt de l'attitude qui rend possible la trouvaille plus que la trouvaille elle-même »**

faction, il jette alors la brindille par terre en me regardant droit dans les yeux. Je n'avais pas cherché à lui dire qu'il ne fallait pas faire ça ou que c'était sale, c'était l'aspect inesthétique de la scène qui m'avait fait parler.

Pour peu qu'un certain jeu (au sens de jeu dans les rivets) soit possible lors d'un échange, il n'est pas si rare que surviennent des surprises analogues. Des sortes de trouvailles surgissant simultanément pour les deux protagonistes, et qui donnent du même coup une autre consistance à la rencontre.

**A ma propre surprise**

Après de tels instants, on peut trouver *a posteriori* une ou des explications de l'effet d'une parole, (mais il peut aussi s'agir d'un geste ou d'un échange de regards), mais mon propos est plutôt d'affiner ce qui m'avait fait proférer ces paroles à ma propre surprise. Dans ces deux scènes, il n'y avait pas, de ma part, une visée soignante directe, mes paroles reflétaient bien plus un sentiment d'être au diapason à partir de quoi une surprise pouvait être, dans le même mouvement, accueillie et éprouvée.

De tels instants ne sont pas rares dans le travail clinique et aussi dans les relations entre deux sujets



manque peut être évacué, mais au contraire par le partage de l'inéluctable du manque. À cet égard, ma place de psychiatre, responsable médical de l'institution avait donné à ma parole un poids singulier. Mais ce qui m'a surtout interrogé pourrait se dire ainsi : à quelles conditions des instants analogues peuvent-ils se produire ? La parole de Lise ayant eu pour moi effet d'interprétation.

**Des sortes de trouvailles**

Bertrand, arrivé jeune dans l'école, avait très vite compris que son jeune âge, les séquelles neurologiques, en particulier motrices, d'une affection

et répondent à la notion de sérendipité. Précisons que, en langue française, ce mot ne figure dans aucun dictionnaire d'usage courant, mais il figure dans le *Vocabulaire de la Psychologie* d'Henri Piéron : « rencontre au cours d'une observation empirique de données ou de résultats théoriquement inattendus, aberrants et capitaux ». Dans la langue courante, on pourrait dire la bonne surprise ou bien la trouvaille, mais il s'agit plutôt de l'attitude qui rend possible la trouvaille plus que la trouvaille elle-même et ses effets. Le mot de grâce pourrait rendre compte de sérendipité, mais la connotation religieuse de grâce divine envoyée et reçue situe ce terme dans un tout autre registre. Ces derniers temps, cependant, ce mot devient un peu moins rare en français.

Richard Boyle a publié en 2000 un texte en anglais accessible sur Internet <sup>2</sup> où il rapporte les circonstances de la naissance de ce mot qui, dit-il, a beaucoup enrichi la langue anglaise. C'est le 28 janvier 1754, dans une lettre qu'Horace Walpole a forgé ce néologisme en se référant à un conte *Le voyage des trois princes de Sérendip*. Sérendip était le nom en persan ancien de l'île de Ceylan. Pour moi, le climat tropical et les jardins de Ceylan m'ont fait imaginer un cheminement dans un paysage où, au détour d'un chemin et à la condition d'être dans une liberté d'esprit (ne pas avoir faim ni soif, ne pas être harcelé par des moustiques...), on a la surprise d'apercevoir fugitivement des fleurs, des oiseaux ou des papillons multicolores. Dans le conte, le roi impose à ses trois fils à qui il avait fait donner une éducation parfaite de parcourir le monde. Grâce à la fois à leur éducation et à leur faculté de s'en libérer en la mettant en pratique, les princes vont faire des découvertes sans les chercher et qui vont les entraîner dans de nouvelles aventures. C'est ce que H. Walpole appelle une sagacité accidentelle.

Comme le dit Richard Boyle, un des effets de l'invention de ce néologisme est qu'un conte

oriental étrange a échappé à l'oubli. On peut aussi noter que c'est grâce à un conte qu'une notion comme l'état d'esprit nécessaire à pouvoir accueillir une bonne surprise a pu trouver droit de cité dans des langues européennes.

Un autre aspect contenu dans le mot de sérendipité est que cette bonne surprise est partagée sur le champ dans le partage de l'expérience ou bien après coup en la rapportant à un interlocuteur, cela peut aider à centrer certaines questions qui surgissent dès qu'il est question de parole et de soins.

Une certaine évolution de la médecine vers une accumulation de savoirs techniques peut tendre à faire privilégier l'acte technique et à faire considérer que la parole est secondaire par rapport à l'efficacité de l'acte technique. Toute surprise risque d'être d'abord considérée comme « un événement indésirable » à éradiquer. L'idéal affiché est alors de réduire la parole à un acte de communication.

Mais, d'un autre côté, c'est grâce à la parole que le bon Dr Knock pouvait « se soigner » et s'acheter une grosse voiture. Aucune surprise pour lui puisque c'était bien là son objectif.

Le surgissement d'une surprise partagée marque qu'un certain affranchissement par rapport à un rapport convenu a eu lieu, non sans analogie avec le mot d'esprit dont le fonctionnement a été analysé par S. Freud. Ce sont des moments précieux dans le travail et dont les effets thérapeutiques peuvent être impressionnants. Mais comme toute surprise, il s'agit d'instantanés impossibles à prévoir et encore moins à programmer donc, totalement réfractaires à être répertoriés et rangés dans des cases de référentiels. ■

1. Proposé comme traduction en référence au conte de Voltaire.

2. [http://livingheritage.org/three\\_princes.htm](http://livingheritage.org/three_princes.htm)



# Le premier mot

Une nouvelle pour dire l'abîme du malentendu qui existe parfois entre l'attente du malade qui espère être écouté et la surdité du médecin.

**Jean Bescós**, écrivain, photographe, directeur artistique de compagnie *Solo ma non troppo*

§Langage,

§Ecoute, Empathie,

Relation soignant soigné

§Pratique médicale

§Droit des patients, Information

Depuis deux heures je suis là, assis, froissements de blouses, lire une revue, non, plutôt réfléchir : « Que vais-je lui dire ? Comment commencer, par où, par quoi, depuis que ? Depuis ? Non avant. Comment expliquer sans qu'il interprète... ce matin-là il faisait un temps ordinaire... et ce matin... ce matin-là :

... Je me lève, il est l'heure, l'heure de tous les jours, je prépare le déjeuner, je me lave, je me regarde dans la glace, je suis une personne ordinaire et le temps est comme moi, ordinaire, pas de soleil, pas de pluie, pas de froid, pas de chaud, pas de brume... J'ouvre l'armoire, en rang d'oignon des costumes à rayures ordinaires fines certaines, plus larges d'autres, j'en prends un, puis ouvre le tiroir à droite, un caleçon et des chaussettes assortis : style ordinaire. Une chemise et une cravate ton sur ton ordinaire... les chaussures... voilà un dernier regard et je suis prêt à me confondre à la foule... ordinaire...

Le métro, les stations, les couloirs, sol gris, escaliers, lumières jaunes, murs carrelés, changement, couloirs, wagon, main moite sur la barre en inox, ouvertures automatiques, escalators, porte, courant d'air, sortie, trottoir, c'est là-bas un peu plus loin. Ce matin j'ai rendez-vous avec « le spécialiste », « the specialist », « el especialista »... je suis heureux... enfin un rendez-vous... un an d'attente... rue Chaussette, place Miche Pain, portail fer noir, allée couverte, graviers, bouton ding, interphone : « mmhmneogrs »... « C'est moi... Monsieur Dinaire » « mmhgls 3<sup>e</sup> étage droite... mmmghtll ». Clic, porte ouverte, escalier comme limace, une après l'autre, marche-marche, tapis, un, deux, trois : « C'est là »... sonnette pong : entrouvre la porte, un fauteuil deux places, deux chaises... au murs des images, des dessins, une pétition... non

euh deux pétitions... des revues « La vie des crabes », « Potes et images du monde », « Femme fatale »... Je réfléchis : quelle est la source de mon...

« Monsieur Dinaire !

– C'est moi !

– C'est à vous... entrez... M... Dinaire. Dites-moi.

– Bon alors, c'est arrivé le jour où. Non, je crois que c'est la veille...

– Un pressentiment peut-être...

– Enfin, il pleuvait et...

– Vous êtes allergique à ...

– Non car... je me sentais...

– Fatigué ?

– Non !

– Humide ?

– Non !... et puis la douleur...

– Elle vient de votre dos, alors là il va falloir faire une...

– Mais non. Je voulais dire que...

– Je sais ce que je dis... ce ne peut-être que votre dos !

– C'est... que...

– C'est sûr, c'est courant.

– Pourtant, j'aurais cru que ça venait de mon...

– Je vais vous prescrire un thermoformatage des vertèbres en quinconce... c'est très efficace.

– Et pour la fièvre...

– Prenez rendez-vous au service malaxologie... je vous recommande le Professeur Charmant-Kaissdair... bon courage. »

...Clap !

Porte fermée, couloirs escaliers rue, je suis fébrile, les images une à une dans ma tête, cette question « Mais pourquoi ? » et cette ritournelle « Trouver le premier mot juste... juste le premier mot... permet d'envisager une probable vérité ». ■

# Histoire d'une traduction erronée

« Soins primaires », c'est une dénomination de la médecine générale que regrette un généraliste. Et si on trouvait d'autres mots pour évoquer ce travail de traduction des maux en mots ?

§Ecoute,  
Relation soignant-soigné  
§Langage  
§Formation initiale, Formation continue  
§Médecine générale

■ **Sylvie Cognard**, médecin généraliste

Le « patient fonctionnel », je le rencontre tous les jours... Il m'amène des symptômes divers et variés. C'est lui qui a la clé de l'énigme, mais il ne le sait pas, il faut juste l'aider un peu. Nous ne sommes que des passeurs, des traducteurs de maux.

Pour que cette alchimie de la rencontre fonctionne entre le patient qui parle avec son corps et le traducteur généraliste, il faut lever deux malentendus.

Le premier serait que celui qui parle avec son corps croit que c'est le médecin qui détient la solution, qu'il sait tout, peut tout, même lui apporter l'immortalité.

## L'indélicatesse de la dénomination

Le deuxième malentendu vient de nos pairs qui ont dénommé notre chère médecine générale sous le terme de médecine de « soins primaires » et en ont fait une spécialité, au même titre qu'une spécialité d'organe. On aurait pu nous dénommer généralologue ou toutologue, comme cardiologue ou rhumatologue. Je m'en référerais ici à Louis Velluet, médecin de famille converti en psychanalyste, qui anime un groupe de recherche clinique, l'Atelier Français de Médecine Générale. « Soins primaires » est en fait une traduction de l'anglais « Primary Care ». La plus mauvaise traduction que l'on ait pu trouver ! Autant en anglais « Primary » avoisine « the best », ce qui est « premier ». Autant en français primaire a un sens minoratif, quand il n'a pas un sens péjoratif. Dans l'enseignement, on passe du primaire au secondaire, puis au supérieur. Un être primaire sous-entend, dans le langage utilisé par quelques praticiens indélicats, que le patient n'est pas « cortiqué » ! J'ai souvent entendu cette dénomination qui me semble marquer un irrespect et un manque de sollicitude à l'égard dudit patient. En

bref, celui-ci ne comprend pas ce qu'on lui dit de sa maladie et des techniques destinées à le soigner. La bonne traduction de « Primary » eût été « premier ». Il est plus agréable d'être premier que dernier. La traduction de « Care » s'est faite par soin au pluriel, sous-entendant donner des soins à l'aide de techniques codifiées, en prescrivant des soins en tout genre. En anglais, « Care » c'est prendre soin, « take care of you » est une des formules usitée pour prendre congé de quelqu'un. Une manière de lui dire : « Prends bien soin de toi », « Fais attention à toi », « Reviens-nous en bonne forme ».

## Mettre en mots des maux

Ces patients dits fonctionnels qui viennent vers nous, ceux qui n'ont rien de sérieux voire d'intéressant au regard des spécialistes ; rien que des maux non identifiés à nous livrer, que pouvons-nous faire d'autre, nous les « toutologues » que de mettre en mots ces maux ? Que faisons-nous d'autre que prendre soin d'eux, une fois que nous avons l'intuition juste ou la certitude par des examens complémentaires qu'ils n'ont rien d'organique et que les maux qu'ils nous amènent sont des mots indicibles ? Quant aux autres patients qui souffrent de « vraies » maladies, eux aussi nous font signe avec leur corps. Ils nous font deviner souvent et nous révèlent parfois, pour peu que l'on s'y arrête, des blessures bien plus anciennes et bien plus profondes. Des blessures associées ou non à des causes familiales, sociales ou environnementales.

La bonne traduction de « Primary Care » ne serait-elle pas alors « la première médecine du prendre soin de l'autre » ?

La médecine générale, et plus encore la médecine de famille est-elle une spécialité, ou serait-elle plutôt une science humaine un peu spéciale ? ■

## Bibliographie

- Louis Velluet, *Le médecin, un psy qui s'ignore*, L'Harmattan, 2005.
- Sylvie Cognard, *Toubib de cité, malade de régime*, auteur, Ed. du petit pavé, 2007.

# Le pari de cinéthique

L'apprentissage du débat, au travers d'un cinéclub, comme mode d'entrée dans l'écoute des malades, c'est le pari d'étudiants en médecine qui animent un cinéthique.

■ Entretien avec **Laelia Benoît, Antoine Briantais, Matthieu Faillot, Thomas Huppert\***

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

**Pratiques : Pourquoi le choix de se retrouver autour d'une fiction, d'un film pour susciter la réflexion et le partage ?**

**APICC :** L'APICC a été créée en 2004, par des étudiants en 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> année. Au début, on animait un labo photo. Puis on a essayé un café santé, sur des thèmes comme « je n'ai pas le temps, j'étudie », « la guerre des psychothérapies »...

Le cinéclub a commencé en 2005, sur une idée de Michèle Lévy-Soussan, qui dirige une unité mobile de soins palliatifs, et intervient en 2<sup>e</sup> année dans le cadre du module optionnel d'éthique, et qui fait souvent lors de ses cours des liens entre cinéma, littérature et pratique médicale.

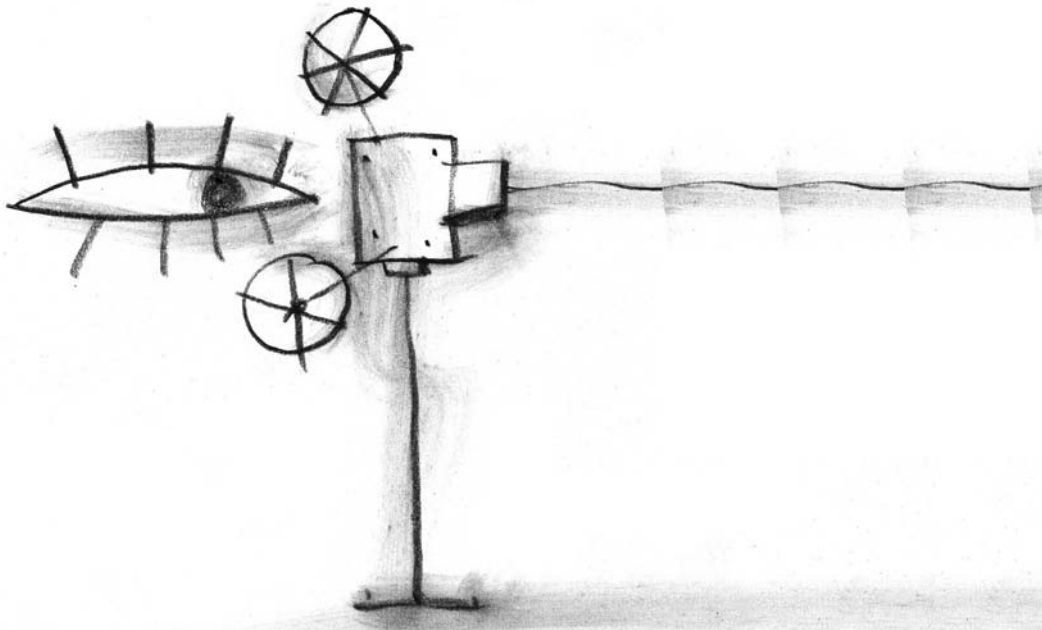
C'était un défi de vouloir parler d'éthique. A la faculté de médecine, il y avait des activités sportives, festives, ou humanitaires, mais peu d'activités culturelles. Les étudiants sont très impliqués dans

leurs études, au départ ils ne veulent pas réfléchir à autre chose. A la fac, le bon médecin est celui qui a le maximum de connaissances techniques et peu de gens pensent que la culture puisse être un enrichissement pour la pratique. Or, quand on dialogue avec les patients, dès les premiers stages, on doit apporter quelque chose, de sa propre culture.

**Qui vient ? Des étudiants déjà en contact avec des patients ? Des étudiants encore dans les livres ?**

Des étudiants déjà en contact avec les patients, sachant que nous commençons les stages hospitaliers dès la deuxième année. On prévient les étudiants par des affiches, des annonces dans les amphis, et des mailings.

S'ouvrir aux autres facs n'est pas évident, c'est déjà difficile de faire venir les étudiants de Pitié/Saint-



\* Animateurs du Cinéthique, cinéclub de l'APICC Association Pitié Culturelle et Citoyenne, de la faculté de Médecine Pitié-Salpêtrière/Saint-Antoine.

Antoine. Certains viennent très régulièrement : 80 pour le film, une cinquantaine au débat. Il y a aussi des orthophonistes et des psychomotriciens. Les élèves infirmières sont dans un autre bâtiment et viennent assez peu. Une partie du succès est sûrement liée à la possibilité de voir un film gratuit par mois, qui ne passe dans aucune salle. Un film qui n'est pas forcément un vieux film, qui n'a pas toujours un rapport direct ou évident à la médecine, mais qui porte souvent sur un sujet de société. C'est un espace de dialogue ouvert. Sur l'avortement, il y avait des témoignages d'internes en gynéco sur « ces femmes qui exagèrent ». L'important est que chacun reparte en ouvrant la chaîne, que le débat soit le plus ouvert possible. Le lieu de parole du cinéclub vise à rendre sa complexité au réel.

**Quel lien entre l'expérience de voir ensemble une œuvre, et ce qui se passe dans la rencontre avec les malades ?**

Le but est de parler d'éthique avec un invité qui nous fait part de son expérience. A partir d'une fiction, on crée un espace de parole, ce qui donne un autre niveau de réflexion, et l'occasion de parler les uns avec les autres. Se retrouver ensemble, liés spécifiquement par le sujet, renforce l'émotion. Par exemple, sur l'acharnement thérapeutique, quand c'est inclus dans un cours, la réflexion reste purement intellectuelle, morale. On a projeté *Johnny got his gun* : replacé dans un film, cela fait saisir ce qu'est la réalité. On a besoin d'exemples concrets pour réfléchir. Le film c'est un autre regard, c'est comme si on invitait un patient pour parler. Cela

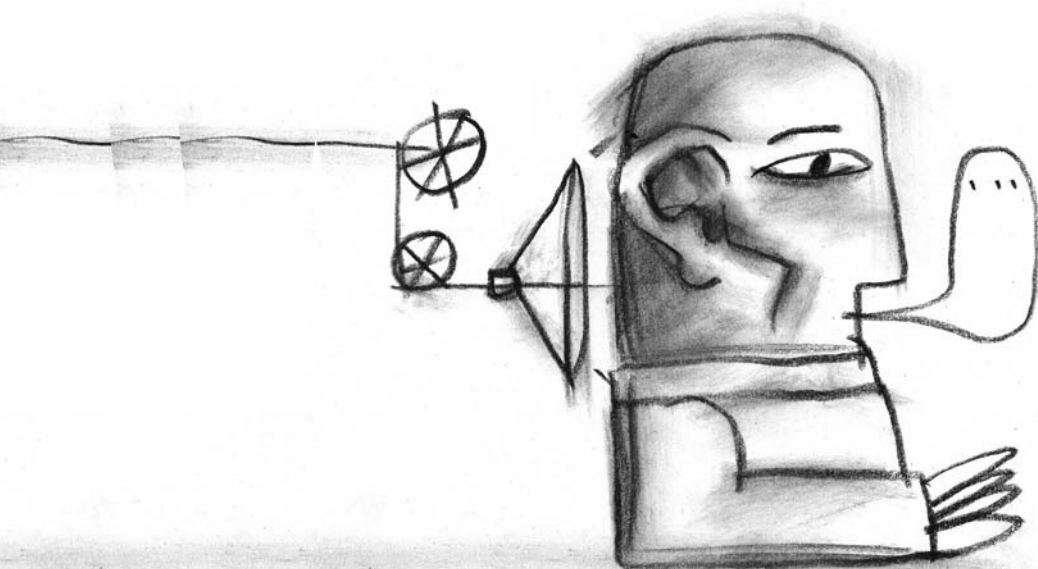
**« Le film, c'est un autre regard, c'est comme si on invitait un patient pour parler. »**

permet une meilleure identification, souvent plus que lors des stages où l'on redevient médecin.

Nous essayons de nous faire une idée de l'image que nous pouvons donner en tant que soignants. Et puis l'éthique ce n'est pas seulement réfléchir dans le vide, c'est aussi proposer quelque chose pour changer la condition des patients. Par exemple, apprendre à parler autrement. Le film *La mort de Dante Lazarescu* montre les dernières heures d'un vieil homme alcoolique et isolé, qui est trimballé d'hôpital en hôpital. On y voit la froideur des soignants. Cela permet de réfléchir à la façon dont on parle aux patients, à l'opacité de notre jargon médical. L'éthique, c'est quelque part apprendre à réfléchir et à chercher une solution quand on ne sait pas faire. Voir une personne mourir, les étudiants s'en soucient, mais s'ils n'en parlent pas, ils risquent de se blinder sans rien apprendre sur eux-mêmes et sur leurs pratiques.

**En quoi sentez-vous que l'expérience du cinéclub apprend à écouter et dire ?**

Les séances ne font pas changer d'avis, mais c'est une ouverture sur des choses auxquelles on n'aurait pas pensé. Au cours du débat, on réalise que la solution imaginée n'est pas la seule possible. Cela aide à ne pas prendre des décisions trop rapides. On aimerait aider les étudiants à se poser des questions tôt, avant qu'ils ne se retrouvent seuls. Par exemple : « Faut-il être un saint pour être médecin ? » ou « la médecine et l'argent ». On espère que ceux qui réfléchissent avec nous seront aidés à faire leurs choix professionnels et deviendront des médecins compétents et épanouis, à même de mieux dire et de mieux écouter. ■



Vous pouvez trouver les dates de nos séances sur notre site (<http://association.picc.free.fr/>), et vous inscrire à la Newsletter pour être tenu au courant par email.

# Vie et mort d'un groupe de parole

Comment une aventure de parole libre entre aides à domicile et soignants tourne court sous le diktat de professionnelles censées être spécialistes de la parole.

**Lucie Delamer**, médecin généraliste

## Un exercice angoissant

Médecin généraliste prenant souvent en charge des patients en fin de vie, à domicile, en maison de retraite, j'avais observé combien le travail auprès des mourants et de leur famille, surtout lorsqu'on l'exerce seul (en particulier à domicile), surtout lorsqu'il n'est pas choisi (aide à domicile) peut-être angoissant, déstabilisant, voir traumatisant.

J'avais observé que, si l'occasion se présentait d'en parler pour de vrai, le regard, la réflexion et le travail de chacun en était transformés.

L'idée m'est donc venue de proposer à tous les professionnels travaillant auprès des personnes en fin de vie, à domicile ou en maison de retraite, quelles que soient les fonctions occupées (aides à domicile, infirmière, médecin, psychologue, agent de service hospitalier, cadre infirmier) de se rencontrer au sein d'une association, dans ce que, naïvement, nous avons appelé des « groupes de parole »

Il ne s'agissait pas d'un groupe d'enseignement de soins palliatifs, il ne s'agissait pas de donner des conseils, ni des recettes, il ne s'agissait pas de propager une « bonne parole dogmatique », il s'agissait tout simplement d'échanger expériences et questions.

A chaque réunion, sur chaque invitation, nous rappelions nos principes de base :

- parler de nous avec nos propres mots ;
- faire preuve d'une écoute bienveillante : écouter sans juger pour être écouté ;
- éviter les généralités.

## Les « sans-parole »

Et l'aventure commença. Y participèrent en grand nombre « les sans-parole » que sont les aides à domicile dans le monde soignant. Elles parlaient beaucoup et les présents, cadres, infirmières, médecins écoutaient avec attention, s'exprimant

aussi. Ainsi cette parole, libératrice, a dans un premier temps circulé libre (car la liberté jaillit du croisement des paroles) et joyeuse (nous avons beaucoup ri).

Seules les psychologues, au bout de quelques réunions, ont changé de positionnement. Elles étaient d'abord très extérieures et peu impliquées, puis elles ont dit : « Nous, nous savons ce qu'est la mort, les étapes y conduisant, nous allons vous dire la bonne distance, la bonne relation avec le mourant... » Et l'une d'elle, diplômée en soins palliatifs, nous a écrit, documents officiels à l'appui que c'est aux psychiatres et aux psychologues qu'appartient le dispositif « groupe de parole », que si les psychologues ne sont pas présents dans ces groupes, ce groupe de parole ainsi dénommé est un leurre et qu'en conclusion il fallait changer la dénomination de ce groupe.

## Une Parole assassine

Ainsi donc ce que nous vivions était un leurre ! Ce qui se tissait délicatement, patiemment, une illusion !

Pour parler de la vie, de la mort, il faudrait être contrôlé par des spécialistes, labellisé par la faculté.

Pour écouter l'autre, il faudrait être diplômé, mais de quoi ?

La parole des psychologues qui n'avait pour objet que de mettre l'autre sous contrôle et non de l'aider à advenir à lui-même, malgré les tentatives d'explications avec l'une d'entre elles, malgré le changement d'appellation du groupe, a été « assassine ».

Cette branche de l'association s'étiola, puis disparut.

Le silence règne...

Quoique... ■



# Les risques de dévoiement des groupes de parole

Une psychanalyste est conduite à prendre en compte les tensions et les conflits au travers du quotidien.

■ **Lise Gagnard**, psychanalyste

## Psychanalyse et analyses des pratiques.

Je me suis souvent trouvée confrontée, dans mon travail de psychanalyste, à des demandes de groupes d'analyse des pratiques d'équipes soignantes et de travailleurs sociaux. Mais que me demandait-on exactement ? Et comment y répondre ?

La psychanalyse ne peut pas nous servir à trouver les bonnes prescriptions, la bonne organisation du travail ni les astuces pour y faire face, elle ne peut nous être utile qu'à instruire la question des conduites paradoxales dans des situations qui posent problème. Il me semble pouvoir apporter quelques outils de réflexion grâce à la discipline que je représente aujourd'hui : la psychodynamique du travail qui articule trois champs théoriques : l'ergonomie de langue française, la sociologie du travail et la psychanalyse.

Elle « analyse les processus subjectifs mobilisés par les situations de travail », elle est « productrice d'intelligibilité sur les conduites humaines dans les situations de travail susceptibles de faire apparaître la rationalité des comportements, même lorsqu'ils apparaissent les plus absurdes, illogiques ou paradoxaux ».

En effet, pour la psychodynamique du travail, comme pour la psychanalyse, les conduites, fussent-elles paradoxales, ne sont pas des erreurs, elles ont un sens qu'il faudra décrypter si on veut intervenir sur leur développement. Nous nous attarderons aujourd'hui sur les achoppements, les ratés, les butées... du travail... et les moyens de les endurer.

Mais pour qu'un groupe d'analyse de pratiques puisse fonctionner, il faut que la dégradation des conditions de travail ne soit pas allée trop loin, cer-

taines fois la honte empêche toute réflexion sur le travail.

Deux interdits sont posés au départ dans les groupes que j'anime : solliciter quelqu'un sur sa vie privée et parler en dehors du groupe de l'état des travaux. Il est également posé qu'une restitution rédigée sous le contrôle des membres du groupe sera faite aux collègues une ou deux fois par an, ceci pour éviter les effets imaginaires suscités par l'existence du groupe d'analyse de pratiques.

À quelles conditions un groupe de parole peut-il constituer une aide ? Plusieurs situations cliniques vont permettre de situer les enjeux. C'est à partir de mes propres embarras que j'ai élaboré le dispositif que j'utilise.

## Les conditions de l'aide ou un DRH « sensible et courageux »

Il est jeune, la trentaine, plutôt sympathique. Il a demandé à me rencontrer pour envisager « une action » dans son service. Il travaille dans un hôpital de moyenne importance. Une grande partie de son personnel s'occupe de personnes âgées, en maison de retraite, longs et moyens séjours. Ce personnel souffre, dit-il. Il se trouve devant de trop nombreux arrêts de travail, dus à des dépressions et des troubles musculo-squelettiques. Il s'est dit que c'était en lien avec une souffrance au travail. Il me demande donc d'intervenir en tant que spécialiste de la psychanalyse, sur la mort, le vieillissement, la gestion du handicap, en utilisant les artifices de groupes de paroles ou d'interventions magistrales, comme je voudrai. Je lui demande alors comment est organisée

« Je demande s'il s'est déjà posé la question du café. »

§Psychanalyse  
§Travail,  
Conditions de travail  
§Langage  
§Management

**Lise Gagnard**  
est chercheur associée au  
Laboratoire de  
Psychodynamique du  
travail et de l'Action  
Centre de Recherches  
Travail et Développement  
Conservatoire National  
des Arts et Métiers Paris.  
.../...

.../... la gestion du planning. Je lui explique ma question : il a été montré que ce genre de problématique est habituellement traité dans les pauses informelles, les moments de convivialité quand ils ont lieu (Molinier 1995). Il est embarrassé, parce que, justement, il vient de supprimer les pauses. Posant des questions précises, j'obtiens une description de l'organisation du planning des aides-soignantes, qui représentent la plus grande partie du personnel. Elles arrivent le matin sans savoir dans quel service elles vont intervenir. Elles sont réparties par ordre d'arrivée, en fonction du nombre de présentes, dans les différents services. Elles changent ainsi de collègues tous les jours, et aussi de patients. Je lui demande alors comment elles font pour s'organiser entre elles, qui fait quoi, dans quel ordre ? Il répond que c'est très simple, tout est organisé, le « timing » est très précis, les gestes sont tous les mêmes chaque jour, le minutage est parfait, « tout est prévu », comme dans un ballet, il imagine que les aides-soignantes se retrouvent par miracle de chaque côté d'un lit au bon moment pour le faire... Et d'ailleurs, dit-il, cela fonctionne très bien. Avant cette installation, il avait toutes les peines du monde à envoyer une aide-soignante d'un service dans un autre pour faire un remplacement, elles montraient trop de « résistances au changement ». Ce n'est pas cela du tout qui le préoccupe.

Abasourdie, je demande s'il s'est déjà posé la question du café. Fournit-il le café de l'hôpital ? Doivent-elles l'acheter (ce qui ne peut pas se faire dans des équipes aussi mobiles) ? Il ne sait pas pour le café, il ne s'est jamais posé la question.

Il ne comprend pas où je veux en venir. Il veut que j'anime des groupes de parole sur la mort. Mais imperturbable, je repose les questions de la situation de travail. Comment font-elles pour que leurs enfants puissent les rejoindre, s'ils sont à la maison, ou s'ils ont un problème à l'école. En fait, on ne sait pas où les trouver... Ont-elles une ligne directe à leur disposition pour appeler chez elles ? Il blêmit alors en disant « Ma mère me laissait seul des heures, je ne savais pas où elle était, c'était horrible », mais il se reprend et affirme que cela lui a « forgé le caractère ». Il demande mes tarifs, on lui a parlé de moi, il veut absolument que je vienne au moins rencontrer les cadres.

Comme il ne comprend vraiment rien, je lui pose la question de son travail à lui. Comment s'entend-il avec ses collègues ? A-t-il trop de travail ? Est-ce facile à faire ? Content de se retrouver sur un terrain qu'il connaît, il raconte. Tout irait assez bien s'il n'avait pas une vieille collègue qui ne comprend rien à rien, qui l'exaspère. « C'est un boulet ». Elle fonctionne avec les vieilles méthodes, elle présente des résistances au changement. Elle n'a pas « fait l'École de la Santé », comme lui.

Autrement, il aime son travail, mais cette vieille... Comment se débrouille-t-il, alors pour amadouer cette dame ? A-t-il des ruses, des stratégies particulières ? « Oui, dit-il, n'entendant ce qu'il dit que trop tard, je lui fais des petits cafés ! ».

Nous avons pu travailler enfin grâce à « la vieille », et à ses petits cafés. Enfonçant le clou, je lui demande ce que cela lui ferait si on lui changeait la vieille tous les jours, si ce n'était jamais la même, que tout était à recommencer tous les matins. Il me regarde, stupéfait : « En gros j'ai tout faux... ».

**« Il avait fait abstraction dans son raisonnement comptable de la subjectivité des agents. »**

Il est désespéré un moment, il s'aperçoit qu'il avait fait abstraction dans son raisonnement comptable de la subjectivité des agents. Non seulement il n'avait pas tenu compte de leur situation de travail, mais il avait mis à mal toutes les stratégies de coopération, tous les systèmes d'amortissement des épreuves psychiques liées à la prise en charge de la fin de la vie. Pourtant, son planning était « beau », son « timing »

horaire de la journée type d'une aide-soignante lui avait demandé beaucoup de travail, d'attention... Il ne s'agissait pas de désinvolture, de négligence de sa part. Il avait été alarmé par les arrêts de travail à répétition, il s'était inquiété d'une souffrance psychique, d'où sa demande d'intervention auprès d'une psychanalyste. Mais jamais il n'aurait pensé qu'une organisation du travail qui lui avait demandé autant de soin pouvait être aussi délétère. Pour terminer, il était content d'être venu, content, mais dans un grand embarras. Je me suis alors permis de lui conseiller d'en parler avec « la vieille »...

Il n'a bien sûr plus été question d'une intervention de groupes de paroles sur la mort ou le vieillissement. Je lui ai conseillé de mettre en débats avec ses pairs, avec les cadres, avec les aides-soignantes les modalités du planning. Ensuite, il verra ce qui reste. Il rappellera si nécessaire. Il n'a jamais rappelé.

**Analyse des pratiques ou thérapie de groupe ?**

L'écueil de l'évitement de l'analyse du travail est souvent couplé avec un autre écueil de taille : la confusion entre un groupe d'analyse de pratiques professionnelles et un groupe thérapeutique. Il me semble pouvoir dire qu'un groupe d'analyse des pratiques n'est pas un groupe thérapeutique. Notre analyse ne portera pas seulement sur la situation duelle et ses aléas, mais aussi sur les mouvements psychiques au travail en lien avec les collègues, la hiérarchie, etc. Nos groupes d'analyse des pratiques ne se limitent pas aux conduites individuelles, mais se donnent aussi pour but l'analyse des conduites collectives.

Nous pensons que le manque, la souffrance, le conflit interne – et externe ! – sont intrinsèques au fonctionnement psychique humain. Les idéo-

logies actuelles tentant de gommer la division du sujet, ses butées devant l'inadéquation des rapports sociaux, promouvant une humanité achevée, accomplie, sans faille, nous semblent de sinistre mémoire.

**De la clinique au cadre d'analyse des pratiques, entre « dynamite » de groupe et inertie**

Un médecin responsable d'une unité de soins m'avait aussi adressé une demande d'intervention régulière dans son service. La demande était simple : « Faites ce que vous voulez, je ne m'en sors plus ». J'ai rencontré toute son équipe, ce qui faisait un grand nombre de personnes. Je me suis aperçue plus tard qu'il manquait tous les cadres. Un grand groupe silencieux, buté, jugeait la nouvelle recrue du patron. J'avais donc proposé mes services, en réduisant sérieusement les prétentions qu'on me prêtait. D'abord, une coopération avec moi ne pouvait pas être tenue pour obligatoire, ensuite, nous ne ferions pas de dynamique de groupe, ni d'analyse des inconscients, mais seulement de l'analyse des pratiques en utilisant les outils de la psychodynamique du travail, que j'ai exposés succinctement. Je leur ai proposé dans cet entretien préliminaire, une analyse de leurs tâches, une réflexion sur leur organisation de travail. Entre les déçus, qui auraient voulu un peu de « dynamite de groupe », et ceux qui ne croyaient en rien de ce que pouvait proposer leur chef, il n'est plus resté grand monde pour les séances suivantes. Nous avons tout de même travaillé deux

ans, avec une dizaine de personnes : infirmiers, éducateurs, aides médicopsychologiques.

Tant bien que mal, ces dix personnes-là ont pu mettre de côté le négativisme ambiant, pour se poser la question du travail. Leur service fonctionnait sur une hypothèse fondamentale : personne ne veut qu'on s'occupe des patients. « Ils » nous en empêchent. Il leur a été difficile, mais opérant de sortir de ce principe pour reprendre autrement la question des effets de déliaison dans leur fonctionnement institutionnel. Ils y ont reconnu la marque des pathologies graves des patients, qui souffraient de psychoses dissociatives. La psychose et les passages à l'acte violents provoquent autour d'eux des clivages, des fonctionnements psychorigides défensifs.

Le chemin d'entrée a été celui de la psychodynamique du travail, nous avons pu aborder les questions de la prise en charge par le biais de l'analyse de la souffrance individuelle au travail et des stratégies individuelles, puis collectives de défense, pour finir par nommer une idéologie collective de défense contre la psychose : leur négativisme. Ils venaient travailler pour prouver chaque jour qu'on ne pouvait pas le faire. Le seul danger pour ce groupe de travail était qu'ils ne représentaient qu'une petite partie des travailleurs. Nous ne sommes pas allés, pour cette raison, plus avant que deux ans dans la réflexion. En effet, j'avais peur que notre petite équipe de curieux inventifs ne se fasse en groupe de plus malins que les autres, sans rien retransmettre à l'extérieur de nos

.../...



.../... travaux. Nous rédigeons chaque année un texte rendant compte de notre travail collectif. A la fin de la première année, ils avaient donné ce texte à leur hiérarchie et l'avaient affiché pour leurs collègues.

La deuxième année, je l'avais rédigé seule et ils n'avaient pas voulu en faire part : « Ça ne servirait à rien ». J'ai senti le groupe se refermer sur l'idéologie défensive précédente, à peine déplacée. Je ne voulais pas contribuer à organiser un groupe de « petits malins » (selon l'expression de J. Oury dans le *Collectif*), bien fermé. Pour moi, cela n'aurait fait que renforcer les effets de groupes à l'intérieur de l'établissement. Nous avons donc décidé d'arrêter ce travail dans la mesure où l'articulation avec les institutions du reste de l'établissement échouait. Je leur ai proposé de me rappeler éventuellement pour un autre groupe, accueillant d'autres personnes, dont les cadres. Ce qui ne s'est pas fait...

### Conclusion

Les groupes de parole, ça ne va pas de soi au sein du travail, la psychanalyse non plus.

Quels dispositifs collectifs, donc, pour travailler ? Quels dispositifs pour passer des ravages de la pulsion d'emprise à l'accueil de l'« étranger » ? D'abord, en effet, les espaces de délibération, d'arbitrage, mais prenons garde à ne pas les souhaiter comme des moments d'apaisement, la délibération est par définition inconfortable, elle

suppose d'exprimer les situations d'embarras, l'angoisse n'est pas loin. La délibération est un sport de combat, l'arbitrage est une lutte. Au travail, on engage son corps, sa vie ; si on met son mode d'appréhension du monde en débat, l'enjeu est de taille. La parole sur le travail est risquée, l'écoute sur le travail aussi. On ne pourra pas se contenter de bouc-émissariser l'affaire : « C'est la faute au ministère », bien que ce soit vrai aussi, cela ne tient pas l'ensemble de la question. Les instances de délibération apaisent les défenses idéalisantes, phobiques, agressives, moïques, qui occupent tout le terrain et une grande partie du temps, si on ne s'applique pas à ramener la question du « travailler »<sup>1</sup> au centre. Mais elles n'apaisent pas les tensions déontiques, les hésitations, les doutes sur le bien faire et le mal faire, qui ne sont pas si séparés que cela pourrait le paraître parfois.

Certaines équipes viennent me demander d'intervenir auprès de leurs services, parce que disent-elles « Il y a des conflits, on ne fait pas tous pareils, on n'arrive pas à se mettre tous d'accord une bonne fois pour toutes ». Je trouve que c'est le meilleur signe de santé, pour les travailleurs et pour les patients, le désaccord, la discussion, la parole libre, le doute. Du frottement, pour ne pas glisser... Et un écrit validé par le collectif du groupe d'analyse de pratiques pour socialiser les mouvements du questionnement. ■

1. On dit le « travailler » comme on dit le boire et le manger.

### Bibliographie

- « Résonance symbolique entre les idéologies managériales et le sphère privée : questions pour une psychanalyste en ville », *Travailler* n° 6, p.115-129, 2001.
- « Incidences de la psychodynamique du travail sur la pratique de la psychanalyse », Thèse de doctorat sous la direction de Christophe Dejours (CNAM Paris), Editions ANRT, 2002.

# Dire à autrui en situation de contrainte

**Smaïn Laacher**, sociologue et auteur du *Peuple des Clandestins* (Calmann-Lévy, 2007) et de *Femmes invisibles* (Calmann-Lévy, 2008), présente ici la manière dont les récits de vie des migrants sont tributaires de la fonction de l'interlocuteur et de son poids décisionnel au sein des institutions. Quand c'est l'existence même de celui qui parle qui est suspendue à celui qui écoute, comment juger d'un rapport à la vérité ?

**Smaïn Laacher**, sociologue, Centre d'étude des mouvements sociaux (CNRS-EHESS)

« Dire pour se soigner ». Mais que faut-il dire et comment le dire pour avoir une chance de moins souffrir ? Faisons-nous la même chose, et cela a-t-il la même signification, lorsqu'il s'agit de dire, de parler, de faire un récit ou simplement de converser ? Ces mots renvoient-ils de manière équivalente aux mêmes relations et aux mêmes pratiques ? Le terrain des soins et de leurs dispositifs matériels et symboliques me sont étrangers, n'ayant jamais travaillé ni mené d'enquête sur ce thème. Aussi ce qui va suivre pourra paraître quelque peu éloigné de la préoccupation de ce numéro. Mais éloigné ne signifie pas sans résonance.

## Des modes d'entretien différenciés

« Dire pour se soigner », accepter la sollicitation d'un sociologue pour un entretien ou exposer ses persécutions à la Cour nationale du droit d'asile<sup>1</sup> comportent quelques remarquables similitudes, en particulier celle-ci : dans les trois cas la production, la circulation de la parole et son degré d'autorité s'effectue dans un cadre contraignant ; pas seulement pour celui qui répond aux questions mais pour tous.

Pourtant, ce qui diffère entre l'entretien sociologique qui est un processus court<sup>2</sup> et les deux autres formes d'expression (dire au médecin pour se soigner et dire aux juges ses persécu-

tions), c'est que dans le premier cas, il peut s'instaurer une relation de partage sans sanction, alors que dans les autres cas, nous sommes en présence d'un processus long, aléatoire dans lequel une personne autorisée se prononce sur le vrai ; autrement dit à qui revient la responsabilité et le pouvoir en dernier lieu de définir le sens qu'il faut donner à et de l'événement.

L'entretien sociologique n'implique pas de décision ni même de négociation ou de renégociation. Au fond, le partage est incertain. Quant au temps, il est continu avec une fin prévisible, sauf incident majeur. Il est certes contraignant, ne serait-ce qu'en termes de temporalité (poser toutes les questions en 1 h 30), mais il est sans enjeu pour l'une des parties<sup>3</sup>. A l'interviewé(e), on ne dit jamais : « Alors voilà, je voudrais savoir la vérité sur tel aspect de votre existence » mais plus simplement « Que pensez-vous de », « Croyez-vous que », « A votre avis », « Racontez-moi comment ça s'est passé », « Comment avez-vous réagi ? », etc. On ne lui demande pas de dire le vrai, mais de livrer une interprétation, d'expliquer, d'éclaircir, d'exposer des faits passés et/ou présents. En un mot, on lui demande de parler (d'où l'expression : « Il faut le faire parler sur ce thème plutôt que celui-là », etc.). Et l'interviewé(e) systématiquement parle à, c'est-à-dire s'adresse à tel sens ou à telle faculté de l'intervieweur. Il y a dans

.../...

.../... la parole plus qu'une compétence technique, celle d'exprimer verbalement sa pensée. La parole est pleine d'une promesse implicite, elle est une assurance de respecter un engagement (ne dit-on pas : « Je te donne ma parole » ou « Donne-moi ta parole »).

#### Rapport d'autorité et rapport de confiance

Nous sommes dans une toute autre configuration avec la pratique du soin et la sollicitation d'une demande d'asile : dans les deux cas, la relation se noue non pas entre deux personnes pouvant se désengager à tout moment et sans sanction, mais entre une personne et une institution. Plus précisément encore, entre une personne mandatée par son institution et de ce fait autorisée à décider et une personne en position de sollicitation. Si une relation partagée implique une décision commune, volontairement acceptée, au moins dans sa forme (« Je ne souhaite pas continuer cet entretien », « Voulez-vous ajouter quelque chose d'autre? » – « Non je n'ai rien à ajouter »), solliciter de l'aide ou de la protection,

dans les cas qui nous intéressent ici, implique une interaction dans laquelle la décision n'est pas partagée, car elle appartient en propre et irrévocablement à l'une des deux parties seulement. Et si la décision tient, acceptée et reconnue comme légitime, c'est parce que les uns et les autres savent que d'emblée les jeux sont faits.

La sanction n'est pas ici un acte subjectif, pur arbitraire, qui relèverait de la souveraineté pleine et entière d'une autorité (médecin, juge, avocat, etc.), mais elle est référée, presque toujours, à des règles, des codes et des lois exogènes produits ailleurs, à une éthique propre au milieu, c'est-à-dire en dehors de la volonté et des désirs des personnes. Le médecin qui dit à son patient diabétique : « Si vous ratez encore une fois le rendez-vous que je vais vous donner et bien je vous préviens, c'est terminé entre nous »<sup>4</sup>, ne fait pas que brandir une menace qu'il mettra ou non à exécution, là n'est pas le plus important. Le plus important, c'est le rappel qui est fait à cette occasion, au cas où le patient l'aurait volontairement ou non oublié : le médecin et son patient sont engagés tous les deux dans un espace structuré par une irréversibilité (celle de la place, du statut, de la condition de chacun et du pouvoir unilatéral de décider accordé et que s'accorde le médecin) et conditionné par une durabilité ; car il n'y a de relations importantes pour les deux parties que dès lors qu'elles sont durables (par opposition au provisoire, à l'éphémère, à l'inessentiel, etc.) et donc confiantes (par opposition à l'attitude défiante).

#### Vécu de la violence et protection de substitution

Je souhaiterais prendre un autre exemple auquel je suis constamment confronté dans ma fonction

de juge assesseur à la Cour nationale du droit d'asile (CNDA). Lorsqu'un requérant adresse une demande d'asile, soit lors d'une première demande à l'Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides (OFPRA), soit lors d'un recours présenté à la CNDA, les faits invoqués doivent justifier non pas de nouveaux droits, mais d'abord d'une demande de protection de substitution. Parce que son Etat n'a pas pu, n'a pas su le protéger ou parce qu'il s'est comporté en persécuteur, le requérant demande alors à un autre Etat que le sien l'asile afin d'être protégé. Pour cela, il faut montrer, par l'exposition de traces matérielles, et démontrer par l'organisation du récit, que l'on est une personne qui a été persécutée ou qui craint d'être persécutée.

A la CNDA, le récit est une narration d'événements réels ou/et imaginaires effectuée de vive voix et par écrit. Événements imaginaires ne signifie pas ici qu'ils ont été nécessairement inventés, ou qu'ils ne sont qu'un tissu de mensonges, qu'ils ont été délibérément construits dans l'intention de faire passer du faux pour du vrai. Que cette réalité existe, cela ne fait aucun doute et il ne viendrait à l'idée de personne de le nier. L'essentiel est, à mes yeux, ailleurs.

Le voyage clandestin est en réalité une succession d'épreuves génératrices de violences psychiques et de traumatismes. L'incertitude, la peur, le viol ou le risque du viol, les aléas du trajet, la violence des passeurs, la précarité, la soif, la faim, etc., sont autant de situations pratiques qui le plus souvent se combinent et produisent des phénomènes bien connus des psychiatres et des psychologues comme le refoulement ou la confusion des souvenirs. Aussi, les récits de clandestins ou de demandeurs d'asile qui sont recueillis par les sociologues et certaines institutions comme la CNDA sont des récits où se mêlent le réel et l'imaginaire, le faux et le vrai, des impressions et des situations vécues, des souvenirs précis et d'autres plus ou moins vagues.

« Les uns et les autres savent que les jeux sont faits. »

#### Le récit face à la défiance

La question qui se pose alors est la suivante : comment apprécier des faits, et seulement des faits, dans un cadre de défiance a priori. La défiance pourrait être ici entendue au double sens de crainte, de suspicion, de doutes et d'une invitation (un défi ?) à fournir des explications convaincantes pour justifier sa demande.

Comment montrer ce besoin impérieux de protection, par exemple, sans autre preuve qu'un récit sur soi qui ne soit pas incroyable ? Autrement dit, comment emporter la conviction des juges en présentant un récit constitué seulement

« L'entretien sociologique n'implique pas de décision. »

d'épreuves ou de faits ayant une bonne réputation ?<sup>5</sup> Au-delà même de savoir si un récit est vrai ou faux, tel est en réalité l'enjeu premier. Est-il besoin de préciser que cet exercice sera d'autant plus difficile que la CNDA est la seule juridiction administrative française à n'examiner que des sollicitations faites par des étrangers. Ces derniers restant avant tout, aux yeux de tous, et en premier lieu des autorités étatiques, qu'on le veuille ou non, des étrangers qui cherchent à s'installer et à travailler en France et qui donc rechercheraient<sup>6</sup> le discours le plus conforme, le plus audible, en un mot le plus crédible du point de vue des catégories d'entendement des juges et de l'institution.

Concluons, mais sans nous éloigner du fonctionnement de la Cour nationale du droit d'asile. C'est la taxinomie institutionnelle qui distribue sous forme de raison majeure les multiples motifs plus ou moins enchevêtrés que les candidats sont sommés d'exposer dans la langue (qu'ils n'ont jamais apprise) à la fois abstraite et technique du droit et de l'Etat. Le travail de codification consistant à objectiver sous forme de lois, de règlements, de jurisprudence, etc., ce qui doit être séparé (la religion, le groupe social, l'opinion politique, l'appartenance ethnique, etc.) pour une gestion rationnelle d'un ordre juridique et démocratique moderne qui n'existe en réalité que dans les pays capitalistes développés.

**« Comment emporter la conviction des juges ? »**

Ce qui apparaît naturellement séparé pour les uns ne l'est pas nécessairement pour les autres, les demandeurs d'asile. Objectivement et subjectivement, pour ces derniers cet exercice est rarement possible. Comment, dans des conditions si contraignantes, une personne ordinaire à la recherche d'une sécurité minimale peut-elle faire preuve d'une capacité à construire un récit jugé crédible sur des malheurs personnels, dans une langue, sans pouvoir, sans apprentissage et sans familiarité avec les techniques d'exposition autobiographique propres à nos sociétés ? ■

1. L'auteur de ce texte est depuis 1999 juge assesseur représentant le Haut commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) à la Cour nationale du droit d'asile.
2. Un « entretien sociologique » peut durer 1 h 30 en tout et pour tout. Sans travail de mise en confiance préalable et sans aucune suite après l'entretien.
3. Sauf pour le sociologue qui sera lu d'abord par ses pairs et pourra être publiquement soumis à la critique publique (encensé, approuvé, ridiculisé, etc.).
4. Exemple tout à fait réel.
5. Les faits de bonne réputation sont ceux qui constituent le requérant en victime ou en combattant de la démocratie. Par opposition aux faits le disqualifiant en tant qu'ennemi de la liberté, terroriste, personne ayant commis des crimes contre l'humanité, etc.
6. C'est bien de recherche (assez souvent aléatoire) dont il s'agit puisqu'il existe en matière de récit de demande d'asile conforme un véritable marché dans lequel plusieurs officines en concurrence proposent leur service aux demandeurs d'asile.

# Mot contre mot

Mots empruntés, mots surgissant, mots évidents, le fil des mots de patients reçus en consultation, ou comment la parole circule dans le soin.

**Noëlle Lasne**, médecin du travail

§relation soignant-soigné

§langage

§subjectivité

« Souffrez-vous du dos ?  
 – Oui sur l'IRM, j'ai une discopathie lombaire étagée. Attendez que je me rappelle, L3-L5 je crois... non L4-S1...  
 – Mais vous, vous avez mal où ?  
 – Eh bien, je crois qu'il y a une inversion de la courbure, je vais regarder le compte-rendu et je vous dis ça. J'ai même un CD si vous voulez.  
 – Est-ce que vous avez mal dans la journée ?  
 – Oui, parce que je ne prends pas la bonne position, alors forcément j'ai mal. Mais je vois régulièrement l'ostéopathe deux fois par an et il me remet tout en place. Ah, j'ai aussi une cervicarthrose.  
 – Vous avez mal au cou ? Pourquoi est-ce qu'on vous a fait une radio des cervicales ?  
 – C'est moi, j'ai demandé un check-up.  
 – Quelque chose vous inquiétait en particulier ?  
 – Non, mais on dit que c'est bien de faire un bilan à 40 ans non ? Mes vaccins sont à jour, je vous ai apporté mon carnet. »

Il me montre son carnet de suivi médical presque vide, celui que personne n'a plus, puis le carnet de ses vaccinations pour partir en vacances en Thaïlande et au Sénégal, puis le dernier, le plus émouvant, le carnet de santé du nourrisson de 0 à 6 ans, celui à la couverture bleue un peu délavée, où je pourrai lire qu'il a été opéré à un mois d'une sténose du pylore et qu'il est tombé de vélo, à sept ans.

« Je mange beaucoup de fibres, qu'est-ce que vous en pensez ? »

Je pense qu'il a fallu des années de discours médico-commercial sur la santé pour fabriquer cet instant. Je pense que cette consultation n'a pas encore commencé, car ni les comptes-rendus des radiologues, ni les bilans « santé » de la Sécurité sociale ni les carnets de vaccination ne peuvent parler seuls, à la place de celui qui se plaint avec ses propres mots. Où est-il passé celui-là ? Il se tient devant moi avec son corps tenu en laisse, un corps domestiqué par le discours médical, un corps dont la moindre anomalie doit être relevée, un corps privé de ses maux et de ses mots. Il surgit de plus en plus fréquemment dans mes consultations et

m'incite, pour provoquer la rencontre, à avoir recours à mon arme fatale :

« Bien. »

« Déshabillez vous. »

Une fois privé de son costume cravate, après avoir subi pendant quelques minutes mon silence obstiné tandis que je prends sa tension et que j'écoute les bruits de son cœur, il cessera peut-être de parler comme s'il me lisait le manuel du parfait usager du système de soins.

Au début, il reste silencieux. C'est quand je palpe son ventre que les premiers mots s'échappent, ceux que l'on reconnaît parce qu'ils étaient imprévisibles, ceux qui étaient restés tapis sous le costume, les mots de la vie et du sang qui coule, ceux que le discours médical n'a pas interdits, ceux qui font de lui un être vivant, dont la parole est unique, et surtout, légitime.

C'est sa compagne qui a un cancer du sein. Pourtant, elle se faisait dépister tous les ans, c'est à n'y rien comprendre. Elle est très faible et quand il rentre le soir, elle est déjà couchée, elle ne pense qu'à ça, dormir. Il ne supporte plus de la voir vomir, il voudrait qu'ils partent tous les deux, mais elle a peur, elle ne veut pas être loin de l'hôpital. Sa voix a changé, il s'étrangle, se rhabille maladroitement, me montre un genou où il a mal depuis quelque temps, il ne dort pas bien, il se sent fatigué, qu'est-ce qu'il peut prendre ? Le voilà rassis, il ne dit plus rien, et ensemble, nous pouvons commencer.

Ce matin-là on m'a demandé de voir en urgence un salarié parce qu'il avait des « idées noires » qui inquiètent ses collègues. Le chef de service tient absolument à me parler avant que je ne le reçoive et a insisté pour qu'il vienne accompagné. Il m'explique par téléphone que ce salarié est « un peu particulier, vous verrez ». Il accumule les allusions, et je finis par comprendre qu'il s'agirait d'une sorte d'idiot du village, recruté sur un emploi sans qualification, qu'on lui a « demandé de prendre », mais qui s'est « très bien intégré ». « Nous l'aimons beaucoup », me dit-il...

Le benêt très bien intégré est dans la salle d'attente. Son collègue accompagnateur se tient à

« C'est quand je palpe son ventre que les premiers mots s'échappent, les mots de la vie et du sang qui coule. »



côté de lui, responsable et raide comme un i. Le benêt a des cheveux carotte, des boucles irrésistibles et des tâches de rousseur et il a l'air vivant, incroyablement vivant. Oui, me dit-il, il a des idées noires. Son père est mort il y deux mois. « Sur le moment, je vous le dis franchement, j'étais triste mais bon... ça ne m'a rien fait. » « Et puis la semaine d'après, j'ai été mal pendant une journée ! Et puis pendant deux journées !... Je me suis dit : qu'est-ce qui m'arrive ? Et puis cinq journées ! Eh là, j'ai pensé : ça ne va pas. Je n'ai plus de parents. » J'ouvre la bouche pour dire que rien ne nous prépare à ne plus avoir de parents, mais il enchaîne avec énergie et me présente le programme : « Alors là, je me suis organisé. Le téléphone. J'ai appelé mon frère, ma sœur, mon copain Manuel. Tous les week-ends j'organise quelque chose : je ne reste jamais seul si je me sens mal. Là, j'ai pris des congés, je pars chez ma sœur en province. Ensuite, j'enchaîne un week-end avec un vieux copain. Il ne faut pas que je tombe dans le vide vous comprenez ? »

Le benêt vient de m'expliquer comment commence une dépression. Il a fait en même temps le diagnostic et l'ordonnance. Lorsque je lui dis que nous sommes aujourd'hui le 28, date anniversaire de la mort de son père, il sourit doucement. Et lorsque je lui suggère que pendant quelques temps, peut-être aura-t-il besoin de parler de ce qui lui arrive, il fonce, prêt à prendre rendez-vous dès demain, sans émettre la moindre réserve sur les compétences des psychothérapeutes ou le peu de confiance qu'on peut leur accorder. Le benêt n'a pas besoin de mes mots, il a les siens et s'appuie sur ceux des autres, ce qui lui a permis d'exprimer en quelques minutes ce que certains mettent des années à pouvoir dire.

La femme qui rentre après lui dans mon bureau sait déjà que son histoire est trop longue pour le temps que nous avons à passer ensemble. Ou peut-être a-t-elle l'habitude que son histoire déborde toujours, qu'elle ne tienne dans aucun cadre. Elle porte une blouse africaine, elle vient des îles, sa voix est rauque, on dirait une vieille femme, courbée en avant, un bras replié sur elle-même. Elle cherche sans y croire dans le gros dossier qu'elle tient serré contre elle des bribes de son histoire : un nodule du sein opéré sans réfléchir, une hémorragie à son retour, les compresses que l'on retrouve à l'intérieur de l'abcès, on recoud à la hâte, puis on réopère, les abcès se succèdent, on ouvre et on ferme, la même plaie, interminablement. Les douleurs qui ne la quittent plus, la tournée des centres antidouleurs et celle des avocats. C'était il y a dix ans, mais c'était hier, elle avait 37 ans et elle a tout gardé, les échanges de courrier avec son chirurgien, les lettres qu'on l'a aidée à taper pour porter plainte, les comptes-rendus de la première de la deuxième de la troisième intervention, elle fouille encore puis elle renonce, s'arrête brusquement et me fixe, elle ne posera qu'une question, une seule : « Savez-vous ce que ça fait de sentir couler son sang alors qu'on est encore en vie ? ». Et elle ajoute : « J'étais sans couleur ». Elle a eu raison de renoncer à la totalité de son récit pour me poser cette question, car je reste sans voix lorsque je comprends, grâce à ses mots et pour la première fois, ce que l'on ressent dans son corps lorsqu'on a une hémorragie interne. Elle me fixe toujours, moi aussi je perds ma couleur et elle me dit : « Oui, je vois que vous comprenez. » ■

**« Il n'a pas besoin de mes mots, il a les siens et s'appuie sur ceux des autres. »**

# Le moment où tout bascule

Comme un saut en parapente, le moment de l'annonce d'une hypothèse diagnostique visité dans toutes ses facettes de peurs, de prise de risque et de recherche de juste communication avec le patient.

**Jean-Louis Gross**, médecin généraliste

C'est le moment où nous décidons d'aborder avec le patient l'hypothèse diagnostique que nous pressentons. C'est un moment intense de prise de risque où nous passons de la quiétude de nos routines professionnelles au saut dans l'inconnu.

L'impression dans un demi-sommeil de tomber dans un gouffre sans fin, un mélange de détermination intuitive et d'angoisse mal contrôlée. Le moment où l'on saute dans le vide de l'avion, bien avant que le parachute ne s'ouvre. On a peur, mais on a déjà décidé d'y aller, et il faut avoir établi une procédure pour pouvoir basculer dans le vide. Le moment où l'on court vers le précipice en sachant que la voile du parapente nous enverra avant le gouffre, mais n'empêche, on met toute notre énergie pour gonfler cette voile avec comme seul horizon ce vide vers lequel on se précipite. Une forme de folie qui nous fait sortir de notre confort habituel de la consultation pour aller vers le risque d'aborder la vraie problématique. Chaque pas doit être réfléchi par l'intuition et l'empathie, chaque sens doit être en alerte, car on approche la sensibilité de l'autre avec le risque de blesser, de ne pas se comprendre. Le moment où l'on aborde le vrai motif de consultation caché derrière le mal au dos ou la douleur chronique est un moment intense, justifiant la pièce de théâtre que nous jouons pluriquotidiennement. La conviction commence à apparaître dans les premières secondes, nous sommes formatés pour un abord raisonnable, dans le somatique pur. Heureusement, les patients savent mettre en échec

nos tentatives de trouver une solution rentrant dans le cadre des cours que nous avons appris. C'est cette apparente incohérence, une manière de vivre les silences et peut-être quelque chose que l'on n'est pas capable de décrire qui fait passer de l'autre côté de la montagne, l'approche est toujours prudente et respectueuse, comme face à la haute montagne, car on sort des certitudes et on compose avec la peur. Peur du soigné, mais aussi peur du soignant, peur de se tromper, de ne pas savoir faire. Et peut-être que c'est cette peur qui permet d'avancer.

J'ai toujours été surpris de voir des couples s'étreindre, alors que la veille, ils étaient juste bons amis, que s'était-il passé entre temps, comment les rapports humains s'étaient-ils modifiés ? En fait, il s'agit du même moment où tout bascule, de la même intuition qui se forge dans la discrétion, d'un sentiment qui se transforme peu à peu en certitude, puis en évidence. Le moment est le même où l'on passe du non-dit au fait acquis, avec la même crainte de se tromper, le même sentiment de basculement, de vertige infini, moment de vie intense, d'émotion indissociablement mêlée à l'apesanteur.

Je suis toujours surpris du soulagement de nos patients quand nous avons pris ce risque, peut-être d'ailleurs n'est-ce pas un risque. Il existe une forme de reconnaissance qu'ils nous expriment d'avoir su surmonter ce basculement pour permettre une écoute qui va au-delà du juste dit. —

# Inventer ensemble des histoires

**E**t si une fois débusqués les mensonges, et posé un cadre, on pouvait oser se laisser porter par l'élan de la création ? Et si autour des paroles, de l'écriture, des mythes, du récit... soignants, patients, artistes se rejoignaient ? A la fois dans l'espace de la relation thérapeutique, et dans l'espace de la vie ordinaire ?

C'est ce mouvement-là qui est maintenant exploré. L'alchimie du soin qui fait surgir des récits qui soignent chez les patients et les soignants, généralistes, orthophoniste, psychanalyste. Certains prenant même explicitement appui sur une expérience artistique autour de l'écriture et du conte pour se mettre au service des patients.

En écho répondent des expériences d'artistes, de conteurs. Ils évoquent le réconfort apporté par l'écoute, le partage d'un imaginaire, l'implication du corps.

Internet devient aussi un espace de parole et de changement. En témoignent une infirmière et une personne aux prises avec l'alcool qui chacune animent un blog où se rencontrent des milliers de personnes pour partager.

Enfin, des enseignants relatent ce qui surgit dans la rencontre avec l'autre, dans toutes les palettes possibles, depuis le bonheur jusqu'au conflit : plaisir que des jeunes élèves ont à retrouver et raconter l'histoire de leur grands-parents venus d'ailleurs, et aussi tensions qu'a pu susciter la confrontation de jeunes lycéens avec des personnes très âgées et dépendantes.

Ecouter et raconter, un mouvement qui relie à l'autre, qui prend en compte la réalité de l'intime et du social, qui par la magie du récit et de l'art peut nous changer de l'intérieur. —

# La ronde des mots et des maux ?

■ **Sylvie Cognard**, médecin généraliste

Il a mal au dos, mais pourquoi en a-t-il plein le dos ?  
Elle a mal aux épaules, qu'est-ce qui fait qu'elle porte le monde sur ses épaules ?  
Il a mal au coude, alors il ne peut plus le lever pour boire un coup ?  
Elle est constipée, mais qu'est-ce qui l'emmerde donc ?  
Il a la diarrhée, mais qu'est-ce qui le fait chier ?  
Ça la démange, aurait-elle une sensibilité à fleur de peau ?  
Il a mal à la tête, mais qui lui prend donc la tête ?  
Elle ne sent plus rien, qui ne peut-elle plus sentir ?  
Il a mal au ventre, réagirait-il avec ses tripes ?  
Elle a un orgelet, qui lui a jeté le mauvais œil ?  
Il a des vertiges, vertige de l'amour ?  
Elle a mal aux oreilles, des paroles blessantes de qui ?  
Il a le nez bouché, mais qui a-t-il dans le pif ?  
Elle a mal au cœur, lequel celui de la poitrine ou celui de l'amour ?  
Il a les glandes salivaires gonflées, mais qui donc lui fout les glandes ?  
Elle a de drôles de ganglions, mais qui donc lui fout les boules ?  
Il a des hémorroïdes, mais pourquoi en a-t-il plein le cul ?  
Elle a le ventre ballonné, mais qui donc la gonfle comme ça ?

Que nous dit-on ? Qu'entendons-nous ?  
Cachés derrière les mots de nos patients, les maux de tous les jours.  
C'est la chanson de la médecine des faubourgs... ■

## Cheminements

■ **Lucie Delamer**, médecin généraliste

Quinze ans. Il a fallu quinze ans de consultations, d'exams complémentaires, d'hospitalisations, avant qu'à la question de M<sup>me</sup> S : « Docteur, j'ai mal au ventre, je suis toujours fatiguée, qu'est-ce que j'ai ? » J'ai pu enfin évoquer un diagnostic et la conduite à tenir en découlant.

Et pourtant, répondre à cette question indéfiniment posée en consultation, c'est cela mon travail. Et cette « parole » surgie de notre rencontre, c'est ce diagnostic après lequel M<sup>me</sup> S. et moi-même avons couru pendant quinze ans, il était sous mes yeux. Il fallait juste que je le pense. M<sup>me</sup> S. m'en avait donné tous les éléments : elle savait qu'en elle quelque chose, qui n'était lié ni à son déracinement, ni à ses relations familiales, clochait. Elle me le répétait régulièrement et m'en a voulu de ne pouvoir nommer ce dont elle souffrait.

Quand la découverte fortuite d'éléments nouveaux m'a permis de poser un diagnostic, j'ai pu me risquer à lui exposer mon raisonnement avec ses questions et sa logique. Elle a très bien compris. Depuis, les consultations sont plus détendues et il lui arrive de sourire.

Elle et moi sommes devenues imbattables sur le diagnostic différentiel entre sarcoïdose et tuberculose ganglionnaire. ■

## Le déluge

Elisabeth Maurel-Arrighi, médecin généraliste

Le cadeau de l'histoire qui encourage, nos patients en savent le prix. Il y a peu, une dame qui était désespérée de ne pas arriver à avoir un deuxième enfant après toute une série de problèmes gynécologiques très préoccupants est venue me dire : « Il faut que je vous raconte, pour que vous puissiez le dire aux femmes qui sont comme moi : je suis partie aux Antilles avec mon mari, mon fils et des amis dans un village de vacances ; un jour, il y a eu un déluge, avec une pluie incessante, et on a décidé mon mari et moi qu'il n'y avait pas grand-chose d'autre à faire que d'aller se baigner dans la mer sous la pluie, puis de profiter de l'intimité de notre chambre, et quand nous sommes rentrés à Paris, j'étais enceinte !! Racontez-le aux femmes qui se désespèrent, pour tomber enceinte, il faut oublier ses stress, et se reposer ». Elle m'a dit : « Depuis, chaque fois qu'il pleut, je souris. » Bien sûr, cette histoire, je l'ai déjà racontée à d'autres femmes en soucis pour être enceintes. ■

## On verra demain...

Magali Portier-Lecarpentier, médecin généraliste

Dix heures, je poursuis ma visite et voilà que je rentre dans la chambre « des presque centenaires ». Tout d'abord, M<sup>me</sup> G., 99 ans qui vient pour « troubles cognitifs » adressée par son médecin traitant. Aujourd'hui, j'ai un rhume, alors pour faire du zèle, je me suis munie d'un masque de bloc pour éviter de contaminer les patients. M<sup>me</sup> G., en me voyant, ne peut s'empêcher de me dire : « Mais enlève ça, tu es ridicule, fais-moi confiance », et pour le coup, cette « petite madame » a raison, je suis complètement ridicule avec ce masque. M<sup>me</sup> G. adore jouer avec la sonnette, ce que les infirmières n'ont pas manqué de me dire. Je lui demande : « Pourquoi ? » « Elles sont bêtes, elles s'énervent et moi j'aime bien les voir s'énervent. » Plus d'énervement, plus de sonnette.

La voisine, M<sup>me</sup> M., âgée de 96 ans, hospitalisée depuis un mois dans le service pour œdème aigu du poumon compliqué d'une pleurésie, que je refuse de ponctionner pour seule indication de raccourcir sa durée d'hospitalisation, me déclare : « Ce soir, je me couche et demain matin, je ne me réveille pas ! » C'est son projet de la journée. Je ne dis rien, pas de « Mais non, il ne faut pas dire ça. » Je l'écoute. M<sup>me</sup> M. fut résistante pendant la deuxième guerre mondiale, puis a élevé seule son fils... voilà quelques informations qu'elle me livre pendant son hospitalisation. Elle m'explique : « Qu'elle a fini de vivre ! » Moi, je crois que je finis de l'écouter en disant : « Bon. »

J'aime beaucoup cette chambre « des presque centenaires », avec une dame qui me raconte sa bêtise du jour et une autre qui me pousse à aller au-delà des poncifs de bienveillance.

Le lendemain, j'hésite à entrer dans cette chambre...

M<sup>me</sup> M., assise dans son fauteuil, les épaules baissées, un peu recroquevillée sur elle-même, me décrit sa déception et je ne trouve rien à lui dire. ■

## Compte à rebours

Martine Lalande, médecin généraliste

J'avais raconté à ma soeur, qui n'est pas médecin, que dans un des tests de mémoire utilisés pour déceler si une personne a la maladie d'Alzheimer, il y avait un exercice de calcul que je trouvais très difficile : partir de 100 et compter à l'envers en soustrayant sept points dix fois de suite. J'ai moi-même beaucoup de mal à le faire, et trouvais très cruel, pour des personnes en difficulté, de leur proposer ce compte à rebours infernal. Longtemps après, elle me raconte comment elle utilise cette expérience. A chaque fois qu'elle

rencontre un de ses collègues de travail qui s'inquiète de pertes de mémoire et se crée une angoisse très « dans l'air du temps », en déclarant à qui l'entend : « Je dois avoir la maladie d'Alzheimer », elle s'exclame : « Mais non, ce n'est pas la maladie d'Alzheimer, essaie plutôt de compter à l'envers ». Et elle propose l'exercice, pris comme un jeu, que tout le monde réussit finalement, ce qui détend l'atmosphère. Jeu, exercice, test, expérience, offert en miroir de l'angoisse qui avait pris un nom savant... et resurgit la bonne humeur ! ■

# Etre bon public

En consultation, raconter et faire raconter des histoires, rejouer celles racontées par d'autres, permet de chercher des ressources dans l'imaginaire pour faire face à la maladie ou aux difficultés de la réalité.

**Elisabeth Maurel-Arrighi**, médecin généraliste

## L'attention du corps

Dans l'alchimie du soin, à côté du croisement des regards, de l'inclinaison du dos, de la douceur ferme de la main, du léger haussement de sourcils quand le danger menace, à côté de tout ce qui rend notre corps attentif, il y a aussi les histoires qu'on écoute et qu'on dit. Il me semble que les histoires qui se disent sont un élément très important du soin. Bien sûr, ce sont surtout nos patients qui racontent, leurs symptômes, leurs hypothèses diagnostiques, les événements marquants qui pourraient expliquer ceci ou cela. Mais ils le racontent à condition que nous soyons « bon public ». Qu'ils nous sentent intéressés, émus, surpris, contents des bonnes nouvelles, tristes des moins bonnes.

Il me semble que c'est important à différents égards. D'abord, du point de vue de la médecine

« classique » organique, le détail des symptômes donne souvent la clef clinique pour comprendre le processus pathologique en cours. Mais aussi, dans la quête du sens que le patient s'efforce de faire avec nous, il va trouver les ressources pour enclencher un processus de guérison. Et surtout, dans cette rencontre, il va trouver l'énergie de l'imaginaire, de l'invention, qui va l'aider à transformer la réalité présente. Evidemment, nous sommes un public plus ou moins « bon ».

Les jours où je suis en forme, disponible, je trouve que mes patients « racontent » mieux, font des trouvailles dans la formulation des choses.

## Donner la réplique

Et puis, de cette écoute surgit aussi pour moi l'énergie de dire, de donner la réplique. De plus, les gens savent qu'ils ne sont pas les seuls, et

ressentent mon bureau comme lieu où d'autres aussi essaient de surmonter leurs épreuves, comme un lieu de palabre, de partages d'histoires. Alors, je raconte quelque chose que je tiens d'un livre, d'un roman, d'un historien ou d'un psychanalyste. Je raconte des choses issues de l'univers des contes, des dragons, des ogres, des sorcières. Je parle de psychanalyse, de lutte des classes, je raconte des recettes de cuisine. Je prescris des livres parfois, ce sont souvent des livres d'auteurs que j'aime beaucoup. Je raconte aussi des choses que des patients m'ont apprises, et cela, je le souligne. Histoire de faire circuler la chaîne de la solidarité humaine.

## Le détour du conte

Il se trouve que par ailleurs, à mes heures perdues, je fais des marionnettes et du théâtre d'objets pour des occasions de fêtes, où je mets en scène des personnes qui me sont chères, à partir d'objets du quotidien. Il y a un poulain en forme de balayette qui essaie d'apprivoiser un ours en forme de pelle, il y a une cafetière italienne et une théière marocaine dans les malentendus de l'amour, une serpillière dans la rébellion et l'invitation à l'amour. Derrière les histoires que j'écris se cachent de vrais visages. Je crois, que à côté de la réserve, du silence, de l'écoute que j'offre à mes patients, j'ai besoin aussi d'avoir le droit de parler, de raconter tout mon souf. Mais il me semble que dans ce travail de marionnettiste tel que je le pratique, et dans mon travail de médecin, il y a beaucoup de choses en commun, où ma façon de mettre en scène des histoires a à voir avec ma façon de soigner : j'écoute des gens, je m'occupe des petites choses du quotidien, j'essaie d'aider les personnes à comprendre ce qu'il leur arrive, et à chercher et trouver les moyens que ça aille mieux. J'essaie d'être bon public, et d'aider ainsi les gens à raconter leur histoire et à inventer la suite des chapitres. ■

**« Dans la quête du sens que le patient s'efforce de faire avec nous, il va trouver les ressources pour enclencher un processus de guérison. »**

# La mythologie et l'homme problématique

Christiane Vollaire, philosophe

En publiant en 1996 son autobiographie, Jean-Pierre Vernant l'intitule *Entre mythe et politique*, plaçant ainsi le mythe au cœur d'une question qui touche à la vérité de soi et de son inscription dans le monde. Dans la tradition grecque telle qu'on la présente ordinairement, le « logos », discours rationnel qui prétend dire le vrai, s'oppose au « muthos », discours de l'imaginaire et de la fable, qu'il vient remplacer à la période classique.

Or Vernant, parlant de lui-même, complexifie considérablement cette opposition binaire. Et ce par une affirmation qui vient vers la fin de l'ouvrage : celle de sa « haine de la théologie ». Comment comprendre cette déclaration de guerre ? En lisant ce qu'il écrit plus haut :

« La division, la tension, les oppositions, existent dans le monde divin comme dans le monde humain, et c'est le polythéisme. »

C'est cette reconnaissance du caractère irréductible des tensions qui échappe, selon lui, à la volonté monothéiste, et c'est pourquoi le mythe nous dit quelque chose non pas de la vérité, mais d'une authenticité humaine que les dogmes religieux tendent sans cesse à occulter. C'est cette tension, entre « muthos » et « logos », qui va donner lieu selon lui, à l'époque classique, à un véritable déchirement : « La cité vivait sur une image de l'homme issue de la tradition héroïque, et elle voit surgir un homme tout différent, l'homme politique, l'homme civique, l'homme du droit grec. » Et cette tension se noue dans la tragédie : « La tragédie apparaît à ce moment-là, et pour exprimer que l'homme est énigmatique. »

L'énigme est cette tension violente entre l'homme du mythe et celui de la raison, qui fait naître l'homme tragique ; celui qui ne peut être ni l'homme normé de la cité, ni le héros de la démesure. Mais disant cela, c'est notre rapport même au politique que Vernant interroge. Le mythe est ce qui nous renvoie à cette part de nous-mêmes qui nous est commune, et échappe pourtant à la mesure de l'espace public. Part à la fois intime et démesurée, accessible à l'interprétation sans être



pour autant intégralement interprétable. La permanence du mythe à l'intérieur de nous est ce qui entre en tension avec notre volonté rationnelle, et lui donne en même temps, par cette tension même, sa force.

L'homme problématique, c'est celui dont l'énergie se nourrit du rapport au mythe, dans le temps même où elle vise à savoir, à saisir et à rationaliser son devenir. C'est en ce sens que Vernant, dans son engagement politique même, reconnaît cette part fondatrice du mythe, qui renvoie notre histoire présente aux constantes d'une histoire des autres qui n'a pourtant jamais cessé d'être aussi la nôtre. —

1. Jean-Pierre Vernant, *Entre mythe et politique*, Seuil, 1996, p. 453.

2. *Ibid.*, p. 436.

3. *Ibid.*, p. 437.

# Le fatal poisson Auguste

Et si les mots de l'enfance (les siens propres et ceux des enfants qu'on écoute) faisaient des ricochets et des arcs-en-ciel pour d'autres ? Une psychanalyste en témoigne.

**Annie Stammler**, psychiatre, psychanalyste

La condition de la libre circulation d'une parole, est que face à elle, il y ait une oreille qui puisse l'accueillir, autrement dit, une écoute. Une écoute qui implique de se défaire, face à chaque nouveau patient se présentant, de tout savoir.

## Comme une éponge

Ce sont les enfants et leurs parents qui m'ont appris cette vérité. Il me semble pouvoir le dire ainsi. C'était voici plus de trois décennies, dans le cours des années 70, à l'hôpital Hérold. Cet hôpital d'enfants a été englobé au même titre que les services pédiatriques de l'hôpital Bretonneau, dans l'actuel hôpital Robert Debré. J'étais alors chef de clinique en psychiatrie infantile. J'avais la respon-

sabilité de la consultation qui drainait les arrondissements du nord-est de Paris et les banlieues avoisinantes. S'y ajoutaient les demandes d'avis et de suivi psychothérapique émanant de collègues travaillant dans divers services de l'hôpital.

La démarche médicale procède d'une rigueur bien spécifique. Les données de l'interrogatoire visant à l'établissement d'un diagnostic, nécessitant des questions précises auxquelles sont apportées des réponses (qui, elles, le

sont généralement moins), ainsi que les données de l'examen clinique sont consignées sur une fiche d'observation médicale. Le diagnostic étant posé, en découle une prescription médicamenteuse d'une durée variable au terme de laquelle une autre consultation aura lieu.

Je me propose de citer une vignette clinique. Il s'agissait d'un garçon de huit ans atteint d'une « pelade décalvante totale » chez lequel le traitement médical était inopérant. Un confrère dermatologue me l'adressait.

Comme à l'accoutumée, face à cet enfant venu avec sa mère qui me tendait la lettre écrite par le confrère, résumant la pathologie, je me nommais, je disais en termes simples quelle était ma fonction: « Je suis une dame docteur avec qui on parle, quand on a des ennuis, des peurs, des mauvais rêves, des colères, et aussi des maladies qui n'arrivent pas à guérir. Je suis psychanalyste ». J'avais proposé à l'enfant de dessiner pendant que je m'entretenais avec sa mère, lisant dans un temps premier, à haute voix la lettre indiquant les problèmes.

Je me disais alors « Je me fais comme une éponge », essayant le plus possible de me faire apte à absorber ce qui pouvait surgir dans cet espace où la souffrance pouvait un peu se dire, où le symptôme qu'objectivait la lésion dermatologique n'était plus chose à observer, à mesurer éventuellement, ce n'était plus le domaine médical avec son savoir propre, c'était plutôt du côté de l'essai de vérité du dire.

Pendant que l'enfant dessinait un chien extrêmement poilu et enfermé dans une cage, j'écoutais sa mère. Je relevais un mot, je posais quelques questions relatives à la petite enfance, toujours évoquée. Elle me parlait de la nécessité dans laquelle elle s'était trouvée de reprendre son travail, alors que son bébé était âgé de trois mois. Il avait alors eu un eczéma et elle le disait avec des mots qu'elle n'avait probablement pas eu l'occasion de dire chez le médecin somaticien : « C'est quand il a été dans d'autres mains ». Elle avait dû, en effet confier son enfant à une nourrice.

Deux ou trois entretiens avaient eu lieu, la mère et l'enfant étant tous deux présents. Puis ce furent les vacances d'été, la rentrée scolaire. Et ils étaient revenus tous les deux, l'enfant arborant une chevelure abondante faite de cheveux encore courts

« Je suis une dame docteur avec qui on parle, quand on a des ennuis, des peurs, des mauvais rêves, des colères, et aussi des maladies qui n'arrivent pas à guérir. Je suis psychanalyste. »



mais drus, qui poussaient dans tous les sens, une véritable crinière...

Je n'ai malheureusement pu me pencher sur ces dossiers comme j'aurais souhaité pouvoir le faire. Sur le moment, les consultants étaient très nombreux et manquait le temps de la réflexion, du recul qu'aurait nécessité la reprise du matériel clinique. Ensuite, il m'avait été dit que les dossiers empilés dans les caves de l'hôpital du Kremlin-Bicêtre étaient inaccessibles.

#### Rupture et répétition

Dans le même temps de mon clinicat, j'allais une journée par semaine avec d'autres membres de l'équipe hospitalière, dans un Centre d'Accueil de l'Aide Sociale à l'Enfance situé dans l'Essonne. Les enfants placés là parce que leurs parents étaient, du fait de circonstances très disparates, dans l'incapacité de s'occuper d'eux, venaient dans le bureau mis à ma disposition, dire un peu de la rupture de leur parcours de vie, qui bien souvent était répétition d'autres ruptures qui n'avaient guère de sens pour eux. Je citerai là aussi une vignette clinique. A un garçon de treize ans auquel j'avais demandé d'écrire son prénom et son nom, j'avais indiqué mon étonnement de constater que son prénom Farid était écrit avec un « y » et non un « i ». Lui-même s'étonnait alors : « J'ai jamais écrit mon prénom comme ça ! ». L'origine de ce « lapsus calami » se situait, dans son changement de prénom alors qu'il avait trois ans, lors d'une nouvelle union de sa mère, à pré-

sent tumultueusement séparée de son compagnon et en fuite ; d'Yves, il était devenu Farid. S'il l'avait oublié, son inconscient, lui, le savait.

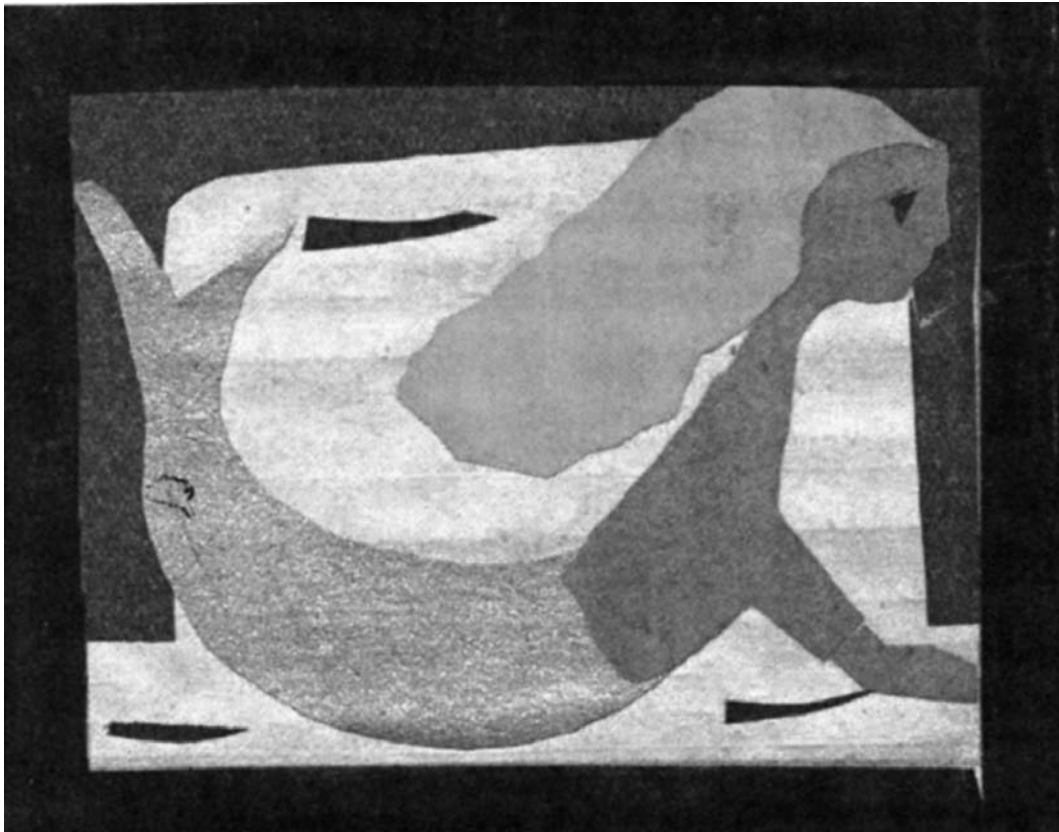
« Dites-moi comment il faut faire pour vivre, je voudrais savoir... » me demandait Farid au terme de cet entretien ! Peut-être rencontrer, plus tard, un ou une psychanalyste ?

#### Retour d'un manuscrit

Près de vingt ans passèrent. Je quittais le Centre d'Accueil ; et c'est alors que je retrouvai dans le tiroir d'une armoire, dans une maison familiale, un manuscrit que j'avais écrit à l'âge de onze ans en l'illustrant de collages. Il avait pour titre *Le fatal poisson Auguste*. Donné au médecin de famille, il avait été rendu à ma propre famille dans les suites de son décès. Edité par L'Harmattan en 2007, introduit et commenté par des collègues, il livre de façon brute l'histoire d'un poisson scélérat, commentant crimes sur crimes, mais aussi empli de curiosité. Dans les semaines suivant cette retrouvaille, sans que je fasse alors véritablement de lien, je me mettais à écrire et à illustrer, d'abord à l'intention des enfants de passage à l'Aide Sociale à l'Enfance, mais aussi à l'usage des professionnels de santé et des enseignants proches d'enfants « difficiles », une série que j'intitulais *Les aventures de Poussiérot le corbeau*. Le principal héros est un petit corbeau maltraité. Il rencontrera, entre autres, une « merlette », dont l'histoire de sa naissance différente, elle est née

« Dites-moi comment il faut faire pour vivre, je voudrais savoir... »

.../...



.../... blanche parmi les merles noirs, est relatée dans *Neigeuse, la merlette blanche* (Editions Indigo et côté femmes puis L'Harmattan).

Ce dernier livre, plus particulièrement, a eu des résonances inattendues dans des circonstances très diverses ; ainsi, un homme d'une trentaine d'années, souffrant d'une trisomie 21, travaillant en Centre d'Aide par le Travail, s'est mis à peindre alors que sa mère venait de lui lire l'histoire en lui précisant que l'auteur avait également dessiné les illustrations. Depuis dix ans, il peint, en utilisant des pochoirs et compose des tableaux faits d'animaux et de plantes aux couleurs vives. Il expose et il a des commandes. Par ailleurs, un autre homme, universitaire de haut niveau, dont le fils, après des études brillantes, restait cloîtré dans sa chambre, ayant lu ce livre dans la salle d'attente d'une collègue, parlait à sa thérapeute « du tiers que son fils refusait de rencontrer, alors qu'un tiers, dans l'histoire, allait extraire Neigeuse de sa position d'handicapée à vie à laquelle un diagnostic médical l'avait rivée ». Un travail se faisait avec le docteur Chantal Gheux ; et son fils, quittant sa chambre, consultait ailleurs.

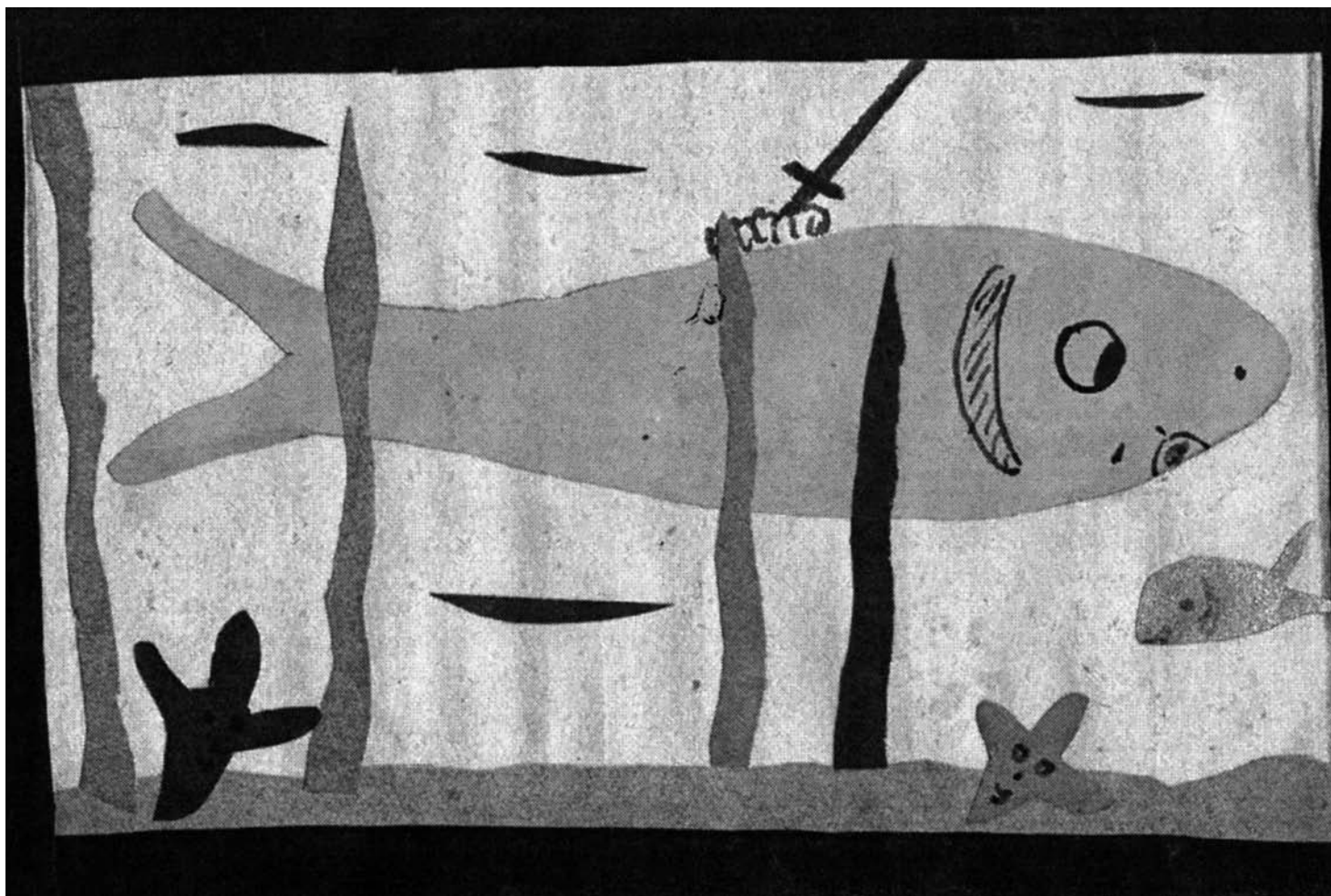
**« L'histoire d'un poisson scélérat, commettant crimes sur crimes, mais aussi empli de curiosité. »**

Cette même collègue m'a fait part de réflexions suscitées par la lecture d'un passage d'un autre livre écrit ultérieurement à l'intention des adultes, Il s'agit d'*Un violon imaginaire* (L'Harmattan). « Ai-je pu amener mes enfants à la vie ? » demandait un patient âgé, à l'issue d'une maladie grave. Il reprenait la parole d'une infirmière présentant son nouveau-né au père du héros du livre, alors

que sa femme venait de perdre la vie peu après son accouchement. « Appelez-le à la vie, disait-elle, sinon il ne pourra pas vivre ».

Je n'ai jamais « utilisé » mes livres. Cependant, ils sont issus en partie de ce que mes patients, adultes ou enfants, m'ont appris. Parmi les échos qui parfois m'en parviennent, j'ai été sensible au fait que des enfants de Zone d'Education Prioritaire (ZEP) réclamaient répétitivement la lecture du livre *Un oiseau blessé* (L'Harmattan). Avec des commentaires tels que : « Chez moi, c'est comme ça »...

Auteur et lecteur se rejoignent. Ça parle vrai, je crois qu'il s'agit bien de cela. Et à partir de là, la parole circule en liberté. C'est une étape qui peut être suivie, ou non, d'un travail plus approfondi. ■



# Les loriots, des merles et des pies

A partir des mots vivants, surgis de la vie, une histoire peut s'écrire avec l'orthophoniste et rendre possible d'apprivoiser la lecture et l'écriture.

§Enfant  
§Orthophoniste  
§Langage  
§Jeu, Création, Invention

**Isabelle Canil**, orthophoniste

On me fait lire sur Internet un blog où quelqu'un raconte une rupture d'amitié avec sa meilleure amie. Elle a bien essayé de sauver leur relation mais... leurs chemins divergeaient trop... et maintenant c'est trop tard...

Je grimace aux fautes d'orthographe, je souris aux lieux communs et au ton mélo, mais je suis perplexe. A qui cela s'adresse-t-il ? On me répond que puisque c'est un blog, ça s'adresse « aux autres, à tout le monde »

Ah... ?

Je relis. S'il s'agit d'une rupture, où sont la tristesse ou la colère ou le soulagement ? Rien n'affleure, pas de couleur.

Cette lettre ouverte à tous les vents a tout d'une lettre morte, une information qui n'en est même pas une puisque, comme on continue de me l'expliquer obligeamment, « tout le monde s'en fout de toute façon ! »

Moi aussi je recueille dans mon travail d'orthophoniste des morceaux d'histoire de vie. Un patient qui me les livre pourrait-il aussi bien les afficher sur le Net ? Je veux croire que non ! Que je ne suis ni les autres ni tout le monde ! Je veux croire que si on me parle, on parle à « mon-orthophoniste », et celle-ci ne s'en fout pas !

Bryan a 8 ans. On me l'adresse parce qu'à sa troisième année d'école primaire, il ne sait ni lire ni écrire. Malgré déjà plusieurs rencontres, je n'ai rien su susciter, qui puisse faire accroche. Il bouge énormément, peine à rester assis à mon bureau. Ses jambes tapent contre les barreaux. Il a fait un dessin, et j'essaie d'obtenir qu'il me livre quelques mots que je puisse écrire à côté du dessin.

Sans conviction, il égrène : « une maison, la porte, l'herbe... ». Il s'agite de plus en plus et je me décourage, tant je sens que ce sont de pauvres mots, et tant nous sommes loin d'une vraie histoire à dire. Il ne me dit que son ennui à travers ces mots vides.

Soudain, il bondit en pointant du doigt la fenêtre par laquelle je ne vois que l'arbre rabougri qui pousse à quelques mètres, depuis toujours.

« Regarde ! Regarde là ! Oh ! i sont partis ! », me crie-t-il.

J'ai juste le temps d'apercevoir deux moineaux.

Mais Bryan a changé de tête et de ton. Il s'anime et me dit que c'était un mâle et une femelle. Je dois avoir l'air sceptique, car il ajoute avec force : « Si ! Je le sais ! Mon père me l'a dit ! »

De son père, je sais qu'il est analphabète et sorti de prison depuis peu. Mais par lui, Bryan connaît les loriots, les merles et les pies, les verdiers, les geais, les rouges-queues, les mésanges, la bleue, la noire et la charbonnière...

Alors, je ris de plaisir devant cette cascade de mots si jolis. Lui qui s'exprimait si pauvrement, à travers un vocabulaire si rudimentaire et une si fruste syntaxe, le voilà intarissable !

Moi, les oiseaux, je n'y connais rien. Sauf que... j'aime à l'automne les voir se rassembler en nuées et faire des vagues dans le ciel. Me reviennent aussi des histoires de cigognes qui claquent du bec et livrent des bébés, et puis l'image du « héron au long bec emmanché d'un long cou », et aussi « les oiseaux de passage » que Brassens a piqués au poète pour en faire une chanson.

Pendant que mes propres images affluent et m'oxygènent, il me parle encore de pièges et de filets, de cages et de volières, et nous nous quittons contents, tous deux excités par ce que nous venons de partager.

Quelques séances plus tard, il me demande de lui dessiner un merle. Je cherche un modèle dans un livre que je me suis empressée de me procurer depuis notre séance inaugurale sur « les oiseaux », et je m'exécute. Il est satisfait de mon dessin et m'ordonne alors : « Ecris. »

Je pose les crayons de couleur pour prendre un stylo, et l'interroge du regard.

« Je t'écoute, lui dis-je.

.../...

.../...

– Mais écris ! », s'énerve-t-il.

Je suis un peu perdue, mais mon désarroi n'a pas l'air de l'émouvoir. Il fronce les sourcils, agite ses jambes que j'entends taper contre le bureau et répète : « Ecris, je te dis ! »

J'ai du mal avec les ordres. Mais je sens que quelque chose m'échappe. Alors je ravale ce que je crois être ma dignité, et j'obtempère, très incertaine.

Et j'écris. Silencieusement. Je m'accroche à de vagues phrases sur un merle qui cherche des vers de terre pour les ramener au nid où l'attend une couvée. Ses jambes se calment, et au moment où je commence à me prendre au jeu de mon histoire, il dit avec autorité : « C'est bien. » Il me prend la feuille des mains et demande si c'est l'heure, impatient de partir.

Je n'ai jamais su ce qu'il avait fait de cette chétive

### « Comment ré-humaniser pour lui l'écriture et les histoires qu'elle permet, en un savoir accessible ? »

histoire, et c'est égal. Il l'avait emportée, au mépris d'ailleurs de la règle qui stipule qu'en général, ce qui se fait en séance doit rester dans le dossier.

Ecris ! m'avait-il ordonné. Mais peut-on écrire sans « écrire quelque chose » ?

Quand on dit de quelqu'un qu'il écrit, sans donner de complément au verbe, ne veut-on pas dire qu'il fait labeur d'écrivain ? On le dit avec respect, ou ironie, c'est selon, mais le verbe sans complément n'évoque-t-il pas d'emblée le mystère de la création artistique ?

Pour Bryan, l'important n'était-il pas qu'il ait voulu associer sa connaissance des oiseaux, qui lui venait de son père, avec l'acte d'écrire ?

Nul besoin de savoir ce qui était écrit. Au contraire, le mystère sacralisait.

Cependant, il allait falloir nous sortir de cette situation écrasante, quasi religieuse.

Quand je l'écoutais me parler des oiseaux, de leur capture, de l'accouplement, des nids et des œufs qu'il volait parfois, de ses tentatives d'élevage (qui finissaient mal le plus souvent, tous les oiseaux crevaient), il est devenu : « Celui-qui-connaît-très-bien-les-oiseaux ». Cette identité l'honorait et honorait à travers lui son père, paria de la société.

Quand il m'a donné l'injonction d'écrire, mais sans dire quoi écrire, je suis devenue : « Celle-qui-sait-écrire-l'Histoire ».

Je m'en suis trouvée émue, mais trop lourdement chargée.

Comment sortir de cette place de vestale qui sacralise une Histoire mystérieuse et comme interdite ? Comment passer de l'Histoire avec un grand H,

aux histoires plus humbles et qui parlent de nous ? Comment ré-humaniser pour lui l'écriture et les histoires qu'elle permet, en un savoir accessible ? Comment nous y trouver une place, à notre juste mesure ?

A la séance suivante, je l'aborde, front soucieux, avec une question technique et précise.

« Dis, comment tu reconnais le verdier mâle de la femelle ?

– Facile ! Le mâle, il a plus de jaune sur la queue et les ailes. »

Je dessine rapidement une silhouette d'oiseau et il me montre où je dois colorier en jaune.

« Est-ce que c'est correct si j'écris : "Le mâle a la queue et les ailes jaunes" ?

– Oui. Heu... Non non ! Ecris pas ça ! C'est que le bord qu'est jaune ! Regarde ! Je t'ai fait montrer ! » Et il suit du doigt sur le dessin juste la frange des ailes.

Je barre ostensiblement mon début de phrase et l'incite du regard à me dicter. Mais rien ne vient. Les phrases, parlées ou écrites sont encore loin d'être malléables et façonnables pour lui.

Alors je reprends : « Est-ce que ça va si j'écris : "Le mâle a la queue jaune et le bord des ailes jaune" ?

– Heu, oui, ça va. C'est où que t'as écrit "jaune" ? » Il regarde longtemps le mot écrit et c'est la première fois...

J'ai alors le sentiment que nous avons fait un grand pas !

Il me dira ensuite qu'il connaît cette lettre « j ». Puis il voudra que je lui apprenne à écrire que chez lui, « Le chat a chopé un moineau des toits ». Nous travaillons longuement sur « chat » et « chopé », parce qu'il connaît aussi le son « ch ». Il s'énervera encore souvent à construire des syllabes et à en décrypter d'autres. Mais un déchiffrement s'installe, et il pense qu'il sait « un peu lire et un peu écrire ».

Pour écrire, il est obligé de dire, de ME dire et de vérifier que ce qu'il a dit fait aussi sens pour moi. Il ajuste, il précise, il développe, s'agaçant souvent de mon incompréhension.

L'écriture y a perdu de son mystère, et moi de ma grandeur, mais cette place me convient mieux ! Il parle à « son-orthophoniste », et je suis contente que ce soit moi.

Nous n'avons pas raconté ni écrit de grandes épopées ensemble. Seulement des histoires de piafs. Un jour, je ne l'ai plus vu. Toute la famille a dû partir. Et je me le rappelle comme un moineau des villes, petit piaf nerveux, qui avait trouvé moyen de me hisser à hauteur de sa branche, pour que je l'écoute et lui réponde. Moyennant quoi, il avait consenti à nous offrir, à lui et à moi, l'énorme effort d'apprendre à raconter sur le papier.

Et de ça, je ne me fous jamais. ■

# Ours brun

Faire confiance à la parole de chacun, et surtout à celle des tout-petits, chercher avec eux les mots justes, cela fait partie du plaisir de la relation.

■ **Anne-Marie Pabois**, médecin généraliste retraitée

« Ou.. b.un, ou.. b.un » : ma petite fille, 13 mois, m'adresse ces mots avec véhémence, feuillette fébrilement son magazine <sup>1</sup>, s'arrête sur une page et m'en fait la lecture, elle qui n'a encore, des mots, que la musique. Elle me crie à nouveau « ou bun », me montre la page choisie, attend ma réponse... Quel est ce mot qu'elle me donne à entendre, ce mot si important pour elle, mais que je n'arrive pas à comprendre ? Je regarde, je cherche dans ma mémoire, je marmonne des traductions diverses et enfin : « Ours brun, c'est ça que tu me dis ma chérie ». Un large sourire et nous pouvons enfin savourer ensemble les histoires d'ours brun, comme nous le faisons autrefois avec sa mère enfant.

Le soir-même, elle m'interroge, dubitative, en montrant l'ours blanc brodé sur le pyjama de sa sœur : « ou bun » ??? « Oui, ours, ma chérie, mais pas ours brun, ours blanc. » Un vrai cadeau, la joie qu'elle manifeste alors.

L'alchimie du langage, le plaisir de communiquer par les mots, nécessitent peu de choses, mais

des choses essentielles : une bonne disponibilité qui, associée à un lien affectif teintant l'écoute attentive d'un a priori de bienveillance, s'appuie sur un minimum d'histoire commune, un fond de vocabulaire commun où puiser les moyens de reconnaissance des mots. La validation de la trouvaille propulse l'enfant dans le plaisir de la quête des mots.

**« L'alchimie du langage, le plaisir de communiquer par les mots, nécessitent peu de choses. »**

En outre, ici, elle m'a, en ricochet, délivré un statut. En effet, depuis que je suis à la retraite (et c'est le parcours du combattant !), je suis comme une poule grosse de plusieurs œufs. Je veille au grain, gratte dans tous les coins pour nourrir mes poussins et ceux des alentours, mais, faute d'espace-temps suffisant, faute d'un vide fécond, mes pensées tournent en rond ; les mots s'encoquillent, mais, point de ponte !

Femme de, mère, grand-mère : j'ai changé de terrain, et, de mon métier de médecin généraliste en milieu rural, me font défaut la stimulation et le plaisir éprouvés dans la relation avec les patients : chercher et arriver à trouver, adaptés à chacun, les mots, les métaphores qui, enlevant la bonde, se révéleraient utiles au surgissement de la parole de l'autre.

Mais voici que le plaisir que j'éprouve avec ces enfants auxquels je donne une écoute attentive n'a rien à envier au plaisir ressenti par le médecin que j'étais. Non seulement je découvre une autre façon de « prendre soin », à l'instar des conteurs, enseignants, aides maternels... mais, en outre, j'ai un lieu d'où parler. —

1. Ours brun, personnage d'un magazine conçu pour les enfants.

§ Ecoute, Relation soignant soigné  
§ Enfant  
§ Langage



# Le conte, un récit en bonne santé

Le conte, récit qui emprunte des matériaux au réel, permet de revisiter le passé et de mieux appréhender le présent. Echange permanent entre la conteuse et son auditoire, il redonne une place au merveilleux.

Entretien avec **Muriel Bloch Kenisberg**

Propos recueillis par **Chandra Covindassamy, Elisabeth Maurel-Arrighi et Anne Perraut Soliveres**

**Pratiques : On trouve aujourd'hui des contes « écrits explicitement pour soigner », est-ce votre démarche ?**

**Muriel Bloch :** Non, surtout pas ! Il y a un adage qui va bien au-delà du champ des contes selon lequel : « Ce n'est jamais ce qui est visé qui est atteint »... Ma démarche reste libre et ne prétend nullement « soigner ». A chacun sa place, à chacun son métier : je suis conteuse, c'est-à-dire chargée de transmettre une mémoire collective. Bien sûr, je choisis mes récits et dans le cadre symbolique qui reste le mien, je sais que « mes » contes « chatouillent » parfois là où ça fait mal... ou au contraire, qu'ils réconfortent, caressent, bercent...

<http://murielbloch.com>

J'observe les visages des auditeurs, je me réjouis de la décontraction des corps, ceux des adultes comme ceux des enfants. Raconter, c'est chaque fois une rencontre physique entre le corps de celui qui raconte et le corps de celui qui écoute. Quand le public s'abandonne, réagit aussi, c'est heureux. Je ne suis qu'une « passeuse » qui aime conclure en souriant « ce ne sont pas les soucis qui courent après l'homme, mais bien l'homme qui court après les soucis... »

Autrefois, les conteurs connaissaient leur auditoire, ils appartenaient souvent à la même communauté, celle du village, du clan, du quartier... Dans ces cas-là, ils pouvaient « répondre », à travers les contes, aux soucis des uns ou des autres... Aujourd'hui, je ne peux que faire confiance aux récits eux-mêmes et à leur résonance chez chacun. Je sais qu'un certain « chamanisme moderne » se pratique dans la médecine, je ne suis pas contre, car l'écoute du patient et le récit-réponse du praticien jouent un rôle plus important me semble-t-il, mais je ne me positionne pas ainsi. Ni thérapeute ni gourou...

**« Raconter, c'est chaque fois une rencontre physique entre le corps de celui qui raconte et le corps de celui qui écoute. »**

Je raconte, voilà tout, et c'est beaucoup si la rencontre avec le public a vraiment lieu et si nous partageons un « vrai » moment ensemble, c'est-à-dire si nous avons partagé de vraies émotions ! Le conteur doit être réceptif à chaque situation, garder les yeux et les oreilles grandes ouvertes



quand il raconte pour toucher quelqu'un dans son histoire singulière, mais c'est à l'auditeur de « trouver son conte », de le « reconnaître »...

La plongée dans les récits traditionnels d'une aire géographique permet-elle de mieux comprendre le présent ? Par exemple, j'ai mieux compris le dernier conflit dans les Balkans en travaillant les mythes fondateurs, les légendes et les mythes des pays directement concernés. J'ai eu la chance de m'y rendre en tournée et dans la ville de Mostar en Bosnie, les gens ont tressailli lorsque revisitant un conte roumain et l'installant dans le Monténégro... j'évoquais la figure du diable enfermé dans un tonneau de vin. L'image du Mal qu'on pouvait enfin garder enfermé leur redonnait espoir... le temps de la soirée !

***Cette rencontre constitue pour la rédaction de Pratiques une sorte de contrepoint au livre de Christian Salmon Storytelling qui montre l'extraordinaire développement de la fabrication d'histoires sur un mode quasiment industriel, dans le but clairement énoncé d'obtenir, sur tel ou tel point, le consentement de la population.***

***Pourrait-on tenter une comparaison avec les contes et en quoi une telle comparaison serait-elle éclairante ?***

Depuis l'Antiquité, les orateurs ont eu recours au conte, au mythe, pour appuyer leurs messages... La fiction intéresse souvent davantage que la réalité, c'est humain... encore faut-il que les hommes politiques soient de bons conteurs...

Mais ces derniers sont-ils assez politiques ? La force subversive des contes existe bel et bien, mais elle est parfois oubliée comme si les dangers de la prise de parole dans nos démocraties étant minimes, on attend du conte qu'il endorme plus qu'il ne réveille... Alors qu'il doit impérativement faire les deux ! Récit du passé, il doit se raconter aujourd'hui pour que demain existe encore.

Cependant, certains artistes-conteurs travaillent de plus en plus à partir de matériaux empruntés au réel, pour en faire du spectacle, recueillant avec un magnétophone la parole des gens. Cette parole « ordinaire », peu entendue par les politiques, a de la saveur et du sens pour celui qui prend le temps de l'écouter, mais pas toujours aux yeux de celui qui s'excuse de la préférer... Le travail du conteur consiste alors à l'éclairer avec respect, à l'enluminer aussi en essayant de dégager une universalité retravaillée à partir de ces témoignages individuels.

Ce n'est pas ce que je fais dans mon travail où je raconte en public généralement des contes, c'est-à-dire des récits du passé, empruntés à différentes traditions, mais que je revisite toujours, seule ou avec des musiciens.

L'année dernière, une danseuse, Satchi Noro, en

résidence à Brétigny-sur-Orge, souhaitait entamer un travail avec des femmes autour d'un sujet qui la touchait personnellement, celui de la « double culture ». Elle m'a sollicitée pour l'accompagner dans son approche. Elle avait transformé la cuisine d'un centre social en salon de thé japonais, et avait convié les femmes du quartier à une cérémonie du thé au cours de laquelle j'ai raconté, en particulier, des récits de la culture japonaise. Les femmes ont tout de suite été touchées par la beauté et la qualité de la cérémonie du thé à laquelle Satchi les avait conviées. Elles ont aussi savouré les contes. Plus tard, un photographe les a rencontrées pour photographier des attitudes, des gestes de leur quotidien... J'ai mis en place un atelier de récits sous forme de rendez-vous réguliers, car la plupart avaient vraiment un goût pour les contes, et comme un vrai courant de sympathie était passé entre nous, j'ai accepté de mener ce travail nouveau pour moi : solliciter des paroles sur la ville et sur la vie de ces femmes dans cette ville de Brétigny-sur-Orge.



Je notais tout ce qu'elles disaient et je re-racontais pour les inciter à continuer.

Le sujet de la double culture disparut car inadapté à leur situation, mais pas le besoin de raconter pour être écouté ! Du coup, je les ai aidées à mettre en forme leurs histoires pour leur permettre de les dire elles-mêmes, comme de les écrire. Et même, nous avons fait cela devant un public ! Certaines étaient vraiment en souffrance, et la ville où elles vivaient n'était qu'un prétexte pour se laisser

.../...

.../... aller à s'exprimer avec rage, tendresse et humour. Le rendu public fut vraiment chaleureux et très important pour elles.

**Qu'est-ce qui distingue un récit d'un conte ?**

Dans le « storytelling », des professionnels de la communication façonnent du récit utilitaire, sur mesure, conditionné par le message...

Mais les contes ne se « fabriquent pas » dans le présent. Le travail du temps est indispensable. S'ils ne conviennent pas à l'imaginaire de l'époque, alors ils dépriment.

Ces récits particuliers ont leur vie propre, évoluent par emprunts, superpositions constituant des sortes de palimpsestes. Il y a des contes auxquels on ne comprend rien, d'autres constitués de matériaux qui ont fait leur temps. Il y a aussi des contes archaïques évoquant des rêves ou des cauchemars, ce sont les contes merveilleux et la force de l'émerveillement est ce qui tend à disparaître aujourd'hui au profit de technologies toujours plus sophistiquées... Les effets dans James Bond se passent de plus en plus de récit... comme s'ils suffisaient au déroulement du film.

Les contes sont des rituels de passage, d'un état à un autre : de l'enfance à l'adolescence, de la fille à la femme, du célibat au mariage, de la vie à la mort... Il faut prendre le temps, si on brûle les étapes, si on veut faire l'économie de l'épreuve, cela n'intéresse plus les enfants. C'est du côté du sacré, du merveilleux, de la poésie, qui sont si rares aujourd'hui et en même temps si simples. W. Benjamin a dit en 1933 qu'on ne savait plus transmettre une expérience, mais seulement commenter les faits !

**« Dans des hôpitaux psychiatriques j'avais tendance à raconter des histoires d'enfermement et de déprime... »**

Or le conteur témoigne de qu'il a vécu ; souvent des enfants me demandent « C'est vrai tout ça, Madame ? » Je leur réponds « C'est une vraie histoire, dans le sens où vous avez vraiment eu peur, que vous avez franchement ri... ou pleuré.. »

Dans le « storytelling », il n'y a pas de chemin buissonnier et on ne peut plus se perdre dans la forêt ou ailleurs. Dans le récit du conte, ce n'est pas la fin, mais le chemin qui importe et il y a toujours une logique interne et si ça ne se termine pas bien, c'est en fonction de ce qui s'est passé avant.

Le conte est aussi une réponse aux questions de la vie quotidienne, des relations entre parents enfants ou maris et femmes, entre voisins, on n'est pas dans le factice, ce sont des histoires revigorantes, pleines de santé.

Les conteurs américains (États-Unis) ont beaucoup développé des histoires qui réconfortent après le 11 septembre 2001, on est alors plus proche d'une ONG du « storytelling », pour moi, reconstruire n'est pas aussi direct que ça.

Une fois, c'était au tout début, je suis allée dire des contes dans une institution pour enfants psychotiques. Un des adultes m'informa que des fouilles archéologiques avaient lieu à proximité, nous nous y sommes rendus et c'est là que j'ai raconté l'histoire d'une fille enfermée dans une chambre en haut d'une tour de pierres construite par son père et qui ne pouvait épouser que quelqu'un capable de se cacher d'elle. Le conte était assez long, mais les enfants ont tenu, l'un d'eux a même parlé pour la première fois... Intuitivement, avec ces enfants-là, ma voix était très mobile et mes gestes variés et amples.

Souvent, j'attends de découvrir le lieu pour choisir le conte, le cadre, la lumière ont leur importance. Je suis assez caméléon comme conteuse ; je me suis aperçue à plusieurs reprises que dans des hôpitaux psychiatriques, j'avais tendance à raconter des histoires d'enfermement et de déprime !

**En tant que soignant, que pouvons-nous apprendre des conteurs ?**

Donner envie de savourer la parole, d'être sensibles au merveilleux possible dans la vie de chacun, de saisir des occasions, grandes ou petites, de profiter des moments privilégiés, de savoir rebondir sur des situations toutes simples du quotidien. Pas de hiérarchie, toutes les histoires aimées, ressenties sont bonnes à partager. Le danger c'est la fadeur, l'insipide... les histoires niaises sous prétexte de ne pas faire peur, rester en deçà des émotions, des douleurs comme des joies. Il n'y a pas de nécessité de moralité. Le conte est un récit en bonne santé !

**Les gens viennent-ils vous parler, comment dire les interactions avec le public ?**

On me dit souvent : « Avec vous, on a voyagé, merci. Vous nous avez emmenés loin », mais il y a une responsabilité au-delà du divertissement. En parlant avec un collègue anglais, nous nous sommes aperçus que beaucoup des enfants à qui nous disions des contes vivaient dans des foyers monoparentaux et que, parfois, les contes traditionnels proposent une image négative du père. A nous de faire attention dans nos choix. Par ailleurs, il faut être attentif à la séduction de certaines histoires qui peuvent être terribles...

Il y a un autre danger, celui de l'instrumentalisation du conte en tant que régulateur social et culturel, les conteurs spécialisés : africains pour les Africains, maghrébins pour les Maghrébins etc. ■



# Des hommes et des femmes autistes conteurs et musiciens

DOSSIER

Santé mentale  
Séoute  
Sthéâtre  
Sautisme

Récit du cheminement d'un conteur et de huit adultes de Sésame Autisme

De l'envie d'écouter à l'envie de raconter, des adultes autistes, guidés par un conteur, en viennent à créer un spectacle où ils sont acteurs et musiciens.

**Marc Buléon**, conteur

Conteurs au verbe incertain, musiciens de l'improbable, ils se produisent plusieurs fois dans l'année. Leur plus grande victoire : s'emparer de la parole en public.

Amener des personnes atteintes de troubles envahissants du développement à raconter des histoires en public, c'est faire le pari que la parole peut être plus forte que la peur, simplement parce que le temps des histoires est un temps différent du réel, régi par d'autres lois. C'est un temps où l'on peut parler de la mort, de l'amour, de la peur sans se rendre compte que l'on parle de sa mort, de ses amours et de ses peurs.

*« Je crois toujours que c'est en vrai...  
C'est horrible... »*

*« Ça s'arrête jamais, jamais, jamais... »*

*« Est-ce que c'est en vrai ?... »*

*« Est-ce que c'est en vrai ? »*

*« Ce serait pas possible, hein ?... »*

*« C'est pas en vrai ? »*

Isabelle

## A l'origine

En 2003, lors d'un festival de contes, un spectacle a lieu dans une section adaptée de l'ESAT de Sésame Autisme. L'impact sur les spectateurs est si fort que la directrice du lieu me propose de venir régulièrement l'année suivante.

## L'envie d'écouter

Une à deux fois par mois, je viens donc raconter. Il y a là quatre femmes, quatre hommes, l'éducatrice, parfois la psychologue et moi. Comme je n'ai pas

de compétence particulière par rapport à l'autisme, je ne sais pas ce que je dois raconter ni comment m'y prendre. Il me faut apprivoiser ce monde. Je dois entendre ce qui se murmure, lire sur les visages, saisir au vol un mot, un grognement, un sourire. Nombreux sont les moments, dans les histoires, où il est possible d'aller vers l'autre avec la distance que permet le conte : « Pourrais-tu être heureux si tu étais aussi pauvre que le mendiant de l'histoire ? Qu'est-ce que c'est que le bonheur ?... » Parler, échanger, rassurer, se rassurer, apprivoiser. Tout raconter, sans censure, mais veiller à ce que jamais ne puissent être confondus le réel et l'imaginaire.

Vers la fin de l'année, chacun a plus ou moins son histoire fétiche qu'il me demande de raconter à chaque séance. Je m'exécute, mais avec une exigence : je leur demande de compléter certaines phrases ou parties du conte. A la fin, tout le groupe se prête au jeu : plaisir du jeu, satisfaction de voir que l'on se souvient, même un peu.

## L'envie de raconter

Une année passe ainsi, puis un jour une femme du groupe formule le désir de raconter elle-même une histoire. Je mets alors en place un « atelier de la parole », sorte de stage de conte dont l'objectif n'est pas seulement d'apprendre à raconter une histoire, mais bien de s'emparer du Dire, d'assumer sa propre parole, de la porter avec dignité face à ceux qui écoutent.



Dorian Legrand.  
Photo M. Legrand.

Le livre de Marc Buléon *Toi, l'autre moi* s'articule autour des portraits des huit conteurs autistes qui participent à cette aventure.

*Toi, l'autre moi*, Ed. Paroles de Partout, 15 €  
commande : paroles-de-partout@aliceadsl.

*La géométrie des silences* est un spectacle créé à partir de collectages réalisés auprès des familles des huit conteurs. Il sera disponible au printemps. Renseignements : marcbuléon@hotmail.com

.../...

.../...

« Un chien. Malade le chien.  
Mort  
Pleure, moi, en vrai.  
C'est tout. »  
Paulo

De janvier à juin, j'alterne séances de conte et ateliers de la parole ; il est important de continuer à raconter pour nourrir l'imaginaire et ouvrir le plus grand nombre de portes possibles.

Les premiers ateliers sont consacrés à des exercices collectifs ou individuels destinés à renforcer la confiance entre les membres du groupe et à leur permettre d'oser se mettre en situation de spectacle, face au regard d'un public.

Vient ensuite le travail sur les contes choisis.

### Avec quels outils ?

Comment mémoriser le contenu d'une histoire quand, pour certains, les choses s'effacent d'elles-mêmes aussitôt vécues ?

Avec les membres du groupe, nous réfléchissons à la représentation des personnages. Un plasticien leur propose alors d'illustrer les différentes parties de leur conte. Ce temps passé à imaginer et à dessiner les aide à se rappeler de quoi parle l'histoire.

Comment se souvenir de la structure d'une histoire ?

À partir de photocopies des dessins réalisés, je fabrique un « livre-objet » par histoire : livre en bois avec plusieurs pages, support aimanté, rouleaux à manivelle avec des images qui défilent. La mise en images du conte et le fait que sa structure soit matérialisée grâce à ces livres – à chaque page tournée, on passe à une autre partie du conte – rassurent les futurs conteurs. Ils osent peu à peu mettre des mots sur les images.

Comment apprivoiser la logique « cause/conséquence » si présente dans les contes et si éloignée du raisonnement d'une personne autiste ?

Je propose à certains une succession de « Mais » (cause) et de « Alors » (conséquence) qui ponctue leur histoire. Ils arrivent alors, peu à peu, à trouver seuls la suite du récit et à comprendre que cette suite est reliée à ce qu'ils viennent de dire. Pour d'autres, il faut mimer les situations. Les images en mouvement sont plus évocatrices que le dessin. Les mots viennent pour dire ce qui est vu.

La parole sort, chaotique, interrogative, murmurée ou lumineuse. Il ne s'agit pas de texte appris par cœur, mais bien des mots de l'instant pour habiller le squelette d'une histoire qu'ils portent en eux, une histoire qu'ils n'ont certainement pas choisie au hasard. C'est à la fois la difficulté et la richesse du travail du conteur.

### Face au public

En septembre 2006, nous racontons tous les neuf dans une médiathèque. Le public se régale. Pour les enfants, la forme particulière que prend cette « heure du conte » est perçue comme une des mille façons de dire les histoires, ni plus, ni moins. Les adultes, eux, sont émus face à ces conteurs artistes.

« J'ai d'autres images de Line  
quand elle était toute petite,  
qu'elle était encore sur le  
cheval de bois, et bien elle  
pouvait y rester des heures  
et des heures... sans rien dire. »

(Témoignage de la mère de Line)

L'expérience se poursuit jusqu'en 2007 où je leur propose de créer un spectacle de contes et musique dans lequel ils seront seuls sur scène.

Nous travaillons différents aspects de la pratique du conte : chant, rythme, articulation, lecture à haute voix, essais d'amplification de la voix, recherche sur les multiples façons de dire une histoire (reprise de phrases en écho, structuration par la musique, devinettes...). Jamais lors de ces quatre mois de travail (à raison de deux ou quatre heures par semaine) l'enthousiasme des conteurs ne faiblit. La découverte du micro est une révélation pour une des jeunes femmes. Sa voix à peine murmurée ordinairement devient audible d'un coup. Très jolie voix, cristalline, aérienne. Trois personnes l'accompagnent avec des gongs chinois. Le résultat est magnifique.

« Murmure fragile  
suspendu à un fil  
fil tenu qu'un souffle pourrait balayer  
et qui pourtant reste debout.  
Parole effleurée  
parole sans parole  
presque  
parole qui affleure aux confins du silence. »

### Au bout de ce chemin-là

Le jour du spectacle, devant 220 spectateurs, Isabelle, Élise, Line, Rébecca, Christophe, Paulo et Antoine donnent « Chemins de Paroles », seuls sur scène.

Ce qui se passe alors est difficile à décrire : moment hors du temps, écoute, silence et émotion extraordinaires dans la salle. Comme si chaque spectateur imaginait le chemin qu'il lui faudrait parcourir pour réaliser ce que faisaient les sept adultes devant eux : oser une démarche artistique et oser en montrer le résultat en public. ■

# Déboire

Quand se risquer dans l'écriture d'un blog ouvre des portes à soi-même et aux autres qu'on n'imaginait pas, c'est l'expérience d'une personne prise dans les tourments de l'alcool.

## Claire Denoe

C'est dans un état de confusion, de délabrement de l'esprit, du corps, que je débutais l'écriture du blog *Déboire*<sup>1</sup>. Enfermée, réduisant mon espace vital pour ne presque plus sortir de ma chambre, je rétrécissais aussi mon espace mental, ne me projetant pas au-delà de l'impérieuse nécessité de boire. Alors, ce blog, je n'en ai pas eu l'idée – d'ailleurs des idées, je n'en avais plus, l'esprit entier dévolu à l'approvisionnement en bouteilles de vin – mon mari l'a eue, on me l'a proposée. J'acceptai.

Le titre s'imposa à moi, *Déboire*, au singulier, je n'avais pourtant pas décidé d'arrêter de boire. Là réside peut-être la singularité de ce blog. Ce n'est pas le récit d'un ou d'une alcoolique qui, enfin sobre, revisite ses déboires éthyliques et témoigne du parcours vers l'abstinence. Je bois, quand j'en commence l'écriture, nul ne sait si je vais emprunter le chemin vers la sobriété ou poursuivre celui de la déchéance, ajoutant un risque supplémentaire, celui de la complaisance.

Les mots, je les ai souvent utilisés pour ne rien dire, pour meubler ou me cacher. Dès lors, débarassée des mots treillis qui camouflent, je me suis trouvée à dire l'intime. Quand les mots dévoilent, sont donnés en partage, ils semblent surgir dans le réel et permettent obscurément de le modifier. Ainsi, doucement, tout doucement a germé en moi l'idée de la possibilité de vivre sans boire. Ces mots partagés ont accompagné d'autres alcooliques. Après la publication des premiers billets, troublée et étonnée par les nombreux commentaires, les témoignages, je réalisais qu'une porte dont je n'avais pourtant pas les clés s'entrebâillait pour moi-même et pour d'autres. Les alcooliques, Anna a lu et relu les billets en pleurant, elle a entamé très vite une cure ; Denis, il lui fallu plus de temps, mais depuis deux mois il ne boit plus... Marc a arrêté seul, sans aide, au moment de vaciller, il m'a demandé les coordonnées du service où l'on me soignait ; Ali, du Maroc, m'a conté la



Salcool  
Scollectif  
Ssanté mentale  
Slangage

détresse d'être alcoolique et la singularité de l'être dans un pays musulman, etc. Des enfants d'alcooliques ont cessé de détourner honteusement le regard ou de se protéger par le rejet ou la colère. Marie m'a écrit d'Inde où elle s'est exilée, peut-être pour fuir une mère alcoolique, elle a enfin pu lui dire qu'elle l'aimait. Mais aussi, Nour m'a écrit de Jordanie pour me dire sa souffrance et son impuissance face à une autre addiction, la boulimie.

Quand, après la cure, je cessai de boire, certains lecteurs se sont sentis abandonnés, mais de nombreux autres m'ont encouragée et ont trouvé la force de mettre leurs pas dans les miens pour s'affranchir de l'aliénation. Paradoxalement, en donnant à lire la déchéance liée à ma dépendance, je recouvrais peu à peu la dignité que je me refusais.

Ainsi, les mots qui ont le pouvoir de blesser, auraient aussi celui de panser ? Quand rarement, je parcours les billets publiés, c'est moi et une autre. Étrangement étrangère et pourtant familière. ■

1. <http://deboires.blogs.liberation.fr/denoe/2008/12/post.html>

# Tapage nocturne un blog pour oser (se) parler

Le blog s'avère être la seule possibilité d'une parole critique, protégée par l'anonymat, dans l'univers hospitalier imposant silence au nom de l'obligation de discrétion.

**■ Anne Perraut Soliveres**, cadre infirmier retraitée et praticien-chercheur en sciences de l'éducation

Lorsque j'ai été sollicitée par *Libération* pour tenir un blog<sup>1</sup>, je n'avais aucune idée de ce que cela pouvait représenter. J'hésitai un certain temps, n'ayant moi-même aucune pratique de ce genre d'échanges et un peu inquiète de la charge supplémentaire de travail pour alimenter régulièrement la discussion. Je me décidai pourtant, intéressée de voir si les infirmières qui sortent rarement de leur silence, allaient se manifester. La surprise fut de taille puisque plus de dix-sept mille personnes ont lu mon premier billet (en l'espace de treize heures). En fonction des sujets, de leur actualité, on observe une fréquentation plus ou moins importante avec un pic le jour de la parution et un fond de roulement à distance de cette date. En un an et demi, trois cent soixante-dix mille visites ont ainsi largement justifié cette démarche malgré le manque de régularité de l'auteur.

Dans les commentaires, on peut lire des encouragements de non soignants, parfois dithyrambiques ou déplorant, au contraire, des dysfonctionnements, des histoires malheureuses singulières comme il y en a tant dans nos institutions, malgré les efforts de la plupart des protagonistes. Il y a des témoignages particulièrement émouvants comme celui de cette personne qui écrit pour me remercier de lui permettre d'évoquer la mort de son père dont elle n'a jamais pu parler depuis plus de vingt ans. Les familles évoquent leurs difficultés dans l'accompagnement de leurs proches ou pour trouver leur place auprès d'eux à l'hôpital, toutes choses dont elles ne peuvent souvent pas parler avec leur entourage de peur d'être mal jugées. Les prises de position d'infirmiers et infirmières, mais aussi de médecins, certes moins nombreux mais présents, montrent un désarroi que je désespérais de voir un jour s'exprimer hors des salles de soins. Les cadres infirmières ne sont pas en reste qui s'indignent du rôle qu'on leur fait

jouer, de la place inconfortable dans laquelle elles perdent leur identité soignante ou qui sont mises au placard si elles résistent. Des comparaisons internationales sont faites, par exemple Vincent, infirmier canadien, « J'ai l'impression de lire un article canadien. Il y a les mêmes problèmes, les mêmes constats au Canada ». Ou encore Pascal, mari d'une infirmière qui s'indigne des conditions de travail de sa femme et de l'impact négatif sur leur vie familiale... Un autre Vincent écrit « Mon épouse a 33 ans, elle est infirmière et cassée physiquement pour 1 300 euros net par mois ». Et Claire « infirmière depuis quinze ans, j'ai 34 ans, trois enfants et un mari très patient. Mon dieu, je me fais l'effet d'un dinosaure dans mon service, les « nouvelles » ne tiennent pas un an, il faut dire que la psy adulte, c'est dur quand on est pas formées... pourtant que de satisfactions dans ce métier auprès des patients (clients ?) et des collègues médecins qui ont les mêmes difficultés que nous quoiqu'on en dise. J'y crois encore, mais pour combien de temps avant d'être totalement grillée ? »

**« Ce fameux débat tant espéré entre tous les protagonistes concernés par le monde du soin s'écrit là. »**

Ce blog me donne ce dont je n'aurais jamais osé rêver... Ce fameux débat tant espéré entre tous les protagonistes concernés par le monde du soin s'écrit là, sous mes yeux, chacun interpellant l'autre, avec bienveillance souvent, mais aussi avec maladresse ou agressivité. Parfois même surgissent quelques (rares) provocations qui se glissent dans les débats. J'avais refusé d'emblée de modérer les commentaires afin de ne pas faire taire la moind

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

dre velléité d'expression de mécontentement d'une profession réduite au silence par son histoire, mais aussi par la volonté d'une médecine toute puissante. Finalement, la régulation se fait spontanément, intelligemment, entre les différentes sensibilités et susceptibilités, prouvant combien toutes ces personnes ont l'habitude de négocier et de se comporter avec responsabilité. Une seule fois, la responsable du blog a dû éliminer deux interventions de la même personne vraiment trop insultantes.

Donner la parole à ceux qui ne la prennent jamais, faute d'espace ou par crainte des représailles, s'avère donc possible et salutaire à la faveur d'un anonymat protecteur dont certains s'agacent (et qui a donné lieu à un débat passionné), mais qui permet de dire le vrai fond de la pensée de chacun, sans crainte des nombreux exemples de rétorsions dont témoignent les soignants qui osent s'affirmer dans leur fonction. Et que dire de ces appels au secours, touchants et désespérés, d'étudiants infirmiers laminés par des enseignants et des soignants maltraitants ? Quand on connaît les frilosités et les « devoirs de réserve » en vigueur dans le monde soignant, on comprend mieux combien le silence imposé pèse dramatiquement sur la communication dans et hors les murs.

**« Dans le monde soignant, le silence imposé pèse dramatiquement sur la communication dans et hors les murs. »**

Les contenus des réactions vont du témoignage brut de décoffrage à des prises de position très élaborées, où l'on voit se dérouler une vraie réflexion sur toutes les problématiques qui jalonnent nos parcours d'être humain, a fortiori soignant. Les billets que j'écris restent en ligne et les lecteurs peuvent lire tous les textes, mais aussi et surtout réagir à ces textes ainsi qu'aux commentaires.

On trouve tous les points de vue dans ce blog, même si on peut remarquer une certaine tendance qui rapproche manifestement les protagonistes des positions de l'auteur... Les périodes où je n'écris pas ne sont pas vides pour autant et les « habitués » s'interpellent, se chamaillent, se dra-

guent même... sortant du sujet, s'en excusant parfois, jouant de l'espace ainsi offert dans un joyeux désordre. Parfois ils me font parler « Anne ne va pas être contente » ou me défendent si je suis attaquée... Bien que les sujets soient plutôt sérieux, il y a manifestement du jeu et du « je » dans une communication d'une liberté de ton comme je n'en avais jamais entendue dans aucune des institutions fréquentées. C'est ainsi avec une grande curiosité et un plaisir immense que je lis quotidiennement les commentaires qui sont tout à fait le reflet de mon expérience sur le terrain. J'ai vraiment le sentiment de communiquer avec des gens très familiers, d'ailleurs la plupart des participants me tutoient. Je réponds parfois, par courrier, lorsque les commentaires concernent une demande d'aide ou un renseignement, voire quand certains étudiants me sollicitent plus largement pour la recherche d'un sujet de mémoire, de direction de celui-ci ou me demandent une bibliographie « Qu'est-ce que tu me conseilles de lire »...

Ils sont également assez nombreux (surtout les médecins...) à m'écrire personnellement, donc non visibles dans le corps du blog, pour simplement réagir ou pour évoquer des aspects plus personnels, ce qui entraîne une fréquence non négligeable de réponses aux courriers que j'essaie néanmoins de limiter. J'ai d'ailleurs acquis une certaine expérience aujourd'hui en laissant mijoter mes réactions quand je suis vivement interpellée et laissant les protagonistes s'en débrouiller, quitte à reprendre plus tard la question dans un autre billet.

Il reste que je ne suis pas assez disponible pour en faire autre chose qu'un lieu de débat, libre et vivant, mais les fréquents remerciements, encouragements et sollicitations « Anne, tu devrais écrire quelque chose sur la continuité des soins... » « Surtout continuez à nous écrire » me convainquent, s'il en était besoin, qu'il est vital pour notre société soignante de multiplier ces espaces de parole où les professionnels peuvent tout se dire sans crainte de représailles. La liberté d'expression étant ce qu'elle est (ou plutôt n'est pas...), tant pis si certains sont condamnés à l'anonymat du pseudonyme. Cela vaut toujours mieux que se taire. ■

1. [http://infirmiere.blogs.liberation.fr/anne\\_perraut\\_soliveres/](http://infirmiere.blogs.liberation.fr/anne_perraut_soliveres/)

# Enquête sur notre histoire

**A** Stains, des élèves du primaire enquêtent sur l'histoire de leurs familles et de leur quartier. Une manière de trouver du sens à ce qu'ils vivent ?

Entretien avec **Jean-Brice Gremaud**, instituteur à Stains

Propos recueillis par **Dominique Louise Pélegrin**

Un jour, une sociologue est venue dans sa classe, à Stains (Seine-Saint-Denis). Elle a parlé avec les enfants, et s'est mise à raconter ses grands-parents, des paysans grecs pauvres. Des paysans ? Les enfants ont ri à cette évocation d'un monde qui, pour eux, n'existe pas. Mais cette histoire vraie les captivait.

Ça a donné une idée à Jean-Brice Gremaud, l'instituteur, lui même né en Tunisie, ancré depuis vingt ans dans cette école. Une idée qu'il résume en une phrase : quand on sait d'où on vient, c'est plus facile de savoir où on va. Au fait, d'où venons-nous ? Que faisaient nos grands-parents ? Comment vivaient-ils ? Allaient-ils à l'école ? La question vaut aussi pour les parents, les oncles et tantes souvent plus accessibles que des grands-parents restés « au pays ». Quel pays ? Les élèves de Jean-Brice viennent presque tous d'un ensemble de barres en lisière d'une zone pavillonnaire, tout près des derniers champs cultivés par des maraîchers, le Clos Saint-Lazare. Une cité pauvre, dont la plupart ne sortent jamais, où il y a certes une bibliothèque fort active, mais presque plus de commerces. L'animation vient d'une voiture qui brûle en bas de chez soi, d'un frigidaire jeté par la fenêtre ou d'un coup de feu entendu la nuit... Des familles africaines, indiennes se sont installées au côté des familles maghrébines. Beaucoup de mères seules avec leurs enfants. Participant à leur histoire, puisqu'il s'y inscrit dans le long terme, Jean-Brice Gremaud voit les situations s'aggraver : « Je dirais qu'ils mangent probablement moins qu'il y a vingt ans », résume-t-il. Surtout, ses élèves paraissent de plus en plus livrés à eux-mêmes, les parents ont des horaires décalés, travaillent souvent en plus le week-end. Ils échangent peu avec leurs enfants, qui ignorent tout du passé familial. « On a élaboré un questionnaire, dit Jean-Brice

Gremaud : les enfants demandent à leurs parents où ils vivaient, comment s'appelaient leurs grands-parents, quel métier ils faisaient, leur meilleur souvenir, etc. Beaucoup ignorent tout de ce passé, dans un autre pays. »

**« Mon père est allé un peu à l'école, c'était dans une hutte qu'il fallait un peu reconstruire chaque année. »**

Donc, les enfants ont posé des questions à leurs parents, surpris. Souvent, ils ont évoqué leur passé familial pour la première fois, ce qui a permis d'entamer un vrai dialogue, de mettre des mots sur des sentiments, d'apprendre des choses étonnantes. « Quand ma mère avait huit ans mon grand-père et sa famille étaient en Turquie et quand ma mère avait neuf ans, mon grand-père est parti aux Pays-Bas », écrit Nawel... « Mon père faisait du foot comme sport et ma mère a fait du patin à glace et de la musculation. A l'époque, ils avaient les mêmes vêtements, mais un peu plus large en bas et les couleurs étaient plus flash. Ils mangeaient beaucoup plus de légumes frais et moins de surgelés. Ils n'ont connu ni l'un ni l'autre la guerre. Mon père a toujours rêvé d'être footballeur et ma mère aurait aimé être danseuse professionnelle. Leurs meilleurs souvenirs, c'étaient les repas en vacances en famille au Portugal... Naba raconte que ses grands-parents maliens vivaient à Goro et Ngolokauna, ils se sont rencontrés comme ses parents le jour de leur mariage, « Ce n'était pas un mariage forcé, mais un mariage arrangé... Du temps de mes grands-parents, il n'y avait pas d'école. Mon père est allé un peu à l'école, c'était dans une hutte qu'il fallait un peu reconstruire chaque année et ils

étaient très nombreux dans une petite classe, peut-être une centaine. »

« Ma maman est née à Casablanca, au Maroc, écrit Sarah, mon papa, lui, vient du Pakistan. Ses parents sont au Pakistan, mon frère et moi nous ne les avons jamais vus, mais nous avons parlé avec eux plusieurs fois au téléphone. Mais on ne comprend rien du tout, sauf quelques mots comme « Bonjour, ça va »... c'est la même chose qu'en arabe. »

**« Le travail de recherche de mémoire permet de donner du sens à ce qu'on vit, à l'espace où l'on se trouve. »**

Le travail de recherche de mémoire, de récits permet de donner du sens à ce qu'on vit, à l'espace où l'on se trouve... Une idée simple, mais efficace. Des mères sont venues à l'école

raconter leur propre histoire, d'autres interviews ont permis de retracer l'histoire du quartier. Qu'est-ce qu'il y avait, avant ? Des pommiers à la place de cette tour, des animaux, des maraîchers. Les premiers habitants du Clos Saint-Lazare ont raconté qu'il y avait une place très animée, des boutiques partout : celles-ci ont disparu.

Très important : ces recherches, ces travaux des élèves, textes et dessins superbes élaborés avec le concours d'un plasticien sont exposés, lors du Salon des écrits qui a lieu chaque année en fin d'année scolaire. « Les parents sont venus lire les textes. Ils avaient la larme à l'œil, ils ont lu et relu. Je voulais qu'ils revendiquent l'histoire de leur famille, qu'ils se sentent rattachés à quelque chose, dit Jean-Brice Gremaud. Je voulais que les gamins soient fiers de raconter, et surtout qu'ils discutent avec leurs parents. Qu'ils sortent de l'idée que chez eux, ce n'est pas intéressant. Tous ces travaux sont exposés aussi dans l'école. Et ça a eu une incidence très positive sur les enfants. » ■

## Paroles d'élèves

### Du côté de mon père

Mon père n'a pas vu son grand-père et sa grand-mère quand il était petit.

Mon grand-père s'appelait Nguyen Van Linh et ma grand-mère s'appelle Phung Thi Hoan. Ils sont nés au Vietnam. Ils habitaient au Laos, et maintenant ils habitent en France. Mon grand-père cultivait des champs de salades et ma grand-mère était commerçante, elle vendait des desserts. Ils ne sont pas allés à l'école. Ils mangeaient du riz. Leur meilleur souvenir, c'est leur arrivée en France. Mes grands-parents, mes tantes, mes oncles, mon père et ma cousine sont venus en 1982, cela fait vingt-six ans qu'ils sont en France. Au Laos, la vie est très difficile à vivre et quand on travaille, on ne gagne pas beaucoup d'argent. Au Laos, il y a beaucoup de gens qui sont très pauvres.

Mon grand-père est né en 1910 et ma grand-mère est née en 1915. Mon grand-père est mort depuis le 7 juillet 2001. Ma grand-mère est morte depuis le 22 juin 2003. Ils sont venus en France à cause de la guerre de 1975. Le Laos a fait la guerre avec la Thaïlande, parce que les Thaïlandais voulaient prendre une partie de la terre du Laos. Ma grand-mère a eu sept enfants, il y avait cinq garçons et deux filles. ■

**Thi Nga**

Pour commencer, mon grand-père paternel s'appelle Varda. Ma grand-mère paternelle s'appelle Miriam. Mon grand-père maternel s'appelle Marcos, ma grand-mère maternelle s'appelle Samet. Ils habitent tous et toutes en Turquie, mais ils parlent en chaldéen. Le chaldéen, c'est une langue qui vient de Babylone. Sinon, mon grand-père paternel travaillait comme agriculteur, il plantait des légumes comme des tomates, des concombres, de la vigne... Mon grand-père maternel travaillait dans la confection, il faisait des coussins, des couvertures, des habits... Mes deux grand-mères étaient femmes au foyer. Leur plat préféré, c'est le mouton. Ma grand-mère maternelle a 55 ans et mon grand-père maternel a

.../...

.../... 80 ans. Ma grand-mère paternelle a 80 ans et mon grand-père paternel a 85 ans. Ma mère s'appelle Marta et mon père s'appelle Mansoure. Mon père travaille, il est couturier et ma mère travaille dans le ménage. Leur meilleur souvenir, c'est quand ils sont venus en France et qu'ils ont trouvé du travail. Mais leur souvenir d'enfance, c'est quand il neigeait et qu'ils montaient sur les toits et qu'ils sautaient. Je pense que mes parents voulaient vraiment rester en Turquie, mais comme il y avait la guerre, ils ne pouvaient pas, en plus ma mère était enceinte de mon grand frère. C'est dommage parce que je voudrais être née en Turquie, d'ailleurs je sais un peu parler en turc et beaucoup en chaldéen. Je m'inquiète pour mes parents parce que ma mère ne sait pas bien parler français. Mon père sait écrire et parler en français et aussi écrire en turc, ma mère non. ■

**Sandrine**

Je m'appelle Sokona, j'ai 11 ans, je suis née en 1992. Je vis à Stains dans le 93. Ma passion, c'est le chant et la recherche scientifique, je vis avec mon papa et ma maman. Mes parents sont maliens, ils viennent de Gétala et Counécoto. J'ai un frère et trois sœurs. Un jour, je deviendrai chercheuse scientifique et je soignerai toutes les maladies graves comme le sida et les cancers.

Mes grands-parents sont cultivateurs. Ils vivaient à Gétala et Counécoto. Mes parents sont venus en France, mon père en 1980 et ma mère en 1992. Ils se sont mariés en 1987 au Mali.

Ma mère a quitté l'école à 9 ans en CM1. Elle a commencé à travailler à 10 ans. Pour elle, rester en France, c'est un peu dur. Un jour, elle aimerait aller au Mali pour aller voir sa mère et sa famille. Il faut travailler dur pour gagner sa vie. Ma mère est courageuse parce qu'elle a beaucoup travaillé pour nous.

On a voyagé beaucoup pour trouver un logement. Il y a cinq ans, on a trouvé un logement.

Avant, on habitait partout, à Villepinte, à Gagny, à Aulnay-sous-bois, à la campagne. On habitait à l'hôtel. Maintenant on habite dans un appartement où il y a quatre chambres, dont une où on a logé une personne. ■

**Sokona**

Je m'appelle Mehdi, né en 1992 en Algérie. Je suis arrivé en France en 2000, accompagné de ma mère. Ma sœur et mon frère sont scolarisés au collège.

Mon grand-père s'appelle Achour. C'était un ancien combattant. Il a fait la guerre de 1939 à 1945. Ce qui n'est pas reconnu par les anciens combattants français. Il est resté réserviste jusqu'en 1960 sous le drapeau français. Ma grand-mère Yamina est née en 1923. Elle vit là-bas. À Alger, ma grand-mère paternelle travaille chez Madame Rabatelle comme femme de ménage.

Mon père est venu en France en 1999. Il s'est sauvé à cause du terrorisme, car il était agent de sécurité. Il a été menacé, car il travaillait pour l'Etat Algérien. En France, mon père est un demandeur d'asile, mais pour l'instant, ils lui ont refusé une carte de séjour. Mon père et ma mère n'ont pas le droit de travailler.

Ça, c'est l'histoire de mon père, ma mère, mon grand-père et ma grand-mère et nous. Mon papa est gentil, il est content d'être en France. Je suis fier de ma mère parce qu'elle s'est déplacée pour venir raconter son histoire en Algérie, et je trouve qu'elle est courageuse. Là-bas, nous avons vécu des moments très difficiles et trop graves. ■

**Mehdi**



# L'enjeu politique de la parole qui accueille

Comment des rencontres d'élèves avec des personnes âgées peuvent provoquer conflits et violence.

Sécoute  
Shospitalité  
Sviolence

Emmanuelle Frayssac, professeure de philosophie

Mon travail et mon engagement d'enseignante s'efforcent de mettre l'élève, l'enfant (in-fans, celui qui ne parle pas) sur le chemin de sa propre parole, suivant par là l'enseignement maïeutique de Socrate : c'est par l'autre que l'on accouche de sa parole et de sa pensée. Avec le médecin de la maison de retraite de l'hôpital, nous avons donc conçu un projet de rencontre avec des personnes âgées et d'écriture à partir de ces rencontres.

Ce sont les personnes âgées les plus fragiles par leur vécu douloureux qui ont le plus inspiré les élèves. L'émotion forte de la rencontre déclenchait le passage à l'écriture. Ces personnes, qui étaient submergées par la douleur des deuils qu'elles évoquaient, s'exposaient radicalement dans leur silence, ou dans leurs larmes. La plupart des élèves ont ressenti que cette mise à nu de l'autre ne peut qu'appeler la réponse de sa propre exposition dans l'écriture. Car écrire, c'est aussi se mettre à nu : c'est dire ce que l'autre nous a invités à saisir de nous-mêmes. C'est accepter de se trouver soi en passant par l'autre.

Ce projet a permis ainsi de vivre des moments magiques lors de la mise en page où, avec les élèves, nous constatons que les textes se croisaient, que les voix s'entremêlaient, et que le sens naissait de la rencontre. Moments lumineux, quand nous avons invité les personnes âgées au lycée et quand leurs visages interpellés par la lecture des textes qui les évoquaient s'illuminaient ou versaient des larmes d'émotion. Création de sens par l'accueil de l'autre.

Quelques élèves de la classe n'ont cependant pas assumé ce projet, sans vouloir pour autant en sortir : ils en ont fait alors un terrain de conflits et d'affrontements pénibles. Pourquoi donc ? Était-ce par incapacité à écrire ? Comme je le constatai

toute l'année, ils avaient plutôt la plume et la parole faciles.

A la fin de l'année, on a par ailleurs découvert que les fichiers informatiques liés à ce projet ont tous été détruits et remplacés par des textes odieux d'injures pornographiques. Les textes qui disaient et réfléchissaient sur la rencontre avec l'autre ont été saccagés par la haine qui profane en violant l'espace de la rencontre.

Rien n'indique que les auteurs de ces textes violents soient des élèves de la classe, mais l'expérience de ces deux types d'opposition au projet, conflits dans la classe et saccage final des textes me permit de prendre conscience de l'enjeu profondément politique de ce projet, qui ne me semblait initialement relever que d'une expérience de création littéraire et philosophique. En initiant ce projet et en y participant par l'écriture de mes propres textes, je professais l'engagement qui est le mien pour toute parole qui croise celle de l'autre. Je proclamais haut et fort, entre les lignes du projet et des textes écrits, que l'autre a sa place en face de moi, quel qu'il soit, et c'était poser là un principe d'hospitalité profondément politique. Car la question du vivre-ensemble et de ses frontières est une question profondément politique.

Ce que j'ai heurté de front, c'est une parole qui ne donne pas droit de cité à celle de l'autre, c'est une parole qui refuse ce détour par l'autre, ce des-saisissement de soi par l'autre.

Cette expérience à la fois lumineuse et sombre m'a donc appris que toute parole qui crée du sens à partir de la rencontre avec l'autre a un pouvoir déjà radicalement politique par ce qu'elle ouvre d'espace de respect de l'autre, dans la construction d'une humanité commune. ■

# Narcisse, ou les histoires d'une écriture

Comment, en écrivant sur une vieille dame atteinte d'Alzheimer, l'enseignante découvre une image d'elle-même.

**Emmanuelle Frayssac**, professeure de philosophie

Quand j'arrivai à la salle à manger de la Maison de Retraite, je sus que c'était elle. M<sup>me</sup> P. avec son foulard sur les cheveux noué sous le menton. Une femme prête à partir. Le médecin avait juste évoqué cette femme qui, quand elle se perd dans sa mémoire, réclame à corps et à cris de rentrer chez elle à Beauvais.

Le petit fichu de M<sup>me</sup> P. me suffit à la reconnaître, parce que les quelques mots du médecin avaient déjà déployé entre nous l'espace d'une rencontre et d'une histoire.

Une autre fois, une infirmière me raconta que M<sup>me</sup> P., se penchant sur un miroir, lui avait demandé qui était donc cette femme qu'elle voyait en face d'elle. L'infirmière s'exprimait avec humour, et cet humour, loin d'être railleur, accueillait avec douceur cette parole insensée et décousue. Elle n'avait pas tenté de lui expliquer que c'était elle-même qu'elle voyait dans le miroir : sans la couper, l'infirmière passait la parole.

Et moi, je prêtais oreille.

Qu'avais-je donc entendu dans ces récits, qui retenait ainsi mon attention?

J'écrivis alors un court texte sur M<sup>me</sup> P. que j'intitulais *Fragment* et qui évoquait Narcisse. Je compris par ce mythe que ce que j'entendais d'elle, c'était quelque chose de moi-même ! La rencontre entre nos deux histoires, celle de M<sup>me</sup> P. et la mienne résonnait en écho par le mythe de Narcisse, à mon insu, au cœur même de mon écriture. Avant même d'avoir réellement rencontré M<sup>me</sup> P., je captais dans le miroir de mon texte ce que j'ignorais de moi-même, mais que j'entendais à travers elle : la question douloureuse de l'identité.

*Elle s'est assise à côté du miroir  
Et a demandé qui était cette femme.  
Narcisse aussi se mirant  
Était tombé amoureux de lui-même.  
Mais elle, elle est partie si loin d'elle-même  
Qu'on ne peut que la ramener à sa chambre.*

*Elle ne peut pas s'arrêter à elle-même  
Et s'aimer  
Elle ne peut pas unir son présent à son passé  
Elle est fragment de temps.  
Pour tomber amoureux  
Il faut avoir toute sa vie devant soi  
Un seul fragment de soi  
Perdu dans son passé  
Ne suffit pas.*

Laisser advenir dans l'écriture ces rencontres entre le réel et le fictif pour accueillir ce que l'on ne s'attendait pas à entendre de soi par ce que l'on entend de l'autre.

Quand je participai enfin au groupe qui rencontrait M<sup>me</sup> P. lors des échanges que nous avons organisés entre les élèves de ma classe et les résidents de la Maison de Retraite pour la première fois, je fus face à elle. Elle ne pouvait plus guère raconter que d'infimes détails, fragments de sa vie, elle ne savait même plus qui était qui. Sa mémoire partait en morceaux et elle le savait. Quand M<sup>me</sup> P. répétait en souriant tristement « vieux tableau », je ressentais en moi-même le désarroi de cet effacement de soi et la dignité avec laquelle elle y répondait.

Le jour où ma classe offrit aux résidents les recueils de textes écrits à partir des rencontres, le fils de M<sup>me</sup> P. me raconta en quelques mots la vie de sa mère. Je fus bouleversé d'apprendre les tourmentes de sa vie et le courage avec lequel elle y fit face. Je fus bouleversée de ce récit, parce que je me rendis compte que l'espace imaginaire que j'avais déployé en miroir de moi-même autour de cette femme m'avait révélé qui était cette femme, dans l'essentiel de sa présence, alors que je ne connaissais rien d'elle.

Quelques jours après, le fils de M<sup>me</sup> P. fit parvenir au lycée un splendide bouquet de fleurs, accompagné d'un petit mot qui me remerciait et me disait sa propre émotion.

De soi à l'autre, la douceur du lien des histoires qui s'écrivent. ■

# Les multiples voix du discours

Et s'il fallait se méfier des discours qui prétendent être les seuls habilités à dire le vrai ?

Emmanuelle Frayssac, professeure de philosophie

Socrate enseigne dans le *Théétète* que la pensée, c'est un dialogue silencieux de l'âme avec elle-même, et cela signifie que toute pensée est d'emblée plurielle, qu'elle est traversée par sa propre interrogation. Si, par conséquent, j'affirme que c'est moi qui détiens la vérité, je quitte l'ordre de la pensée au moment où je renonce à la dimension essentiellement plurielle de la pensée. Je quitte l'ordre de la pensée en faisant injonction à l'autre de se taire : penser, c'est toujours donner la parole à l'autre, c'est lui offrir la possibilité de l'interrogation et du doute. Ne pas penser, à l'opposé, c'est couper court à toute parole étrangère.

Il faut donc poser une légitimité plurielle de la parole. Offrir l'hospitalité dans sa parole à des langages étranges et étrangers. Accepter de ne pas être la norme du discours et débusquer toute forme de discours qui se proclame et s'érige en norme unique de vérité, seule habilitée à dire le vrai.

Il semble que nos institutions confisquent la parole aux citoyens par un usage de mythes et de fictions : ces mythes s'appuient sur des chiffres d'experts prétendument incontestables et seuls garants de vérité objective (exemple : « le trou de la Sécu »), alors qu'il s'agit de manipuler l'opinion publique en véhiculant une idéologie hautement contestable et trompeuse.

Cette confiscation violente de la parole s'opère aussi parfois dans les relations des soignants aux personnes démentes : si une personne âgée atteinte d'Alzheimer parle des êtres qu'elle a côtoyés dans l'enfance comme s'ils étaient encore vivants, faut-il

absolument la renvoyer à la vérité des faits : lui faire entendre « raison », que ses parents sont morts et qu'elle ne vit plus à la ferme de ses parents ? Quelle est donc cette « raison » qui coupe court à la parole des déments pour les renvoyer à un réel qui les brise ?

**« Peu importe que le discours soit fictif ou réel, ce qui compte, c'est sa capacité à donner hospitalité à la parole de l'autre. »**

La raison ne doit-elle pas plutôt nous inviter à réfléchir que la ligne de partage entre le vrai et le faux, entre le réel et le fictif, doit être tracée avec subtilité, quand il s'agit de l'intime des gens ? Avoir la subtilité poétique de ne pas rabattre violemment la parole de l'autre sur un ici et maintenant objectif, mais accepter que le réel croise un autre temps et un autre espace. Accepter la métaphore du déplacement du temps et de l'espace.

De façon générale, ce qui importe quand il s'agit des questions qui touchent au vivre-ensemble, c'est la capacité qu'a le discours d'élever l'autre à la compréhension de ce qu'il est et de ce que nous sommes. Peu importe que le discours soit fictif ou réel, ce qui compte, c'est sa capacité à donner hospitalité à la parole de l'autre. Il est des histoires imaginaires et inventées qui rapprochent, il est des discours qui prêchent le vrai et qui éloignent les gens de ce qu'ils sont. ■

Sécoute  
Sfiction  
Slangage  
Shospitalité



# magazine

# Les génériques, la Mutualité française et les firmes

Martine Devries, médecin généraliste

§Assurance maladie, §Mutuelles, §Firmes pharmaceutiques, §Pharmacien

En octobre 2008, La Mutualité française publie une étude <sup>1</sup> : elle s'intéresse au développement du marché des médicaments génériques <sup>2</sup>, ses acteurs et ses freins. Parlons ici plus particulièrement de ce qui est décrit comme « les stratégies de contournement » des génériques mises en place par les firmes commercialisant le médicament princeps <sup>2</sup>. Nous le savons déjà, mais les précisions sont impressionnantes, les firmes ne font pas dans la dentelle !

Tout d'abord, les visites commerciales aux médecins prescripteurs ne concernent que des médicaments non « génériques », donc qui ne peuvent être substitués à la pharmacie au moment de la délivrance.

Ensuite, les firmes développent des actions en justice, attaquant les firmes de génériques pour violation de brevet, ou défaut de bioéquivalence : elles y gagneront au moins le temps de la procédure. Elles augmentent aussi la confusion sur la durée des brevets, en déposant des brevets secondaires portant sur une modification mineure du médicament peu avant l'expiration du brevet.

Une autre méthode consiste à diversifier la gamme de formes du même médicament : poudre ou sirop ou gélules au lieu de comprimés et suppositoires, dosages différents, association fixe de deux molécules dans un médicament. Le but étant de détourner une partie de la prescription vers un segment de marché protégé. Une autre encore consiste à sortir des « Me-Too », très proches du princeps, qui ne lui ajoutent rien, mais, faisant le même circuit administratif que le princeps d'origine, ils ne sont pas générifiables avant encore dix ans. Comme ils se présentent comme « nouveaux », les praticiens les prescrivent, les patients les demandent, le pharmacien ne peut les substituer : et le tour est joué !

Il arrive aux firmes de princeps de pratiquer du *dumping* auprès des hôpitaux (ou « prix prédateurs », en bon français) ce qui leur a valu un blâme de la commission de la concurrence. Elles n'hésitent pas non plus à dénigrer le générique auprès des prescripteurs et des patients, et à modifier les conditions de vente auprès des pharmaciens : délais de paiement par exemple.

Les conséquences financières et économiques de ces stratégies, tant pour l'Assurance maladie, les mutuelles, que pour le citoyen, sont énormes.

Il y a également des freins au développement du marché des génériques liés à l'existence d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) pour le pharmacien, qui ne donne pas d'incitation financière à ce dernier. L'acceptation enfin par le patient de la substitution d'un princeps par un générique peut être limitée par la peur du changement, et plus rarement par l'effet de l'excipient, le support du médicament qui, lui, peut être modifié.

Les autorités sanitaires françaises et européennes portent une lourde responsabilité dans cette situation :

– en 2007, la transposition en droit français de la Directive européenne 2004/27/CE sur le médicament a introduit des mesures permettant d'allonger la période d'exclusivité commerciale évitant qu'un médicament soit copié <sup>3</sup>.

– Prescrire des génériques ne suffit pas : c'est encore prescrire le médicament d'un laboratoire donné avec un nom qui peut être un nom de fantaisie. Pour faire barrage à la stratégie commerciale des firmes pharmaceutiques, il faut prescrire en Dénomination Commune Internationale ; la DCI est le vrai nom du médicament, celui de la substance qu'il contient.

A quand une campagne de l'Assurance maladie incitant médecins, pharmaciens et patients à parler en DCI et à prescrire en DCI ? <sup>4</sup> ■

L'auteur déclare l'absence de conflit d'intérêt.

1. Les Études de la Mutualité française, Bilan de 25 ans de politique du médicament générique. Propositions pour une politique plus ambitieuse. [www.mutualite.fr](http://www.mutualite.fr)

2. Lorsqu'une firme pharmaceutique dépose un brevet pour une molécule prometteuse, cela la protégera, comme tout produit breveté, vingt ans. Compte tenu de la durée des études cliniques et du circuit administratif, cette molécule devenue médicament sera protégée, en fait, entre dix et quinze ans. C'est le médicament princeps. Les copies de ce médicament sont autorisées, donc, dix à quinze ans après, ce sont les génériques.

3. *Prescrire*, juillet 2007, tome 27, n° 285.

4. [www.prescrire.org/cahiers/dossierDciAccueil.php](http://www.prescrire.org/cahiers/dossierDciAccueil.php)

# Pour des Contrats d'Amélioration des Pratiques COLLECTIVES

Marie Kayser, médecin généraliste

§Accès aux soins, §Revenu, Rémunération soignants, à lacte, forfaitaire

**Ce sont des Contrats d'Amélioration des Pratiques INDIVIDUELLES ou CAPI qui sont au menu des discussions conventionnelles entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins.**

Le généraliste s'engagerait à atteindre certaines « cibles » en matière de dépistage et prévention, de suivi des pathologies chroniques, de prescription. Il recevrait en contrepartie de l'Assurance maladie une rémunération « à la performance ».

## Ces CAPI peuvent paraître intéressants :

Un médecin ne peut qu'adhérer à une meilleure prise en charge du diabète ou de l'hypertension, à la valorisation des actions de dépistage et de prévention, à la prescription de génériques, au choix de classes médicamenteuses ayant fait la preuve de leur efficacité.

Ces contrats permettent de sortir du paiement à l'acte exclusif inadapté à une bonne prise en charge des maladies en particulier chroniques.

## Ces CAPI soulèvent cependant bien des objections :

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé, sur lesquelles s'appuient « les cibles » de prise en charge, et l'intérêt des dépistages proposés ne sont pas toujours solidement basés<sup>1</sup>.

Il n'est pas évident que les expériences étrangères de rémunération « à la performance » aient abouti à une amélioration substantielle de la qualité des soins<sup>2</sup>.

Ces contrats valorisent une conception individualiste et purement « technique » du travail du généraliste et de la prise en charge des pathologies chroniques, alors que celles-ci ont des composantes multiples, très dépendantes des facteurs environnementaux et qu'elles nécessitent une prise en charge globale, du temps relationnel, du travail médico-social et en réseaux.

Ces contrats font silence sur les problèmes d'accès aux soins : pas d'obligation pour le généraliste d'être en secteur à tarifs opposables, pas de tiers-payant pour faciliter l'accès aux soins, pas de remise en question des dépassements d'honoraires : un diabétique pourra-t-il passer un fond d'œil annuel s'il ne trouve pas d'ophtalmologue en secteur 1 ?<sup>3</sup> Ils font aussi silence sur les inégalités sociales de santé : l'obésité est plus fréquente dans les catégories socioprofessionnelles défavorisées, le suivi d'un régime dépend du contexte culturel et social... Le médecin sera-t-il poussé à sélectionner

ses patients pour avoir de meilleurs résultats ? Le malade aura-t-il encore son mot à dire sur la prise en charge de sa santé ? Pourra-t-il refuser la vaccination anti-grippale à 65 ans ou le dépistage du cancer du sein sans s'exposer aux pressions de son médecin ? Le niveau de remboursement ne risque-t-il pas d'être un jour conditionné par la « bonne observance » des patients ?

Ces contrats exonèrent les autorités sanitaires de leurs responsabilités : le généraliste doit prescrire en DCI, mais ce sont les autorités qui devraient promouvoir une information indépendante sur le médicament et mettre en place un tarif unique pour les spécialités équivalentes.

## Accepter ces contrats serait prendre un risque pour l'avenir :

Demain l'Assurance maladie ne risque-t-elle pas d'inclure d'autres items d'efficience : diminution des prescriptions d'arrêts de travail ou de transports, comme c'est déjà le cas collectivement dans le cadre conventionnel... Ces rémunérations à la performance ne seront-elles pas l'unique voie de rémunération proposée en complément d'un paiement à l'acte dont le niveau restera bloqué ?

## D'autres contrats sont possibles : ce sont des Contrats d'Amélioration des Pratiques Collectives<sup>4</sup>

Ils doivent favoriser le travail en groupe et pluridisciplinaire, être centrés sur la coordination des soins, prendre en compte l'approche globale du patient, favoriser l'information et la formation du patient, mais aussi reconnaître son savoir-faire et ses prises de décision face à la maladie, baser la qualité des soins sur une formation des soignants indépendante des firmes pharmaceutiques. Ils doivent aussi favoriser l'accès aux soins : respect des tarifs conventionnels, tiers-payant systématique. ■

1. *Prescrire* 2007 ; 27 (282), les guides de pratiques cliniques examinés et triés par la revue *Prescrire*.

*Prescrire* 2007 ; 27 (288) : 755-762, « Dépistage mammographique des cancers du sein, peu de données nouvelles.

2. Rapport de l'IGAS juin 2008, « Rémunérer les médecins selon leurs performances, les expériences étrangères ».

3. Médecin en secteur 1 : médecin dont les honoraires sont au tarif conventionnel sans dépassement.

4. *Pratiques* n° 39, 4<sup>e</sup> trimestre 2000, « Comment payer ceux qui nous soignent ? »

# Très chères franchises...

Marie Kayser, médecin généraliste

§franchises, §Médicament

Selon le rapport d'évaluation du dispositif des franchises « médicales »<sup>1</sup>, c'est le montant des franchises pour 2008<sup>2</sup>. Il provient à 86 % de la franchise sur les médicaments. La franchise n'a pas eu d'impact sensible sur l'évolution des volumes des prestations couvertes : médicaments (en dehors de l'augmentation de la vente des grands conditionnements), transports, auxiliaires médicaux.

Le rapport précise que d'un point de vue juri-

dique et comptable, il n'y a pas d'affectation de recettes à une dépense en matière de Sécurité sociale. Dire que ce montant est affecté à des causes particulières est donc totalement abusif. La réalité est que ces franchises correspondent à une charge accrue pour les patients. ■

1. [www.lesechos.fr/medias/2008/1110//300307397.pdf](http://www.lesechos.fr/medias/2008/1110//300307397.pdf)

2. Ce montant ne prend pas en compte les autres « franchises » que sont le forfait d'un euro sur les actes médicaux.

# Une 1<sup>re</sup> année de médecine moins inégalitaire

Marie Kayser, médecin généraliste

§Formation, §Inégalités sociales

Deux ans après la mise en place de nouvelles méthodes d'enseignement à la faculté de médecine de Grenoble, le nombre d'étudiants issus des catégories socioprofessionnelles moins favorisées (artisans, ouvriers, agriculteurs) qui réussit le concours de première année a doublé. Pour la troisième année consécutive, les étudiants ont sur DVD les 520 heures de cours qu'ils peuvent ainsi travailler chez eux ou dans les salles d'informatique de la fac. Ils ont par ailleurs des séances

de travaux dirigés et douze séances de tutorat avec des étudiants de troisième année<sup>1</sup>.

A Grenoble, comme dans les autres facs de médecine, les prépas privées occupaient le terrain, avantagent ceux qui pouvaient y recourir. Le changement de méthode de formation semble compenser en partie cette inégalité. ■

1. Christophe Gattuso, *Le Quotidien du Médecin*, 21 octobre 2008.



# Liens entre cancers et environnement

Marie Kayser, médecin généraliste

SEnvironnement, SPollution, SSanté publique

En France, en tenant compte des changements démographiques, le taux d'incidence des cancers a augmenté depuis 1980 de 35 % chez l'homme et de 43 % chez la femme. Ni les dépistages plus précoces, ni les facteurs de risques individuels ne peuvent suffire à expliquer cette augmentation.

L'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche en Médecine) vient de rendre public<sup>1</sup> un bilan des connaissances sur le lien entre des cancers et les expositions environnementales générales et professionnelles subies et non générées par les comportements individuels, tels que le tabagisme actif.

Cette expertise met en évidence l'insuffisance ou l'absence des études sur l'impact des facteurs environnementaux, et tout particulièrement sur les co-expositions et les expositions chroniques à de faibles doses.

Pour certaines expositions, le lien avec des cancers est flagrant : amiante et cancers du poumon et de la plèvre, exposition professionnelle et domestique au radon et cancers du poumon et leucémies, rayonnements ionisants (X et gamma)<sup>2</sup> et cancers à l'âge

adulte... Certains pesticides sont des cancérigènes certains, d'autres probables. L'utilisation domestique de pesticides, notamment d'insecticides par la mère pendant la grossesse, a été régulièrement associée aux leucémies et à un moindre degré aux tumeurs cérébrales chez l'enfant.

Toutefois, malgré des données connues, les gouvernements ne prennent pas les décisions qui s'imposeraient en terme de santé publique : 1300 à 1900 décès par cancer du poumon pourraient être évités chaque année dans 23 villes européennes en baissant le taux de particules fines respectivement à 20 et à 15  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ , et pourtant l'Europe s'est dotée d'une réglementation fixant un taux à 25  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  qui ne deviendra contraignante qu'en 2015... —

1. Expertise collective réalisée par l'INSERM à la demande de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail (AFSSET).

<http://ist.inserm.fr/basispresse/cp2008/02octobre2008.pdf>

2. La dose collective annuelle liée aux examens radiologiques a augmenté de 50 % entre 1983 et 1996.





# Le chrysotile : des risques certains

■ **Martine Devries**, médecin généraliste

SMaladies professionnelles, SSanté publique, STravail

Le chrysotile est une variété d'amiante, il constitue un enjeu économique important pour des entreprises russes, brésiliennes et québécoises<sup>1</sup>. Ce lobby tente un retour en force de l'amiante sous cette forme, qui, selon eux, n'aurait pas une durée de vie suffisamment longue dans l'organisme (biopersistance) pour entraîner, comme la variété amphibole de l'amiante, des cancers. Henri Pézerat, toxicologue reconnu<sup>2</sup>, publie une analyse<sup>3</sup> des études du scientifique servant de cau-

tion au lobby. Il démontre qu'il s'agit de résultats obtenus frauduleusement, en contradiction avec les données scientifiques existantes. Il conclut : « Cette entreprise criminelle contribue aujourd'hui à sacrifier la santé des travailleurs des pays émergents où les conditions de vie et de travail, ainsi que les insuffisances des systèmes sanitaires, ne permettent aucune prévention et aucune enquête épidémiologique tant soit peu sérieuse. » ■

L'auteur déclare l'absence de conflit d'intérêt.

# A Paris, l'hôpital public étranglé

■ **Marie Kayser**, médecin généraliste

SHôpital, SMesures gouvernementales

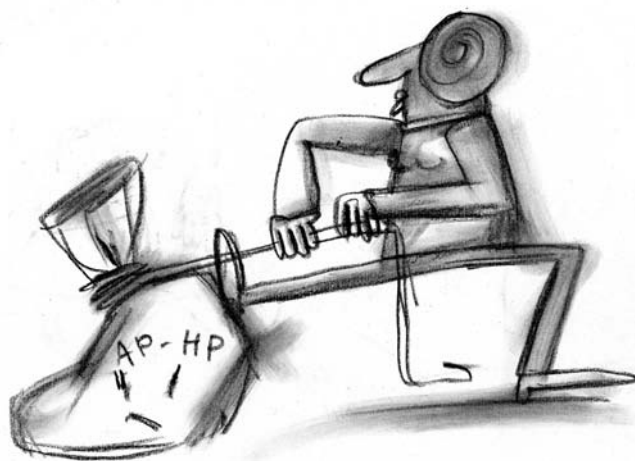
L'article « À Paris, l'hôpital public dénonce un étranglement financier délibéré » paru dans le journal *Le Monde* du 15 novembre 2008 est particulièrement intéressant.

Il rapporte que « L'ensemble des présidents des comités consultatifs médicaux (CCM) des quarante hôpitaux de l'AP-HP ont adressé une lettre ouverte à la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, pour dénoncer « l'étranglement financier délibéré » de leurs établissements. Représentant les 15 000 médecins de l'AP-HP, ces élus s'alarment des « restrictions budgétaires sans objectifs médicaux » qui aboutissent « à une paupérisation de nos hôpitaux et un découragement de l'ensemble des personnels qui y travaillent ».

La journaliste Cécile Prieur souligne que « l'initiative des présidents des CCM est d'autant plus notable qu'elle provient de médecins ayant tous accepté le principe de la gestion médico-économique qui s'impose désormais à l'hôpital : ils sont pour la plupart à la tête des nouveaux pôles (réunion de services pour mutualiser les moyens) et mettent en œuvre la tarification à l'activité (T2A, qui conditionne le financement des hôpitaux au nombre d'actes cliniques effectués). Mais l'enthousiasme des débuts a fait place au désenchantement »... ■

Voir l'article intégral sur le site du *Monde* :

[www.lemonde.fr/societe/article/2008/11/15/a-paris-l-hopital-public-denonce-un-etranglement-financier-delibere\\_1119081](http://www.lemonde.fr/societe/article/2008/11/15/a-paris-l-hopital-public-denonce-un-etranglement-financier-delibere_1119081)



# La relation volume-qualité des soins dans les hôpitaux

Marie Kayser, médecin généraliste

§Hôpitaux, §Aménagement du territoire, §Accès aux soins

Cette question se pose tout particulièrement en ce moment où le projet de loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) programme la concentration de l'offre hospitalière. L'argument « sécurité et qualité des soins » étant utilisé par les pouvoirs publics pour justifier la fermeture de services hospitaliers dont ils estiment l'activité insuffisante et économiquement coûteuse.

L'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé) a réalisé, à la demande de la Haute Autorité de Santé, une revue de la littérature des dix dernières années sur la relation entre volume d'activité et qualité des soins<sup>1</sup>. La grande majorité des études portent sur la chirurgie. L'association entre volume d'activité et qualité des soins est particulièrement bien démontrée pour la plupart des interventions cardio-vasculaires et pour la chirurgie lourde. Mais des critères modulent cette relation : plus l'intervention est complexe, plus la corrélation entre volume et qualité est affirmée ; pour la plupart des interventions, il n'existe pas de seuil d'activité unanimement accepté ; les études montrent que la relation volume-qualité n'est pas linéaire et peut devenir marginale au-delà d'un seuil parfois relativement bas ; l'influence du volume sur la qualité peut diminuer, voire disparaître au cours du temps pour certaines procédures, notamment à mesure que la maîtrise de cette procédure s'étend et que celle-ci se banalise.

La relation volume-qualité est en revanche « moins bien établie » dans les prises en charge non chirurgicales, comme les procédures obstétricales (accouchement et suites de couches) ou les

prises en charge médicales de pathologies à l'hôpital, les activités dans les centres de traumatologie ou les soins de ville. Même les études qui valident la corrélation volume-qualité tempèrent ce résultat en soulignant que cette corrélation est surtout vérifiée pour les cas complexes.

Même dans les cas où il y a corrélation, y a-t-il causalité ? L'IRDES note qu'il semble que l'effet d'apprentissage au niveau individuel (chirurgien) et au niveau de l'organisation collective explique une grande partie de la corrélation, mais qu'on ne peut réfuter l'hypothèse du « renvoi sélectif » selon laquelle les patients sont orientés vers les hôpitaux censés avoir les meilleurs résultats. Enfin l'IRDES souligne qu'il ne faut pas négliger les effets pervers possibles sur la qualité des soins d'une trop forte concentration d'activité.

L'étude de l'IRDES aboutit donc à des conclusions qui remettent en cause l'équation souvent faite entre volume d'activités et qualité des soins.

Par ailleurs, d'autres questions doivent être posées pour la mise en place d'une politique d'aménagement du territoire au service de la qualité des soins : conséquences, en termes de sécurité et de prise en charge, d'un éloignement des lieux d'hospitalisations ; conséquences en termes d'accès aux soins de la fermeture de services publics au profit de structures privées où les dépassements d'honoraires sont pratiqués couramment ? ■

1. *Questions d'économie de la Santé*, IRDES n° 135, septembre 2008.

« Volumes d'activité et qualité des soins dans les hôpitaux : quelle causalité ? »

[www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes135.pdf](http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes135.pdf)

# Les leaders d'opinion : le Formindep remonte au créneau

Marie Kayser, médecin généraliste

SMédicaments-firmes pharmaceutiques, SInformation médicale

Les leaders d'opinion sont ces « experts » qui interviennent dans les congrès scientifiques, les formations médicales, les rencontres d'associations de patients, la presse spécialisée ou grand public...

**L'utilisation de certains de ces leaders par les firmes pharmaceutiques est bien connue.** Cet article récent<sup>1</sup> du très sérieux *British Medical Journal* relate les propos d'une ancienne visiteuse médicale qui recrutait ces leaders pour l'industrie pharmaceutique. « Ce que nous mesurons, c'est le retour sur investissement en surveillant les prescriptions avant et après leur intervention. S'ils n'atteignent pas les objectifs attendus, nous ne les sollicitons plus. » « (...) Nous en avons désespérément besoin : beaucoup de médecins ne croient plus ce que leur disent les visiteurs médicaux, mais quand ils ont un leader d'opinion en face d'eux qui leur dit la même chose, alors ils le croient. »

**En France, l'action du Formindep<sup>2</sup> a obligé le gouvernement à publier en 2007 les décrets d'application de l'article 26<sup>3</sup> ;** ils obligent tout professionnel de santé qui s'exprime publiquement sur un produit de santé à déclarer ses liens d'intérêts avec les entreprises commercialisant ou fabriquant de tels produits. Cette obligation s'applique aux interventions professionnelles et dans les médias grand public, quel que soit le support. S'il n'en déclare pas, il est censé ne pas en avoir.

**Un an après, le Formindep lance une action<sup>4</sup> pour savoir quelle est l'application réelle de cette loi.**

– Le Formindep a relevé dans divers supports d'information les interventions de plus de 150 professionnels de santé, où ont été évoqués un ou plusieurs produits de santé, sans que ces professionnels ne déclarent de liens d'intérêts avec des entreprises.

Pour certains professionnels, les intérêts qu'ils ont avec des entreprises ont été découverts à travers les déclarations d'intérêts qu'ils ont faites auprès d'organismes officiels où ils sont « experts », ou dans des revues internationales pour lesquelles cette déclaration est obligatoire. L'absence de

déclaration d'intérêts dans leurs interventions semble donc en contradiction avec la loi.

– Pour les autres, le Formindep a écrit aux conseils départementaux des ordres professionnels qui sont les dépositaires légaux des contrats professionnels des médecins avec des tiers ainsi que des contrats des firmes pharmaceutiques avec les médecins. Il leur a demandé si l'absence de déclaration de liens d'intérêts des médecins signifiait effectivement leur absence de lien d'intérêt.

La diversité des premières réponses est intéressante : certains ordres précisent les liens d'intérêts du médecin concerné, d'autres répondent sur un mode plus ou moins ironique, d'autres s'indignent que l'on puisse douter de l'honnêteté des médecins, jusqu'à celui qui menace de poursuites judiciaires !<sup>5</sup>

– Le Formindep compte ensuite porter plainte auprès des ordres concernés contre les professionnels qui se sont exprimés sur un produit de santé sans déclarer leurs liens, et pour lesquels le Formindep a eu connaissance de leurs liens avec les firmes.

– Viendra une dernière phase d'information du public sur les résultats de cette action.

Cette action du Formindep est une action citoyenne qui, même avant la publication des résultats, nous interpelle tous : soignants, patients, médias et nous incite à la vigilance active. ■

1. « Les leaders d'opinion : experts indépendants ou représentants des firmes déguisés ? », Ray Monihan, *BMJ (British Medical Journal)*, 21 juin 2008.

2. Formindep : Collectif pour une formation et une information médicale indépendante au service des seuls professionnels de santé et des patients.

3. *Pratiques* 37-38 juin/juillet 2008 : une décision « hâtive » 5 ans.

4. Lire sur le site du Formindep l'intégralité de cette action : [www.formindep.org/spip.php?article186](http://www.formindep.org/spip.php?article186)

5. Ces réponses montrent à quel point il aurait été important que les parlementaires votent, dans la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2009, l'amendement sur la transparence obligeant l'Ordre à rendre publiques les conventions passées entre les médecins et l'industrie pharmaceutique (cf. l'actu de ce numéro : « Transparence de l'information, refus du parlement » p. 76).

# Transparence de l'information médicale : refus du parlement

Marie Kayser, médecin généraliste

SMédicaments-firmes pharmaceutiques, Sinformation médicale

Le Sénat, lors de l'examen du PLFSS 2009 (Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale) le 19 novembre, avait voté un amendement<sup>1</sup> à la loi sur la transparence de l'information médicale (Article L4113-13 du code de la santé publique) qui prévoyait que les conventions passées entre les médecins et l'industrie pharmaceutique seraient rendues publiques par l'Ordre des médecins<sup>2</sup>. Mesure proposée par l'Inspection Générale des Affaires Sociales dans son rapport de 2007 sur l'information des généralistes.

Le Formindep<sup>3</sup>, association citoyenne de patients et de professionnels de santé, avait lancé une mobilisation pour interpeller les élus afin qu'ils maintiennent cet amendement dans le texte de loi définitif et ne « laissent pas passer cette chance de mettre réellement en place les moyens de la transparence de l'information médicale ». Le Formindep rappelait : « cette possibilité accordée aux citoyens de prendre connaissance des liens d'intérêts des médecins avec l'industrie est une avancée considérable pour la transparence de l'information médicale, pour la qualité et le coût des soins qui en découlent, pour la vie

démocratique en général car l'impact des conflits d'intérêts dépasse largement le monde de la santé ».

Du fait de l'opposition de la ministre de la Santé et de l'influence du lobby pharmaceutique, cet amendement a été rejeté par la commission mixte paritaire des deux assemblées qui s'est réunie le jeudi 27 novembre 2008 pour finaliser la loi.

Alors qu'« en matière de santé, l'intérêt des patients et des professionnels de santé doit primer sur celui des firmes et de leurs actionnaires »<sup>3</sup>, à travers le rejet de cet amendement, les députés et sénateurs ont dit clairement au nom de quels intérêts ils agissaient.

La mobilisation citoyenne pour l'indépendance de l'information médicale va se poursuivre. ■

1. Amendement déposé par le sénateur François Autain et présenté par la sénatrice Isabelle Pasquet au nom du groupe communiste républicain et citoyen.

2. Voir l'article page 75 : « Les leaders d'opinion : le Formindep montre au créneau. »

3. Voir le dossier complet sur le site du Formindep <http://www.formindep.org/spip.php?article198>



# La loi protège le citoyen : lequel ?

■ **Didier Ménard**, médecin généraliste

§Accès aux soins, §Gouvernement

**Le gouvernement, prompt à réformer pour enfermer, ne l'est pas à légiférer pour faciliter l'accès aux soins.**

Un malade schizophrène fait une fugue hors de son hôpital. Il tue d'un coup de couteau un passant. C'est terrible de penser que l'on peut rencontrer sur son chemin une personne malade qui peut vous tuer. Le président Sarkozy réunit les ministres concernés et exige une loi pour réformer l'hospitalisation en psychiatrie. Connaissant la politique du gouvernement depuis ces dernières années, cela veut dire une loi qui enferme davantage. Le problème est complexe et nous savons que ce n'est pas la loi qui va résoudre le problème du suivi des malades schizophrènes. Mais il faut bien faire croire que le président et la loi protègent le citoyen.

Une femme sans papiers est atteinte d'une maladie grave. Elle a déjà été hospitalisée pour cette maladie. Etant sans papiers, elle ne peut travailler. Elle est hébergée par un de ses concitoyens. Comme elle a donné cette adresse lors de sa dernière hospitalisation, et comme elle ne peut payer le forfait hospitalier, le service de recouvrement de la dette réclame l'argent à son logeur, qui la menace de ne plus l'héberger si elle retourne à l'hôpital. Son état s'aggrave, elle finit par voir un médecin, mais il est trop tard, elle meurt dix jours après.

Ce sont les lois prises par le gouvernement actuel qui ont conduit à cette dramatique situation. Il faut donc, conformément à l'attitude adoptée pour le cas précédent, que le président Sarkozy réunisse à nouveau les ministres concernés pour « préparer sans délai une réforme en profondeur » (ce sont les mots du président) afin que les citoyens sans papiers ne meurent plus faute de soins. ■



# Une histoire simple d'exclusion sociale



■ **Didier Ménard**, médecin généraliste

S'Arrêt de travail, S'Bureaucratie

**Le parcours de soins imposé par la loi et les remparts de l'administration créent des situations où maladie est synonyme d'exclusion et d'humiliation.**

La Caisse d'Assurance Maladie participe à l'exclusion sociale.

Une femme de 42 ans travaille en tant que caissière dans une grande surface. Ce travail provoque une pathologie tendino-musculo-squelettique qui la marginalise dans l'entreprise avec, en plus, un syndrome de stress. Le médecin du travail l'adresse à une consultation spécialisée à l'hôpital. Le médecin hospitalier la soigne et prononce une prolongation d'arrêt de travail d'un mois.

D'un point de vue médical, rien à dire. D'un point de vue administratif, c'est l'erreur. En effet, la loi Douste-Blazy est passée par là et crée une formidable complexité du parcours de soins qui exclut souvent les plus malades, et cela en vue d'une finalité qui a démontré son ineptie. Cette femme, qui était donc en arrêt maladie, s'est vu notifier par sa caisse primaire qu'elle ne pourrait plus bénéficier de ses indemnités journalières car, Oh ! Sacrilège, le médecin hospitalier n'est pas le médecin traitant : le délit est constitué, la sentence prononcée : plus d'argent ! Comme cette femme habite avec ses trois enfants une cité de la banlieue et quelle est seule, ses réserves financières sont au plus bas et l'effroyable équation : « pas d'argent = pas manger », s'applique à la situation.

Informé, le médecin traitant se hâte de réparer le sacrilège et rédige un duplicata de l'arrêt de travail, expliquant que cet arrêt est, de son point de vue, justifié. Mais, et ce n'est pas un hasard, plus le parcours de soins est compliqué et injuste, plus la caisse primaire se protège. Elle a construit un rempart contre la communication : la plateforme téléphonique. Cet outil, qui ne permet plus la communication directe entre les médecins et le personnel administratif, a l'avantage pour la caisse de résoudre par l'annihilation ce type de problème. Il eût été plus simple de procéder comme

avant le système du médecin traitant, expliquant de vive voix la situation, ce qui aurait permis de réparer l'injustice faite à cette femme, qui n'avait fait que suivre les recommandations de ses docteurs.

A présent, pour elle qui, rappelons-le, est malade, c'est le parcours du combattant qui commence. Avec la notification de suppression de ses indemnités journalières et la lettre du médecin traitant, elle va tenter de trouver la personne qui l'écoute, qui comprenne la situation, qui agisse pour qu'elle puisse retrouver ses indemnités et faire ses courses...

Comme le médecin traitant est têtue, il ne va pas lâcher l'affaire, mais combien de personnes abandonnent et s'enfoncent ainsi davantage dans la marginalisation sociale.

Et de plus, comble de l'ignominie, au bas de la notification qui prononce la sentence, il est écrit en gras : « **toute personne qui ne respecte pas la réglementation s'expose à des sanctions** ». Nous savons bien que l'idéologie dominante, maintes fois répétée, hier encore par le président de la République, est de faire croire que tout malade est un fraudeur en puissance. S'ajoute ainsi, à l'exclusion des soins, la suspicion. Tout ceci serait justifié par le fait que la fraude entraînerait le déficit des comptes de l'Assurance maladie, ce qui est bien entendu faux et révoltant quand on sait combien l'Assurance maladie jette l'argent par les fenêtres – comme elle l'a fait pour le Dossier Médical Personnel qui vient de consommer plusieurs dizaines de millions d'euros pour rien – et dans des proportions terriblement plus massives que la fraude réelle.

Mais il est plus facile de culpabiliser les malades, surtout les plus faibles, que de bien gérer l'argent de la collectivité. ■

# Imposture, sentiment d'imposture et storytelling

Jean-Pierre Lellouche, médecin pédiatre

SMédicaments, firmes pharmaceutiques, SGouvernement, politique, démocratie

**A propos du vaccin promu comme « vaccin contre le cancer du col de l'utérus », une histoire simpliste, et de grandes incertitudes.**

Dans un éditorial du *Journal of epidemiology and community Health: Human papillomavirus (HPV) vaccination and the development of public policies, July 2008*, vol. 62, n° 7, Abby Lippman, professeur à l'université Mac Gill au Canada, dénonce les conditions dans lesquelles le Gardasil® a été diffusé et promu au Canada.

Sa critique très informée et très argumentée porte sur de nombreux points techniques, mais c'est d'abord une critique sur le fond.

Les infections à papillomavirus sont des maladies sexuellement transmissibles, leur prévention peut faire appel notamment à l'éducation sexuelle, à l'utilisation de préservatifs et au dépistage. Or, en deux ans, on a transformé cette histoire complexe et liée à d'autres phénomènes de santé en une histoire simple et autonome.

Les laboratoires ont inventé, selon la technique du storytelling, une histoire palpitante dans laquelle il y a une maladie redoutée (le cancer), un produit unique (le vaccin) et un résultat promis par un grand battage publicitaire : la prévention de ce cancer.

Dans cet éditorial qu'il faut lire complètement et attentivement, on apprend qu'en Australie, les autorités n'ont accepté le vaccin qu'à deux conditions : d'une part que le prix soit diminué et que, d'autre part, des assurances soient fournies au cas où l'on découvrirait qu'une injection de rappel est nécessaire.

Dans le journal du mois d'août de la même revue, MM. Porta et Coll de Barcelone dans une réaction intitulée « *Doubts on appropriateness of human papillomavirus vaccination : is evidence on public health benefits already available* » nous apprennent qu'en Espagne, 4 400 professionnels de santé et citoyens ont signé une demande de moratoire du vaccin. Ils dénoncent le fait que la décision de promouvoir le vaccin n'a pas été précédée par une étude : on ne sait pas combien il y a de cancers, on ne sait pas combien il y a de dépistages et quelles catégo-

ries d'âge sont concernées, on ne sait pas quels en sont les résultats, on ne sait pas non plus combien de cancers on pourra éviter par la vaccination, mais on fonce tête baissée dans cette seule direction.

Dans un essai sur « le sentiment d'imposture », Belinda Cannone (Calmann-Levy, 2005) distingue très nettement entre l'imposture et le sentiment d'imposture. L'imposteur trompe pour en retirer un bénéfice, mais le sentiment d'imposture est autre. C'est le sentiment que j'éprouve de n'être pas tout à fait à ma place, le sentiment que l'on me traite sans vraiment bien savoir qui je suis et ce sentiment s'accompagne de la peur d'être démasqué.

**« 4 000 professionnels de santé et citoyens espagnols ont signé une demande de moratoire du vaccin. »**

J'ai lu ces articles sur le vaccin HPV avec, en permanence, une pensée pour ces notions d'imposture et de sentiment d'imposture. Si je comprends bien, les dirigeants des laboratoires sont des imposteurs et les ministres de la Santé doivent avoir un sentiment d'imposture. Les premiers veulent vendre leur produit et pour cela, ils disent qu'ils sont très préoccupés par la santé du public, et dans ce cas-là, par le cancer, et qu'ils ont une arme dont l'efficacité est démontrée ; ce sont des imposteurs. Les ministres sont censés élaborer et mener une politique de santé après avoir réfléchi et consulté des personnes compétentes. Ils ont un bureau, un chauffeur, un salaire et tout se passe comme si l'on reconnaissait la valeur de leur travail. Mais ils savent que la décision ne leur appartient pas, ce sont les firmes qui organisent colloques, publications, et l'ensemble du storytelling. Les ministres de la Santé ont probablement un fort sentiment d'imposture. ■

L'auteur déclare l'absence de conflit d'intérêt.

# C'est juste pour un bilan

Laurent Huillard, médecin généraliste

§Ecoute, §Relation soignant soigné, §Formation continue

« J'avais demandé à votre associé une prise de sang, pour faire le point, je viens aujourd'hui pour qu'on voit ensemble les résultats. »

J'accueille cette femme d'une cinquantaine d'années dans mon bureau, je l'invite à s'asseoir, je lui explique qu'il n'y a pas d'anémie, que les valeurs du cholestérol sont normales, que la ferritine est un peu basse. Elle me parle de ses saignements, importants, en rapport avec un fibrome de l'utérus. Elle est suivie par un gynécologue. Je lui fais part de mes doutes quant au bénéfice d'un traitement substitutif à base de fer devant cette ferritine basse sans anémie ou microcytose associée. Elle propose d'enrichir son alimentation en fer et de manger plus d'épinards. Je cherche sur Internet une liste des aliments dont la teneur en

fer est conséquente et lui propose de lui imprimer cette fiche.

« Non, je peux le faire moi-même, aller sur Internet chercher ces informations », me répond-elle simplement.

Qu'attend-elle de moi ? J'ai le sentiment qu'elle souffre, mais cette souffrance n'arrive pas à se dire. Je l'emmène dans la pièce d'à côté pour l'examiner, dans l'idée qu'avec une prise de tension, une auscultation,

une position allongée sur la table d'examen, un toucher, une proximité nous aideront à faire sortir cette souffrance. Les mots ne viennent toujours pas. Elle me montre un petit grain de beauté qui l'inquiète. Elle voudrait consulter un dermatologue. Je la rassure quant à la probable bénignité de la lésion tout en accédant à sa demande de consultation spécialisée. Nous retournons dans le bureau. Je profite de la saisie sur ordinateur des données de l'examen clinique pour lui poser des questions sur sa vie, je me permets de dépasser doucement le cadre strictement médical. Je réitère ma question sur le pourquoi de cette demande de bilan.

« Je veux faire le point, j'arrive à un âge où... »

Je lui demande s'il y a eu des décès récents autour d'elle :

« Non, non... »

Je me sens sur la corde raide : est-ce que je fantasme cette souffrance ? Dois-je respecter son silence ? Suis-je trop intrusif ? Puis-je pousser un peu plus loin les questions ?

« Est-ce que vous dormez bien ? »

– Oui, oui, je dors bien... »

Puis je me lance,

« J'ai le sentiment que vous êtes souffrante... »

Alors les paroles viennent, avec des larmes :

« A chaque anniversaire, je ne sais pas ce qui m'arrive, depuis cinq, six ans, je ne suis pas bien... »

Puis elle me parle de sa mère, qui a subi une hystérectomie totale pour des fibromes qui saignaient, elle appréhende une éventuelle chirurgie elle aussi, elle me parle de son père qui a eu un cancer de la peau, elle me parle d'elle qui n'aime pas parler d'elle, qui ne trouve pas de lieu pour parler de son mal-être, qui ne se donne pas le droit d'être triste, de pleurer...

C'est juste pour voir des résultats, manière de dire que ce ne sera pas long, que je ne vous ferai pas perdre votre temps avec mes petits maux, avec mes petits problèmes...

J'avais du temps, je n'avais personne d'autre en salle d'attente, j'avais l'oreille aiguisée après le séminaire SFTG « psychothérapies et psychotropes » où il était question de ces « signaux symptômes » que sont les demandes de bilan et de chirurgie esthétique. Aller plus loin que la demande présentée, être attentif aux mots, mais aussi au regard, à la voix, à la posture, être à l'écoute, de l'autre et de soi-même, continuer d'aiguiser ses outils de soignants par la formation continue, par la remise en question, tels sont les enseignements de cette rencontre. ■

« J'avais l'oreille aiguisée après le séminaire SFTG où il était question de ces "signaux symptômes" que sont les demandes de bilan. »



# La psychanalyse guérit-elle ?

■ **Dominique Gaucher**, psychanalyste, membre de la Fédération des Ateliers de Psychanalyse

§Psychanalyse, §Ecoute, §Jeu invention, §Manipulation

La question de la guérison est un sujet de controverse parmi les psychanalystes, l'un d'eux fait le point.

## Une position qui fait débat

Le débat sur le concept de guérison, en ce qui concerne la psychanalyse, est principalement lié au cheminement de l'histoire clinique. Freud, au tout début de sa carrière, durant sa recherche sur l'hystérie, a été principalement préoccupé par la disparition des symptômes. A cette époque, il a recours, de façon plus ou moins convaincante, à l'hypnose. C'est lorsqu'il abandonne cette technique au profit de l'association libre, c'est-à-dire lorsque naît la cure analytique telle que nous la connaissons actuellement, que l'objectif de la psychanalyse change, passant de la guérison à la compréhension de causes psychiques profondes. Si la guérison n'est plus la finalité de la cure, elle n'en reste pas moins pour Freud une de ses préoccupations importantes. Dans des écrits plus tardifs, comme par exemple en 1937 dans *Analyse finie et analyse infinie*, Freud évoque abondamment les notions de « guérir », de « guérison » et de « guérison analytique ». Par la suite Lacan, doué pour les formules et dans une volonté d'imposer sa pensée, écrira « dans la cure analytique la guérison vient de surcroît ». Cette formulation bien trop elliptique a été entendue parfois comme si le processus de guérison était pour la psychanalyse subalterne, voire inintéressant, alors qu'elle précise que l'analyse a une autre visée et nous interroge sur la place que tient la guérison dans la cure analytique. En effet, mettre la guérison comme butée ultime de la cure serait retrancher la dimension subjective de l'analyse, c'est-à-dire oublier la raison d'être de la cure psychanalytique. Malgré cet éclaircissement et dans ce que l'on pourrait nommer un « après-coup », pour une grande partie des psychanalystes français, principalement lacaniens mais pas uniquement, le concept de guérison est tout de même un peu passé à la trappe. Il y a encore quelques années, évoquer la guérison au sein de certains groupes psychanalytiques était le meilleur moyen de se voir mis à l'index, parler de guérir ou de guérison était devenu en quelque sorte a-théorique.

Qu'en est-il aujourd'hui ? Alors que les temps ont changé, il faut bien reconnaître que pour un psychanalyste, parler en public de guérison reste toujours un exercice un peu scabreux. En effet, m'entretenir avec vous de guérison c'est déjà de

*facto* reconnaître une dimension thérapeutique à la cure analytique ce qui n'est pas encore partagé par tous mes confrères. Il ne faut pas s'étonner, par exemple, de voir Radmila Zygouris revendiquer dans son article paru dans la revue *Pratiques*<sup>1</sup> qu'elle « ne conçoit pas de psychanalyse qui ne soit thérapeutique ». Freud fut, à son époque, très clair sur ce point et, cependant, cette position fait toujours débat. La dimension thérapeutique de la psychanalyse est évidemment indéniable, encore ne faut-il pas rabattre la psychanalyse exclusivement sur cette dimension. La cure analytique, comme je l'ai déjà signalé précédemment, est avant tout un processus de subjectivation.

## Sortir de sa cachette

Un thérapeute qui ne reconnaîtrait à la cure analytique que cette dimension thérapeutique, c'est-à-dire qui ne viserait exclusivement que la disparition des symptômes, se trouverait à la place d'un technicien qui aidé de sa boîte à outils appliquerait un mode opératoire, toujours le même, afin

« Le concept de guérison est tout de même un peu passé à la trappe. »

de résoudre un problème préalablement diagnostiqué. Démarche totalement objectivante qui exclut de fait celle de l'analyse. Nous avons effectivement hérité de nos pairs d'une énorme boîte à outils derrière laquelle il serait parfois confortable de se cacher, mais n'est-ce pas dans cet héritage, si important soit-il, que réside le piège pour la psychanalyse de demain ? C'est pourquoi j'aime beaucoup la définition que Martin Cooperman donne de la psychanalyse et qui, en peu de mots, exprime bien mieux ce que je viens de dire. Il disait qu'« en analyse le patient vient avec ses symptômes, le thérapeute avec sa technique et, si les choses ne se passent pas trop mal, ils finiront tous deux par sortir de leur cachette ». Sortir de sa cachette... voilà peut être l'histoire de la psychanalyse : s'aventurer, tant pour le psychanalyste que pour le patient, sur un territoire inconnu et essayer à deux d'en tracer la carte<sup>2</sup>.

.../...

.../...

**Un biopolitique qui régimente**

Il est vrai que si aujourd'hui la question de la guérison se pose de façon de plus en plus pressante pour chacun d'entre nous, c'est que quelque chose dans nos sociétés, c'est-à-dire dans notre façon de nous penser, a changé. Guillaume Leblanc dit que « nous vivons un épisode supplémentaire de la normalisation mentale, dont le corollaire est la disciplinarisation des sujets précaires et le contrôle des populations fragiles »<sup>3</sup>. En effet, le politique n'intervient plus uniquement sur les liens entre l'individu et le groupe, mais pénètre au plus profond de la psyché individuelle. L'avènement du « biopolitique » représenté par une cohorte d'experts en tout genre et de leurs rapports<sup>4</sup> recouvre de plus en plus le politique qui se retrouve en position de construire ce que l'on peut nommer « une norme du bien-être ». Cette politique en modélisant, régimentant, stigmatisant, participe à l'aliénation de chacun d'entre nous et impose un modèle individuel de comportement idéal, c'est-à-dire désigne implicitement ce qui est pathologique, ce dont il est nécessaire de guérir. Si ce système peut se développer en Occident, c'est que le niveau de culpabilité individuelle a progressé de façon considérable. Réduire les « risques » ou « l'insécurité » n'est plus l'apanage exclusif des sociétés, mais également celui des individus qui la composent. Tout cela participe à cette nécessité de guérir de tout... guérir du vieillissement, guérir de la mort, voire même

parfois de son inconscient sous peine d'être disqualifié socialement. C'est sur cette demande de guérison absolue, je dirais létale, que s'appuie actuellement le politique pour revendiquer une exigence d'efficacité à la cure analytique. La psychanalyse répond en termes de désir, de liberté, de subjectivation. Dialogue entre sourds et malentendants.

**Des formes de guérison qui échappent**

A la question est-ce que la psychanalyse guérit ? Je peux répondre : oui cela arrive assez fréquemment, toutefois les formes que ces guérisons prennent sont parfois étonnantes et échappent, de fait, à toute évaluation comptable. Car en fin de compte tout dépend de ce que l'on appelle guérir.

Pour beaucoup, le fait de guérir est souvent pensé comme un retour en arrière, comme s'il était possible de revenir à un temps où le symptôme n'existait pas. C'est en quelque sorte dénier au symptôme sa capacité d'exprimer ce qui ne peut être parlé. Cette pensée, très répandue me semble totalement illusoire. En paraphrasant Françoise Davoine, je pense que « ce qu'on ne peut pas dire, on ne peut pas le taire »<sup>5</sup>. Par contre, comprendre le fait de guérir comme un processus qui nous emmène forcément vers un avenir, c'est-à-dire que guérir dans ce cas c'est accepter de n'être plus comme avant, de faire le deuil d'un état antérieur<sup>6</sup>. Alors effectivement, dans ce sens-



là, c'est-à-dire celui d'un processus dynamique, une acceptation de son histoire, d'un changement, ce que, me semble-t-il, Freud désignait sous le terme de « guérison analytique »... oui, dans ce sens là, la psychanalyse peut guérir.

Il faut bien reconnaître aussi que parfois, on ne peut pas répondre à la volonté de guérison de certains patients et même on ne le doit pas. Je pense en particulier à certains patients psychotiques qui, après de nombreuses périodes d'hospitalisation en HP, arrivent à se maintenir en vie socialement et aussi surtout affectivement, par le biais d'un faux self par exemple. Le bénéfice secondaire de ce symptôme, de cette organisation psychique singulière, permettra à ces personnes de revivre. C'est pourquoi dans ces cas bien précis, il serait criminel de vouloir faire disparaître un symptôme qui est, en finalité, l'endroit où s'est réfugiée la capacité d'être de ces personnes face aux attaques incessantes et à la fragmentation du moi qu'ils subissent. Et pour ces personnes, la psychanalyse guérit également, mais dans une autre dimension que celle normalement attribuée à ce terme.

#### L'enfant souffrant qui vivait en eux

Pour ce qui est du psychanalyste, une des questions importantes à se poser avant toute chose : qui guérit ? Il me semble évident qu'en finalité, c'est le patient qui « se guérit » et le thérapeute qui soigne. Cette dichotomie doit vraiment être claire pour chaque analyste. En tant que psychanalyste, je n'ai vraiment pas de volonté de guérir dans le sens où je ne suis ni chamane ni guérisseur, par contre j'ai celle d'être vigilant, de prendre soin de mes patients, de leur permettre, dans notre travail commun, de redessiner leur histoire personnelle, d'apporter d'autres réponses à leurs souffrances que celles qu'ils ont pu trouver jusqu'à présent.

**«Uen norme du bien-être... désigne implicitement ce qui est pathologique, ce dont il est nécessaire de guérir.»**

En conclusion, j'aimerais rappeler une singularité de notre pratique. Un psychiatre, pour exercer, n'a pas eu besoin d'être fou, un cancérologue n'a pas forcément développé un cancer, par contre un analyste a toujours été lui-même un patient. En effet, vous n'êtes pas sans savoir que chaque analyste a lui-même fait une analyse. Fréquemment, le désir de devenir psychanalyste n'est pas concomitant avec le début de l'analyse, ce désir vient dans le déroulement de la

cure. Pour une grande partie de ces psychanalystes, ils ont donc été un jour souffrants et ils ont fait une démarche pour guérir, même si parfois ce terme n'a jamais été employé. Ont-ils guéri ? Pour beaucoup d'entre eux, un peu oui, rarement complètement, mais ils ont découvert d'autres choses. Oh bien sûr, ils ont parfois donné sens à leur vie, mais surtout ils ont redécouvert et ils ont soigné, si tout ne s'est pas trop mal passé, l'enfant souffrant qui vivait en eux. Ils ont redécouvert cette volonté qu'a tout enfant de soigner ses parents, d'être, en citant Harold Searles, « un enfant pansement ». C'est dans cette redécouverte que réside peut-être cette capacité de prendre soin de nos patients. ■

1. L'envie de guérir, *Pratiques*, n° 33, avril 2006.
2. Territoire et carte, concepts empruntés à Radmila Zygouris dans son intervention « Le lien inédit » faite à Sao Paulo le 10/11/2000.
3. Franck Chaumont (dir.), *Psychanalyse : vers une mise en ordre ?*, La Dispute, Paris, 2006
4. Quelques exemples : le rapport Cléry-Melin sur la santé mentale, rapport INSERM sur les psychothérapies, rapport INSERM sur les troubles de conduites pour « dépister » les jeunes enfants potentiellement délinquants.
5. Françoise Davoine, Jean-Max Gaudillière, *Histoire et trauma*, Stock, Paris, 2006.
6. Etre souffrant ou l'avoir été est une expérience qui ne s'effacera jamais totalement. La trace de la maladie demeure toujours présente : l'organisme comme le psychisme en conserve la mémoire, ne serait-ce que sous la forme d'une cicatrice ou d'une zone de tristesse.

# Vers un rapprochement entre Soi et le corps imagé

■ **Cécile Estival**, doctorante en anthropologie à l'EHESS, Germes\*

\*Centre de recherche médecine, sciences, santé et société. UMR CNRS, EHESS, INSERM.

SDon, SÉcoute, empathie, relation soignant-soigné

**La prise et la visualisation des clichés d'imagerie médicale par un patient atteint d'un cancer peut remplir certaines fonctions et l'aider à surmonter son état de malade.**

Cet article <sup>1</sup> entend analyser le processus selon lequel il peut se produire, chez certains patients, un rapprochement entre Soi et le corps imagé. En effet, la visualisation des clichés d'imagerie médicale, dans le cadre d'une recherche sur les patients atteints d'un cancer, répond à une demande de la part de la moitié, environ, de ces malades <sup>2</sup>. Si donc, pour la moitié d'entre eux, il n'est pas nécessaire de les visualiser, pour l'autre moitié, les regarder remplit diverses fonctions, dont celle de réappropriation du corps et de reconstruction identitaire, que je me propose d'étudier ici. Pour analyser ces processus, il s'agira de distinguer deux temps : la prise du cliché d'imagerie médicale, puis sa visualisation.

## **Le corps comme objet de soins durant la prise des clichés**

Lors d'un examen d'imagerie médicale, aux yeux des patients (mais aussi pour les radiologues et manipulateurs en radiologie), le corps devient un objet de soins, ce qui peut les conduire à s'en sentir dépossédé. Ce ressenti se renforce encore lorsque le corps est entouré d'une profusion d'appareils d'imagerie médicale. M. Zimmermann dit à ce sujet que « "La machine du corps" n'est plus seulement métaphore, mais une expérience vécue, en réponse à la profusion d'appareils d'imagerie dans cette institution médicale, dont

l'expérience sensible abandonne au patient un corps pénétré des dispositifs technologiques » <sup>3</sup>. On retrouve dans son article les notions de « corps explorable », « corps révisable », « corps mécanique », bref, un corps étranger à soi, un corps Autre, un corps « non-soi ». Le contact avec les machines d'imagerie médicale conduit ainsi à un sentiment d'altérité du corps <sup>4</sup>.

Les propos d'une patiente, atteinte d'un cancer à la cuisse, mettent en lumière ce sentiment, qu'elle nomme « déshumanisation » : « Je me sens un peu déshumanisée. Je ne suis plus que malade. Il faut faire des interventions, il faut faire ceci, il faut faire

des trucs, et moi, je donne mon corps à disposition. Je suis obligée. » Cette même patiente se sent également dépossédée de son corps du fait qu'elle n'obtient pas ses clichés d'imagerie : « Ce que je n'aime pas ici, c'est que quand on les fait ici, je demande, même au niveau de la radio, quand je demande, on me dit rien. Et j'aimerais vraiment savoir. Ça, je trouve ça très désagréable parce que c'est comme si mon corps ne m'appartenait pas. Si mon corps m'appartenait, ils me diraient ce qui se passe et là, le fait qu'ils me disent "non, on ne le dit pas à vous. C'est le médecin qui va vous le dire", c'est comme si c'était la propriété du médecin. Il va donner le résultat au médecin et c'est le médecin qui va décider ce qu'il va me dire ou pas. Je trouve ça insupportable. »

Le fait que le médecin ait davantage de renseignements la concernant lui paraît être la marque d'une dépossession de son corps. Dès lors, la question de la réappropriation du corps par les clichés se pose.

## **La réappropriation du corps par les clichés**

S. Fainzang a montré en quoi le fait de ne pas oser demander des informations sur leur maladie est lié, chez les patients, au sentiment de dépossession de leur corps. Elle écrit : « (...) de nombreux patients se conduisent comme si leur corps ne leur appartenait plus, dès lors qu'ils sont entre les mains des médecins. » <sup>5</sup>

Cette analyse se vérifie notamment chez le patient qui suit, atteint d'un cancer du péritoine, pour qui, justement le fait de s'informer auprès du médecin est jugé normal puisqu'il s'agit de son corps : « J'ai toujours voulu savoir, connaître et poser des questions. Je veux être au courant de ce qui se passe et c'est mon corps, ça m'appartient, je suis concerné. »

La demande d'informations conduit le patient à se sentir dans une moins large mesure dépossédé de son corps, ce qui semble particulièrement vrai en ce qui concerne ses clichés d'imagerie puisqu'il s'agit justement de son corps sous une certaine forme (imagée).

« **Le corps devient un objet de soins, ce qui peut conduire à s'en sentir dépossédé.** »

Le discours tenu par la patiente citée précédemment est encore davantage explicite : « Plus tard, ce qu'on m'a dit, je finis petit à petit par me le réapproprier à moi, c'est moi, c'est mon corps. (...) Et puis si quelqu'un a l'image de mon corps, moi, je veux l'avoir aussi. Il n'y a pas de raison que quelqu'un ait plus d'infos sur moi que moi-même. C'est important. Encore une fois, j'ai l'impression d'être dépossédée de mon corps sinon. »

Les propos de ces patients convergent avec ceux d'un radiologue : « Il y a le patient à qui on donne l'image qui, quand-même, matérialise l'examen qu'il vient de passer, c'est-à-dire que c'est une image, un CD, etc., la matérialisation de son examen, le sens que ça peut avoir pour lui. Il se réapproprie son corps, d'une certaine façon. Il a la capacité de récupérer ce qui est à lui, ces fameuses images qui sont de lui. C'est la conception que j'ai de la réappropriation par le support qui est l'image entre ses mains plutôt que quand elle part dans les réseaux. (...) Je reste persuadé que pour le malade, ça a un intérêt : il se réapproprie et c'est un élément d'échange et de parole. »

**« Le patient, en échange de son corps objet de soins, désire recevoir de la part du médecin ses clichés, qui permettent à ce corps de redevenir corps intime. »**

A mon sens, le terme « échange » est à considérer sous deux aspects : il peut être employé en tant que signifiant un échange communicationnel. Le cliché constitue alors un outil de discussion entre le médecin et le patient. Mais il peut également renvoyer au verbe échanger en tant que recevoir quelque chose en contrepartie d'autre chose. Pour comprendre cette deuxième acception, l'étude de M. Mauss sur le système de don et de contre-don peut être mobilisée<sup>6</sup>. En effet, les règles sociales veulent qu'un don induise un contre-don. Son étude porte sur l'observation des sociétés qu'il appelle « arriérées » ou « archaïques », par conséquent, il s'agit, dans sa recherche, de n'en reprendre que le contenu essentiel qui est l'échange de dons. En effet, il ne s'agit pas ici de rivalité entre le médecin et le patient ni de l'obligation de surpasser son partenaire, condition de prestige et de conservation de son autorité. Néanmoins, comme le dit M. Mauss, « présenter quelque chose à quelqu'un, c'est présenter quelque chose de soi »<sup>6</sup>. Or, les différents entretiens réalisés avec les patients semblent bien révéler ce souhait selon lequel le patient, en échange de son corps à la médecine (qui constitue « quelque chose de soi ») en tant qu'objet de soins, désire recevoir de la part du médecin ses clichés,

qui permettent à ce corps de redevenir corps intime. Cela nous amène à penser que rendre les clichés constitue un contre-don que le médecin se doit d'effectuer (selon certains patients) suite au don que le patient a fait en rendant disponible son corps, en s'en « dépossédant ». Pour M. Mauss : « On comprend clairement et logiquement qu'il faille rendre à autrui ce qui est en réalité parcelle de sa nature et substance »<sup>6</sup>. Faire don de son corps en tant qu'objet de soins peut donner lieu à un contre-don de la part du médecin par la restitution des clichés, qui favorisera la réappropriation du corps intime, « effacé », « disparu » lors des examens d'imagerie médicale.

#### **Clichés et reconstruction identitaire**

Les clichés représentaient relativement souvent, pour les patients, un document incompréhensible. Néanmoins, beaucoup de patients y accordent un certain intérêt, qui peut se porter sur le corps ou sur la pathologie. Certains patients y voient, cela dit, une reproduction de soi, de leur corps interne : « Je peux dire que c'est presque comme une photographie. C'est une reproduction de ce qu'on est et de ce qu'on a. » Les propos de ce patient mettent en évidence le fait que le cliché montre le corps interne : « ce qu'on est », ainsi que la pathologie : « ce qu'on a ».

Les discours de certains patients témoignent du fait que le cliché représente bien une image de soi, de son propre corps, à l'opposé du discours de certains autres qui voient en leurs clichés l'image d'un corps anatomique. Une patiente, atteinte d'un cancer des ovaires, qualifiera ses clichés « de photos vedettes » : « C'est mes photos vedettes ! Parce que c'est moi, je suis à Hollywood ! (rires) »

Une autre patiente, atteinte d'un cancer du sein, et pour qui la visualisation des clichés est largement souhaitée, se reconnaît en ses clichés : « Oui, tout à fait, je reconnais mon corps. Je suis cambrée en plus. C'est ma cambrure de déesse ! (rires) C'est vraiment ça ! »

**« Les patients qui se reconnaissent en leurs clichés, qui les considèrent comme des images de soi, ... sont ceux qui accordent le plus grand intérêt à leur visualisation. »**

Dans ce cas précis, une particularité physique favorise la reconnaissance de soi sur ses clichés, car il se distingue du corps anatomique qui semble commun à tout individu. De la même manière, l'image pathologique peut faciliter un rapprochement entre soi et le corps imagé. A cet égard, M. Zimmermann parlera du caractère « réel » du cliché d'imagerie en ce sens que le patient verra

.../...

.../... certaines particularités dans cette image qui renverront « à la singularité de son être ». Le patient « sait que la radiographie est sienne » car les formes corporelles renvoient « à son "vrai" soi (esprit, pensé, sentiments et affects) »<sup>7</sup>. Plus encore que des particularités physiques, M. Zimmermann fait référence à des particularités identitaires, mentales, ce qui est perceptible dans l'expression employée par une patiente citée ci-dessus : les « photos vedettes ».

Les entretiens réalisés auprès des patients permettent d'établir une corrélation entre le processus de reconstruction identitaire par les clichés et l'intérêt que les patients leur portent. En d'autres termes, les patients qui se reconnaissent en leurs clichés, qui les considèrent comme des images de soi et donc, pour qui il se produit un rapprochement entre soi et le corps imagé, sont ceux qui accordent le plus grand intérêt à leur visualisation. L'identité du patient – donc de l'individu – se retrouve ici à travers les clichés.

La restitution des clichés aux patients favorise le processus de réappropriation du corps intime (alors qu'il était un corps objet de soins durant un examen médical – d'imagerie ou non) et constitue, à cet égard, un contre-don. Les clichés peuvent permettre également une reconstruc-

tion identitaire, au sens où ils sont une reproduction de soi (reconstruction favorisée lorsqu'il s'agit d'images pathologiques ou montrant une particularité physique). Je préciserai toutefois que cela ne concerne qu'une frange de patients et que pour un certain nombre, le corps imagé représente un corps anatomique, commun à tous, se présentant sous une forme morcelée et qui, à cet égard, constitue un corps autre, à distance de soi, mais qui n'est pas sans susciter de questionnements tant l'image médicale met à distance quelque chose qui ne l'est pas : le corps. ■

1. Cet article est une partie de ma recherche doctorale, soutenue financièrement par l'Institut national du cancer et le CNRS.
2. Sur un total de 92 patients, atteints de différents cancers.
3. M. Zimmermann, *Le jeu avec les ombres : médecine, maladie et expérience esthétique*, thèse d'anthropologie sociale et ethnologie, EHESS, 2004, p.197.
4. M. Zimmermann, « Expérience esthétique et guérison : le secret des images qui "soignent" », *Ethnologie française*, XXXVII, 2007, 1, p. 125-134.
5. S. Fainzang, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, PUF, 2006, p.81.
6. M. Mauss, *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, 1999 [1950].
7. M. Zimmermann, *op.cit.*, 2004, p.235.

#### Bibliographie

- Fainzang S., *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, PUF, 2006.
- Mauss M., *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, 1999 [1950].
- Zimmermann M., *Le jeu avec les ombres : médecine, maladie et expérience esthétique*, thèse d'anthropologie sociale et ethnologie, EHESS, 2004.
- Zimmermann M., « Expérience esthétique et guérison : le secret des images qui "soignent" », *Ethnologie française*, XXXVII, 2007, 1, p.125-134.

# La fiction, le soin et l'amie anglaise

■ Dominique Louise Pélegrin, journaliste et écrivain

§ Ecoute, empathie, relation soignant-soigné

Un jour, un de mes amis écrivains me parle d'une nouvelle qu'il est en train d'écrire. Ça commence bien, dit-il, mais arrivé à un certain point, je suis bloqué. Il me raconte :

Le narrateur est un homme divorcé qui part pour un long voyage en compagnie de ses deux fils. Son ex-épouse s'étant montrée défaillante, il se trouve contraint d'aller à l'aéroport avec sa voiture et de la laisser pour plusieurs semaines dans un parking ruineux. Cet épisode le met dans une colère qui le surprend lui-même. Tandis que l'avion décolle, il découvre que sa voisine de siège est une de ses amies anglaises. Il lui raconte longuement ce qui vient de lui arriver...

A partir de là, dit mon ami, je ne sais pas où aller. Son récit, tout en nuances et en passions sous-jacentes, a un charme que mon résumé ne restitue évidemment pas. Je lui dis qu'à sa place, je développerais la relation de séduction amorcée entre le narrateur et l'amie anglaise : un homme drague une femme, devant ses mômes, au-dessus des océans, en racontant avec insistance une histoire de bagnole et de parking ruineux...

Mon ami me coupe.

– Tu es folle, je ne peux pas faire ça, que dirait son mari ?

– Mais c'est une nouvelle !

Je suis abasourdie. Il m'explique que dans l'écriture de fiction – traducteur réputé, il a publié plusieurs romans – il ne connaît que deux cas de figure :

– Soit j'invente tout, soit j'invente rien. Dès le départ. Après, je ne peux plus changer. Là, tout est vrai, je ne peux pas...

Je comprends soudain quelque chose. Pour moi aussi, ce dictat : « J'invente tout ou j'invente rien »

existe, mais il se situe autrement : comme journaliste, j'invente rien, dans la fiction, j'invente tout. J'invente tout ! En fait, ce qui m'intéresse dans l'écriture de fiction – et aussi dans mon travail d'animation d'ateliers d'écriture – c'est justement ce formidable « j'invente tout », dans son outrecuidance, sa malhonnêteté fondatrice, et si accessible : il suffit de changer les noms et quelques détails pour déployer des territoires inexplorés, ouvrir des fenêtres qu'on n'avait pas vues.

Pour autant, je ne dirais pas que l'écriture est une thérapie.

Si mon ami se laissait aller à ce « j'invente tout » ravageur, même assorti d'un secret « en fait, je

**« Car le vrai thérapeute, s'il y en a un dans le jeu de l'écriture de fiction, c'est ce tiers absent, le lecteur. »**

n'invente pas tant que ça », il pourrait non seulement écrire sa nouvelle, mais parallèlement, sans l'avoir voulu, découvrir quelque chose, peut-être, sur ses vraies souffrances de divorcé, de père, son vrai amour pour la traversée des océans et des langues, son vrai désir pour sa copine anglaise... A moins, autre hypothèse, qu'il s'agisse dans toute cette histoire de me draguer moi, l'auditrice et lectrice potentielle, en me prenant à bord du récit, séduite et abandonnée au charme de l'histoire qui commence.

Car le vrai thérapeute, s'il y en a un dans le jeu de l'écriture de fiction, c'est ce tiers absent, le lecteur, à qui s'adressent ces « j'invente tout, j'invente rien » entremêlés d'un « mais vous n'en saurez rien et moi non plus d'ailleurs » parfaitement libérateur. ■

# Lire aux enfants à haute voix

**Jean-Pierre Lellouche**, médecin pédiatre

SEnfant, périnatalité

Il est bon de lire aux enfants et il est bon de leur lire à voix haute. Tout le monde le sait, mais il n'est pas sûr que tout le monde en tienne compte autant que ce serait souhaitable. E. Duursma et coll. ont publié dans *Archives of disease in childhood*, 2008 93 n° 7, p. 554-557 un article intitulé « *Reading aloud to children : the evidence* ».

L'intérêt de cet article est d'envisager méthodiquement tous les aspects de cette question et de démontrer, point par point, les effets bénéfiques de cette lecture. Démonstration totalement convaincante et appuyée sur une abondante bibliographie (quatre-vingt-deux ouvrages et articles).

**« Tous les enfants ne bénéficient pas de ces lectures, et les personnes les plus défavorisées et celles qui ne maîtrisent pas bien la langue lisent peu. »**

Un enfant auquel on lit a plus de vocabulaire et plus de compétence linguistique. De plus, un enfant auquel on lit à trois ans sera plus demandeur, plus préparé et tirera un plus grand bénéfice des lectures qui lui seront faites à quatre ans. Par ailleurs, le fait pour un parent de lire à voix haute est l'occasion d'une situation de grande proximité de complicité et s'intègre parfaitement à la préparation à l'endormissement. Pourquoi faut-il dire et redire ces évidences ?

Parce que, selon les auteurs, tous les enfants ne bénéficient pas de ces lectures, et que les personnes les plus défavorisées et celles qui ne maîtrisent pas bien l'anglais (les populations hispanophones notamment), lisent peu.

Tous les articles se terminent par une rubrique où les auteurs doivent dire s'ils ont ou non des « conflits d'intérêt ». A cette question à laquelle il est d'usage de répondre non, les trois auteurs répondent « Oui, nous avons des intérêts dans cette question, nous sommes tous les trois consultants payés du réseau ROR. »

ROR (*Reach Out and Read*) qui pourrait se traduire par « saisis-toi d'un livre et lis » a été fondé en 1989 au Boston City Hospital avec le but d'inciter les soignants à promouvoir la lecture aux enfants de la part des parents. Il a été démontré que le fait de prêter ou de donner des livres avait des résultats très nets.

Cette expérience me conduit à m'interroger : y a-t-il en France des expériences analogues ? Doit-on attendre des hôpitaux et des services de pédiatrie qu'ils s'engagent en ce sens ? Cette incitation à la lecture doit-elle être « sauvage » et spontanée, chacun incitant les parents à lire à leur enfant ? Et, à la limite, la caissière de Carrefour posant systématiquement aux parents la question : « Lisez-vous à vos enfants ? » Est-ce le rôle de la PMI ? Est-ce le rôle de l'école ? Les bibliothèques et les bibliothécaires ont-ils un rôle à jouer ? Faut-il coordonner les différentes actions ? Faut-il les évaluer ? ■



# IRM, écoute, méthodes objectives et maladie subjective

Jean-Pierre Lellouche, médecin pédiatre

§Écoute, empathie, relation soignant-soigné. §Pratique médicale

Entre écouter ce que raconte le patient de sa maladie, de son histoire, et utiliser l'imagerie médicale, comment le soignant choisit-il, et pourquoi ?

Lorsqu'un malade est hospitalisé, on lui constitue un dossier médical. Dans ce dossier, il y a d'une part une observation relatant notamment l'histoire de la maladie et, d'autre part, des comptes-rendus d'examen biologiques et des radiographies, échographies scanners et IRM.

Il y a trente ou quarante ans, avant le développement des examens radiologiques modernes qui sont indolores, faciles à pratiquer et qui donnent souvent des résultats précis, on ne disposait que de moyens d'exploration lourds, dangereux et ne donnant que des résultats très imparfaits.

Lorsqu'un enfant avait une céphalée, on avait le choix entre ne pas faire d'exploration radiologique complémentaire (cas de très loin le plus fréquent) ou faire une artériographie carotidienne ou une encéphalographie gazeuse. Aujourd'hui, on peut faire de nombreux examens indolores et sans danger, que l'on peut répéter au besoin.

Il est banal de constater que si la médecine a énormément progressé en ce qui concerne les examens complémentaires, elle n'a pas autant progressé en ce qui concerne le recueil et la prise en compte de l'histoire de la maladie. Peut-être même n'a-t-elle pas progressé du tout. Peut-être même a-t-elle régressé. Pourquoi ?

Prenons l'exemple d'un enfant ayant une céphalée. Si on l'interroge, on va apprendre qu'il a mal à la tête depuis Noël, mais il n'en est pas sûr, ça a peut-être commencé trois mois plus tôt ou deux mois plus tard. Il dira qu'il a mal au dessus de l'œil droit et qu'il a envie de vomir, puis il nuancera ou se contredira. Il dira les jours où il est optimiste que sa douleur n'est pas très vive, qu'elle est supportable, qu'elle ne dure pas longtemps et qu'il est bien soulagé par les médicaments antalgiques, et les jours où il est pessimiste, il racontera une histoire un peu ou beaucoup différente.

L'interrogatoire ne fournit donc pas un matériau « scientifique », c'est-à-dire précis, invariable, reproductible à l'identique. Ce matériau est variable lors de son émission, il est variable aussi selon les particularités de l'observateur-récepteur.

En revanche, une échographie, une IRM sont des documents plus objectifs.

Lorsque l'on écoute l'histoire de la maladie, on apprend des choses utiles et des choses moins utiles. On peut apprendre des secrets de famille ou bien des événements dont l'enfant et sa famille ont honte. Il y a un risque de se découvrir voyeur indiscret, dérapant d'une position de médecin à celle de confident, voire de complice.

Quand un médecin parle d'un malade à un autre médecin, et notamment à son supérieur hiérarchique, il a deux ordres de messages à lui fournir : ceux qui relèvent du domaine de l'objectivité (comptes-rendus d'examen biologiques, IRM etc.) et sur ce plan, il n'y a pas de problème. Tout interne fournira à tout chef de clinique les mêmes résultats biologiques et les mêmes IRM. Dans ce domaine n'entre aucune subjectivité, ni celle du patient, ni celle du premier médecin, ni celle du deuxième.

**« L'IRM apparaît comme un objet clairement défini, l'histoire de la maladie est toujours à compléter, à nuancer. »**

Pour ce qui est de leur échange relatif à l'histoire de la maladie, la situation est très différente. Tout d'abord, l'interne donne à voir au chef de clinique une IRM, cette IRM existe et elle est la même pour les deux, en revanche lorsqu'il lui raconte l'histoire de la maladie, le deuxième médecin peut avoir envie de vérifier ou de préciser par lui-même. L'IRM apparaît comme un objet clairement défini, nettement délimité, l'histoire de la maladie est toujours à compléter, à nuancer, à réévaluer.

Allons un peu plus loin : lorsqu'on me montre une IRM, je me dis que c'est une radiographie effectuée chez un malade parce qu'il est malade. Je n'ai aucune raison de me sentir concerné intimement par ces ventricules cérébraux ou par telle image corticale. Je peux d'ailleurs regarder cette IRM loin du malade. En revanche, quand on me raconte une histoire dans laquelle il y a des frères et sœurs, de la rivalité et des désirs, un échec scolaire et un adultère et bien d'autres choses, je suis en présence du malade et de son histoire.

.../...

.../...

Celle d'« un homme fait de tous les hommes et qui les vaut tous et que chacun vaut ». Une histoire qui me concerne.

Pourquoi donc l'histoire de la maladie occupe-t-elle une place si réduite dans le champ médical ? Je donnerai mes réponses brièvement, de façon à inviter chacun d'entre vous à s'exprimer pour réfuter, nuancer, ou enrichir les hypothèses proposées.

1. Ecouter une histoire et la retranscrire prend du temps.
2. Ce à quoi l'on aboutit est « imparfait ».
3. Ecouter le malade expose au risque de se découvrir un peu voyeur et de s'égarer d'un professionnalisme pur.
4. Ecouter le malade et s'interroger sur sa dynamique, sur sa « gestion » de sa peur, de sa honte, de ses particularités biographiques peut conduire le médecin à s'interroger lui-même et pour ce qui le concerne sur ces mêmes éléments.
5. L'IRM et les autres techniques recherchent des signes objectifs. Le malade est exploré du dehors, il est un objet passif. Le recueil de l'histoire de la maladie n'est possible que s'il parle, s'il s'exprime. Dans ce cas, il cherche à participer avec le médecin à l'élaboration d'une œuvre commune.
6. Dans la partie objective de son travail, le médecin a un rôle de technicien. Les rôles sont très clairement définis. Il y a d'une part le malade avec sa maladie et son IRM, et d'autre part le médecin qui n'a pas d'IRM et qui donc peut être rassuré : il n'est pas malade.
7. Dans un service hospitalier, lorsque les médecins s'en tiennent aux aspects objectifs, ils sont des techniciens, leur histoire personnelle, leurs

idéologies, leurs désirs, tout cela n'intervient pas ou peu et leur âge non plus ne compte pas. Une IRM sera lue de la même façon par un étudiant, un très jeune médecin ou un médecin proche de la retraite.

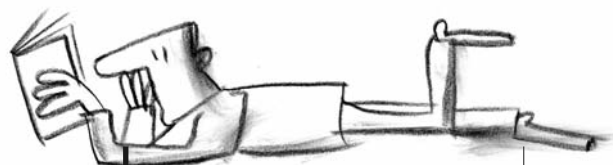
Dans la vraie vie, ce sont des mortels prenant de l'âge ayant ou non des soucis familiaux, vivant des événements douloureux ou agréables, chacun n'étant pas identique à tous les autres. Dans la vie technique, ils ne forment qu'un seul

**« Ecouter le malade et s'interroger sur sa dynamique, sur sa « gestion » de sa peur, de sa honte, de ses particularités biographiques peut conduire le médecin à s'interroger lui-même. »**

corps : « le corps médical ». Un corps qui n'a pas d'âge ni de soucis, un corps qui traite les malades comme des objets, ou plutôt, qui privilégie dans son exercice les aspects objectivants.

8. L'histoire d'une maladie est une histoire complexe, subtile, continue, les examens radiologiques sont des images qui représentent des instantanés, des « arrêts sur image » de la discontinuité. Une façon de nier que le temps passe et que chaque individu, médecin ou non médecin, est voué à la mort ?
9. L'IRM met en jeu la vision : l'histoire de la maladie met en jeu l'écoute.

La vision est agressive, « masculine », instantanée, maîtrisable de l'ordre du tout ou rien. L'écoute est plus lente plus tâtonnante, incertaine, plus humble. On comprend pourquoi elle se fait de plus en plus rare. ■



INous avons vu pour vous.

■ Sur le film de Laurent Cantet, *Entre les murs*.

Le film de Laurent Cantet *Entre les murs*, reconnu par une palme d'or au festival de Cannes 2008, nous ouvre un énorme champ de questionnements politiques, autant par son contenu que par sa réception. Tiré de l'ouvrage de François Bégaudeau relatant son expérience d'enseignant en collège, il est très loin d'être une simple adaptation. Là en effet où le livre, centré sur le personnage de l'enseignant-narrateur, exposait complaisamment, avec une ironie parfois méprisante, ce vécu tiré vers l'autodérision, le film, au contraire, évite le piège narcissique et affiche clairement, par le biais de la fiction, sa position documentaire.

Mais ce qui pose problème est précisément ce qu'il documente. Et ce qu'il documente, c'est une situation d'obstruction totale à la transmission. Une situation dans laquelle l'institution scolaire, lieu vecteur par excellence d'une possibilité d'égalisation des chances par un accès commun au savoir, est devenue au contraire un lieu de reproduction sociale et de discrimination. Vers la fin du film, une élève qu'on n'a quasiment pas entendue, une de celles qui n'ont pas participé au festival de saillies et de réparties qui émaille le scénario, vient trouver le prof en train de ranger ses affaires à la fin du dernier cours de l'année, et lui dit timidement : « Mais moi, Monsieur, je n'ai rien appris cette année ». Et elle ajoute : « Je ne veux pas aller en filière professionnelle ».

Tout est dit. Et là, on se rend compte que ce à quoi l'on vient d'assister pendant une heure et demie n'est pas la comédie des joutes oratoires, mais la tragédie d'une situation sociale bloquée, où tout est mis en place pour que ce soit en effet vers la filière professionnelle, celle qui donnera accès aux professions les moins valorisées, que soient dirigés ces élèves dont la vivacité et l'intelligence n'ont pas cessé de nous sauter aux oreilles, en même temps que leur ignorance des acquis culturels qu'il faut manipuler pour pouvoir valoriser ce potentiel.

Tout, en effet, dans ce film, paraît mis en place pour que l'institution puisse, en toute impunité et en toute logique, conduire droit à l'échec ceux dont elle a la charge : une administration veule, des enseignants impuissants et perpétuellement culpabilisés, une situation d'incommunicabilité. *Entre les murs* ne dresse pas seulement des murs autour d'une institution qui n'a plus de prise sur la réalité sociale, mais aussi entre les acteurs de l'institution : une salle des profs où chacun tourne en rond sur lui-même, une salle de cours où jamais ne se produit le déclic d'un éveil. Mais, contrairement à ce qui se passait dans *Ressources humaines*, le précédent film de Cantet, à aucun moment la critique sociale ne vient animer le constat de déréliction. Le film nous montre, en train de s'autodétruire, ce qui est devenu, par une forme de partage qui reconduit et véhicule impunément les partages raciaux, l'école post-coloniale de la discrimination. Il ne nous montre pas une autre réalité : celle d'une lutte politique, au quotidien, pour éviter ce naufrage. Un ouvrage, *De la Destruction du savoir en temps de paix*, (Corinne Abensour, Bernard Sergent, Jean-Philippe Testefort, Edith Wolf, Mille et une nuits), paru en 2007, nous donne une analyse serrée de cet enjeu politique de l'éducation. ■

**Christiane Vollaire**



Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

## L'heure de nous-mêmes a sonné

— Aimé Césaire, *Cahier d'un retour au pays natal*, Editions Présence africaine, juillet 2000.

Ce livre est le hurlement d'un « grand poète noir »<sup>1</sup>, un torrent après la pluie tropicale, la montagne Pelée crachant du soufre et « des mots de sang frais, des mots qui sont des raz de marée et des érisipèles et des paludismes, et des laves, et des feux de brousse, et des flambées de chair... », des mots écrits à l'aube du pétainisme triomphant<sup>2</sup>. Ouvrez un soir ce cœur qui saigne, vous ne le refermerez qu'au dernier mot, au bout du petit matin, vous serez submergés, alors seulement vous aurez connu ce qu'est « le prototype de la dignité »<sup>1</sup>.

Aimé martèle le fer rouge : « au bout du petit matin bourgeonnant d'anses frêles les Antilles qui ont faim, les Antilles grêlées de petite vérole, les Antilles dynamitées d'alcool, échouées dans la boue de cette baie, dans la poussière de cette ville sinistrement échouée ». Entre les champs de cannes ondulant sous les alizés, les cadavres humains aux plaies boursoufflées et les chiens aux ventres gonflés jonchent les chemins creux, et renvoient au ciel, au-delà des cimes des flamboyants, les effluves de la mort coloniale.

Nous apercevons, « au bout du petit matin », leitmotiv de ces pages, les résignations d'un peuple créé au milieu de la souffrance, son repli mortifère ou sa subordination assimilationniste, qui ne sont que « corde autour du cou du pendu », mais aussi ses haines féroces et ses démenes précoces revendiquées, « parce que nous vous haïssons, vous et votre raison » (...) « accommodez-vous de moi, je ne m'accommode pas de vous ». Ainsi parle Aimé Césaire aux colons et son peuple se tient debout derrière lui, dans la pénombre : « et nous sommes debout maintenant, mon pays et moi... dans une voix qui vrille la nuit et l'audience comme la pénétrance d'une guêpe apocalyptique. Et la voix prononce que l'Europe nous a pendant des siècles gavés de mensonges et gonflés de peste ». Tout est dit.

Et la France des tortionnaires, de l'OAS<sup>3</sup>, des négationnistes, des politiciens, de ceux qui sont persuadés des effets positifs de la domination totale, de s'entêter dans la décivilisation, l'ignorance et l'abrutissement... Quand lèverons-nous enfin les yeux de notre nombril pour reconnaître sans passion ni culpabilité les crimes des français qui nous ont précédés ? L'occasion est passée, en cette année de la mort du nègre martiniquais (1913-2008), mais la métropole n'a pas entendu le chant de son poète. Pourtant, Aimé Césaire nous chuchote à l'oreille que « l'œuvre de l'homme vient seulement de commencer... et aucune race ne possède le monopole de la beauté, de l'intelligence, de la force et il est place pour tous au rendez-vous de la conquête ».

Césaire, homme politique, soigna ses plaies et celles des Antilles en traitant la question sociale tout en redonnant aux descendants d'esclaves leur dignité humaine. « L'heure de nous-mêmes a sonné »<sup>4</sup>, lance t-il aux communistes français. Entendons « le nègre fondamental et vertical » chanter « sa parole belle comme l'oxygène naissant »<sup>1</sup>. Entrons dans son chant universel « riche de tous les particuliers », pour nous transformer et changer la vie. Césaire Aimé, dormez en paix dans votre île, vous laminaire bercé par les vagues. L'utopique revue salue votre mémoire... Savez-vous que le nègre métis que l'on dit post-racial a pris l'Amérique... au bout du petit matin du 5 novembre 2008 ?

Patrick Dubreil

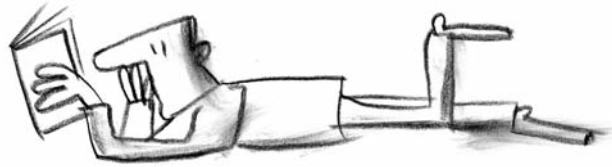
1. André Breton, préface à l'édition de 1947.

2. En 1941, en Martinique, le régime de Vichy censure la revue

*Tropiques* fondée par Aimé Césaire et remplace les élus de couleur par des békés, les descendants de colons.

3. Organisation de l'armée secrète, partisane de l'Algérie française.

4. Lettre de démission du Parti communiste français, d'Aimé Césaire, le 24 octobre 1956, à Maurice Thorez.



Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

— Coordonné par **Christophe Niewiadowski** et **Pierre Aiach**, **Lutter contre les inégalités sociales de santé : politiques publiques et pratiques professionnelles**, Editions Presse de l'EHESP, octobre 2008.

Ce livre fait suite à la tenue d'un colloque à Lille en janvier 2007, lui-même fruit de plusieurs années de travail et de rencontres d'équipes de différents pays européens sur ce sujet. Dans le domaine complexe des inégalités sociales de santé, on comprend l'importance de conjuguer les points de vue du psychologue, du sociologue, de l'épidémiologiste et du démographe ; cette recherche interroge les politiques publiques, la gestion du système de santé et, bien sûr, les pratiques professionnelles des acteurs de terrain. Les inégalités sociales de santé recouvrent l'ensemble des écarts de morbidité et de mortalité entre groupes sociaux qui occupent des positions hiérarchisées, que ce soit dans l'échelle des professions, des revenus, de l'accès aux savoirs ; cela pourrait aussi être selon le lieu de naissance dans ou hors métropole, ou à l'étranger (Didier Fassin) : les personnes les plus vulnérables socialement cumulent les plus grands risques d'altération de la santé au cours d'une vie plus brève. Il y a une corrélation statistique, mais les auteurs interrogent également la position subjective des individus : quel sens confèrent-ils à leur histoire, à leur singularité, et aux situations qu'ils vivent ? Cela est également socialement déterminé (Philippe Bataille).

L'épidémiologie ne suffit pas à cerner et à comprendre la pérennisation des inégalités sociales de santé et ne rend pas compte des phénomènes liés à l'organisation sociale et à la culture des individus, d'où l'intérêt d'un dialogue entre épidémiologistes et socio-anthropologues (Catherine Herbert).

Les politiques publiques concernées ne recouvrent pas seulement celles qui orientent le système de soins et le système de protection sociale, mais aussi celles qui contribuent à produire des inégalités. Pour ce qui est des pratiques professionnelles, il s'agit de celles des professionnels de santé, mais aussi des travailleurs sociaux, des décideurs et des acteurs des dispositifs de soins et de prévention.

La deuxième partie de l'ouvrage est consacrée à l'étude des différences de situation dans différents pays européens, France, Royaume-Uni et Allemagne. La nécessité d'une politique de lutte contre ces inégalités est perçue de manière variable, et les approches sont bien différentes. Margaret Whitehead identifie trois approches différentes : la première centre son approche sur les plus

pauvres, la seconde vise uniquement à réduire la différence entre les plus déshérités et les plus privilégiés, la troisième enfin vise à réduire les inégalités de santé dans toute la population. Les choix dépendent de la conception, individualiste ou sociale de la santé publique, du poids des différents acteurs sociaux, et des choix politiques. En France, le choix a clairement été fait de « lutte contre l'exclusion », dans les années 90, avec des réalisations importantes (la CMU), de la lutte contre le chômage, mais en laissant de côté la croissance des inégalités sociales. Avec un objectif de réduction des dépenses sociales et, en particulier, des dépenses de santé. Pierre Aiach montre avec efficacité l'incompatibilité entre la lutte contre l'exclusion, qui met ensemble tous les « inclus » sans hiérarchie, et la notion d'injustice sociale et d'inégalités sociales.

Les cas particuliers du cancer (Josette Brassart, Christophe Niewiadowski) et de la santé mentale (Lise Demailly) occupent la troisième partie : exemplaires pour le cancer, les écarts de morbidité et de mortalité sont particulièrement accentués entre catégories socioprofessionnelles. Et, les études le montrent, il ne s'agit pas de consommation individuelle de toxiques, mais bien de conditions de travail délétères, et d'un accès aux soins tardif et de moindre qualité. La thématique de la santé mentale pose des problèmes inédits du fait des bouleversements de la société « salariale », de l'augmentation des personnes isolées et « désaffiliées » : les problèmes psychiques ne pouvant être séparés, et donc traités en dehors de la souffrance sociale.

Les inégalités sociales de santé apparaissent comme particulièrement injustes et iniques : elle sont bien davantage le produit des inégalités sociales de nos sociétés que des données « naturelles », dépendant de la chance ou la malchance du capital de santé à la naissance. Or c'est bien plus difficile dans des travaux scientifiques, ou dans des actions militantes, de peser sur cette injustice que de lutter sur des choses concrètes comme le salaire ou les conditions de travail. Ce livre donne des éléments concrets à partir desquels le lecteur peut suivre l'analyse, la réflexion et les propositions dans un domaine décidément plus complexe que l'action de « soigner » ou de « prévenir ». —

**Martine Devries**



Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

— Alexis Spire, *Accueillir ou reconduire, Enquête sur les guichets de l'immigration*, Editions Raisons d'agir, octobre 2008.

Voilà un livre, clair et concis, qui se place du côté inhabituel du guichet : du côté du fonctionnaire. Au nom de la « maîtrise des flux migratoires », les gouvernements successifs ont fait durcir les lois et construit une politique en trompe-l'œil : respecter les droits fondamentaux, mais déléguer aux fractions subalternes de l'administration le soin de rendre ces droits inopérants.

Alexis Spire a fait une enquête qui concerne un service d'attribution de visas dans un consulat de France en Afrique, des services des étrangers en mairies et en préfectures en France, et également des directions départementales du travail pour les services de la main-d'œuvre étrangère. Il a notamment travaillé comme vacataire dans un service de sous-préfecture. Il en retire quelques constatations intéressantes : ces services sont toujours « dévalorisés » du point de vue de l'administration, du fait du public accueilli, les conditions de travail y sont plus difficiles, le personnel, y compris les cadres, moins qualifié. Les personnels qui y travaillent n'ont jamais choisi ce type de poste, mais ont atterri là par manque de choix. Ils sont loin d'être racistes, l'auteur les classe en trois catégories : « les entrepreneurs de morale », les « réfractaires » qui ne le restent pas toujours, et les indifférents. Ils ne reçoivent pas de formation spécifique, ni même la formation habituelle des fonctionnaires « au guichet », concernant l'accueil et la gestion de conflits. Leur formation se fait sur le tas, en se modélisant sur les anciens, et en se nourrissant de l'air ambiant, des circulaires, et des choses « vues à la télé », sans distinguer la plupart du temps ce qui relève du droit, de ce qui découle de normes bureaucratiques. L'auteur constate une évolution de la position des fonctionnaires, de défenseur de l'intérêt national à la lutte contre les abus qui menaceraient le système social français. Dans tous les cas, ils ont un sentiment d'incarner l'Etat, et une latitude de décision, qui n'est pas officielle, mais qui existe, et qui compense leur manque de considération et les limites de leur carrière. De plus, l'obligation de « faire du chiffre », l'absence de traducteurs, la rhétorique de la fraude, la division du travail, tout cela impose un raisonnement fondé sur la gestion du dossier et non sur la qualité de l'accueil.

Au-delà du fonctionnement de l'administration chargée de l'immigration, ce travail permet de comprendre comment la politique de contrôle devient un instrument de l'Etat, dans d'autres domaines : le contrôle des bénéficiaires de prestations sociales, le contrôle des malades, utilise des moyens analogues, et se nourrit de la même manière, de la déstabilisation des agents de l'Etat. —

**Martine Devries**

Numéros disponibles

**Numéros à 12,20 € (sauf le numéro double 14/15) + 1,50 € de frais de traitement**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| N° 1 : La société du gène                  | N° 11 : Choisir sa vie, choisir sa mort            | N° 19 : La vieillesse, une maladie ?<br>(épuisé)               |
| N° 2 : La souffrance psychique<br>(épuisé) | N° 12 : L'information et le patient                | N° 20 : La santé des femmes                                    |
| N° 3 : Penser la violence                  | N° 13 : La médecine et l'argent                    | N° 21 : Le médicament, une marchandise<br>pas comme les autres |
| N° 4 : Santé et environnement              | N° 14/15 : Profession infirmière<br>(prix 16,80 €) | N° 22 : La santé, un enjeu public                              |
| N° 5 : La santé au travail                 | N° 16 : Les émotions dans le soin<br>(épuisé)      | N° 23 : Ils vont tuer la Sécu !                                |
| N° 6 : Sexe et médecine                    | N° 17 : Des remèdes pour la Sécu<br>(épuisé)       | N° 24 : Le métier de médecin généraliste                       |
| N° 7 : La responsabilité du médecin        | N° 18 : Quels savoirs pour soigner ?               | N° 25 : Hold-up sur nos assiettes                              |
| N° 8 : La santé n'est pas à vendre         |  | N° 26 : L'exil et l'accueil en médecine                        |
| N° 9 : L'hôpital en crise                  |  | N° 27 : Faire autrement pour soigner (épuisé)                  |
| N° 10 : Folle psychiatrie                  |  |  |

**Numéros à 14 €, sauf à partir du numéro 36 (prix nouvelle formule : 16 €) + 1,50 € de frais de traitement**

- |  |                               |   |
|--|-------------------------------|---|
| N° 28 : Les pouvoirs en médecine                             | N° 31 : Justice et médecine   | N° 34 : Autour de la mort, des rites à penser |
| N° 29 : Réforme de la Sécu : guide pratique de la résistance | N° 32 : Le temps de la parole |   |
| N° 30 : Les sens au cœur du soin                             | N° 33 : L'envie de guérir     |   |



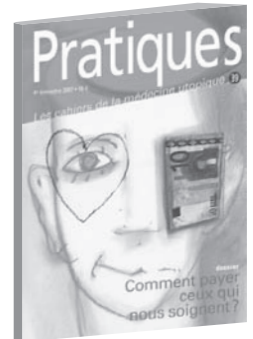
N° 35 : Espaces, mouvements et territoires du soin 14 €



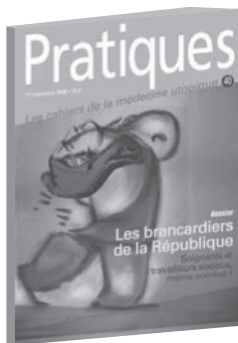
N° 36 : La place des sciences humaines dans le soin 16 €  
(épuisé)



N° 37/38 : Des normes pour quoi faire ?  
Prix : 25 € (épuisé)



N° 39 : Comment payer ceux qui nous soignent ?  
16 €



N° 40 : Les brancardiers de la République  
16 €



N° 41 : Redonner le goût du collectif  
16 €



N° 42 : Les couples infernaux en médecine  
16 €



N° 43 : Réécrire le soin, un pari toujours actuel  
16,50 €

Il est possible d'acheter les numéros 16, 17, 19, 27, 36 et 37-38 épuisés sous forme de fichier .pdf, il vous suffit pour cela de télécharger le bon de commande sur notre site à l'adresse : [www.pratiques.fr/bulletin-de-commande-des-numeros.html](http://www.pratiques.fr/bulletin-de-commande-des-numeros.html) et de nous le renvoyer avec votre règlement.

Nom ..... Prénom .....

Profession .....

Adresse .....

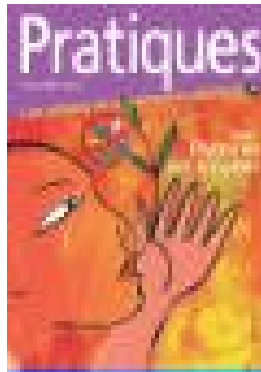
Code postal ..... Ville .....

Tél. .... Fax .....

E-mail .....







Chère abonnée, cher abonné,

Vous disposez ici de la version électronique de votre abonnement à 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 facilement à cette page, il vous suffit de cliquer sur le N° de page.

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 N° 44

Mot Clé	Page
§Accès aux soins	70
	74
	77
§Accueil, ouverture, disponibilité	54
	6
§Adolescent, Jeune	6
	91
§Alcool	59
§Aménagement du territoire , Décentralisation, Soignants/territoires	74
§Arrêt de travail	78
§Assurance maladie	69
§Autisme	57
§Bureaucratie	78
	94
§Collectif	59
	54
§Don	84
§Droit des patients, information	28
§Ecoute, empathie, Relation soignant soigné	53
	29
	65
	66
	48
	57
	67
	25
	28
	30
	46
	80

§Ecoute, empathie, Relation soignant soigné	84
	87
	81
	89
§Enfant, Périnatalité	53
	62
	48
	51
	88
§Environnement, Pollution, santé environnementale	72
	93
§Fiction, imaginaire	66
	48
	54
	67
	25
	30
	46
	91
	92
§Formation initiale, Formation continue	29
	30
	71
	80
§Franchises	71
§Gouvernement, politique, démocratie	12
	79
§Hôpital, réforme hospitalière	73
	74
§Hospitalité	65
	67

§Immigration, Sans papiers	62
	37
§Immigration, Sans papiers	94
§Inégalités, Exclusion sociale,	37
	6
	91
	93
§Infirmière, infirmier	60
§Information médicale, dossier médical	76
§Jeu, création, invention	51
	25
§Langage	53
	12
	29
	59
	66
	62
	51
	54
	67
	37
	28
	33
	17
	6
§Maladies professionnelles, santé au travail	73
§Manipulation	12
	17
	81
§Marché	17
§Médecin généraliste	29
§Médicament, firmes pharmaceutiques	69

§Médicament, firmes pharmaceutiques	75
	76
	79
§Mutuelle, mutualisme, mutualité	69
§Orthophoniste	51
§Pharmacien	69
§Pratique médicale	28
	46
	89
§Protection sociale	17
§Psychanalyse	48
	25
	33
	81
§Psychiatrie, santé mentale	59
	57
§Racisme	92
§Ressenti, émotion	30
§Revenu, Rémunération soignants, à l'acte, forfaitaire	70
§Santé publique	72
	73
§Sujektivité	66
§Surveillance, contrôle, fichage	37
§Théâtre	57
§Transmission, transgénérationnelle	62
§Travail, Conditions de travail	33
	73
§Violence	12
	65
	92