

La clinique inqualifiable

Nous ne pensions pas que nous aurions un jour à défendre chaque geste de notre métier. Nous ne pensions pas que la pertinence d'un arrêt de travail prescrit au terme d'une consultation pourrait être remise en cause sur simple avis d'un « confrère », désigné à cet effet, sans qu'aucun examen clinique du patient ne soit effectué. Nous ne pensions pas qu'un employeur pourrait payer des médecins pour contrôler de cette façon des personnes malades. Nous ne pensions pas non plus qu'il y aurait des médecins pour le faire. Nous n'avions pas imaginé ce monde, où il n'y aurait plus que des fraudeurs et des abusés, des contrôleurs et des contrôlés.

Nous étions loin de nous douter que la douleur ne pourrait plus s'évaluer que sur une échelle de 0 à 10 et que l'usure du corps serait un jour une plus-value, avec à la clef des bonus pour la retraite.

Nous ne pensions pas qu'il y aurait un jour des médecins pour afficher dans leur salle d'attente « pas de CMU ici » et pour assumer ouvertement leur refus de soins à une partie de la population. Nous ne savions pas qu'un jour tous nos patients relevant de soins psychiatriques seraient sur liste d'attente, sans aucune chance de rencontrer un psychiatre pratiquant des honoraires conventionnés. Nous ne savions pas que des traitements pourraient être donnés sous la contrainte, que les malades suicidaires seraient invités à se présenter aux urgences pour parler chaque jour à un médecin différent, la relation médecin-malade n'étant plus considérée comme un préalable indispensable aux soins.

Nous ne savions pas que la tarification à l'activité des hôpitaux publics nous interdirait de garder un malade alcoolique à l'hôpital s'il n'était pas l'objet d'un ACTE médical tarifé comme une fibroscopie. Accompagner un sevrage, surveiller l'émergence d'un syndrome dépressif grave et autres pratiques de la clinique médicale ordinaire sont sans valeur tarifaire et n'autorisent pas à poursuivre l'hospitalisation. Nous ne pensions pas que les malades opérés, toutes catégories confondues, pourraient désormais rentrer chez eux au bout de quarante-huit heures. Nous ne savions pas que le corps humain avait changé à ce point.

Nous ne savions pas que des ingénieurs, des cabinets conseils, des consultants improvisés seraient à même de prévoir, de mesurer, d'évaluer les situations de souffrance psychique au travail rebaptisées à leur intention « RPS ou risques psychosociaux. » Nous n'avions pas imaginé qu'on combattrait ces risques en distribuant des « tickets psy » aux travailleurs en détresse, afin qu'ils s'intègrent dans l'organisation du travail.

Nous ne savions pas qu'une rupture de tendon s'appelait une TMS ou Trouble Musculo Squelettique, et nous nous demandons toujours, d'ailleurs, ce que le squelette vient faire dans cette histoire. A moins que ces appellations contrôlées ne permettent de figer le vivant dans une entité pseudo scientifique, à distance du corps humain.

Nous ne savions pas que faute de prévisions adaptées et de volonté politique, les gynécologues, les psychiatres, les médecins du travail devraient être remplacés par les médecins généralistes. Nous ne savons toujours pas qui remplacera les médecins généralistes.

Nous ne savions pas que ce qui fait l'essentiel de notre activité clinique était non tarifable, et que, de cette façon, elle deviendrait un jour invisible et inqualifiable. Nous n'avons rien trouvé de mieux que de la qualifier, encore et encore, de la restituer et de la partager à travers les textes d'une revue, car seuls les mots peuvent nous sauver d'une destruction aussi certaine et aussi radicale.

Noëlle Lasne, médecin

L'imagerie médicale a de très forts impacts en termes cliniques, sociopolitiques et esthétiques, jusque dans ses dimensions les plus innovantes.
Comment construire une distance critique qui interroge le pouvoir de l'image ?

10 Yves Trémorin, photographe

1. Quels bouleversements dans la pratique médicale ?

12 Alain Quesney

Au chevet de la clinique
Quelques histoires de clinique pédiatrique, un décryptage imagé...

14 Didier Ménard

La radio est normale

15 Didier Ménard

Dessine-moi ma douleur
Traduire en dessins la maladie du patient pour lui donner du sens.

16 Cécile Estival

Incidences
Corps physique, corps imagé, quand les techniques conduisent à des changements culturels.

18 Laurent Verzaux

De la radiographie à l'imagerie médicale
Malgré l'évolution technologique, l'image n'est que le reflet d'une réalité physique.

20 Chandra Covindassamy

Image ou signe ?
Entre soumission et libération, le regard d'un psy sur l'imagerie médicale.

21 Marie Kayser

Imagerie médicale au quotidien
Une généraliste parle de son cheminement avec ses patients, de la prescription au résultat.

22 Luc Rotenberg

Le sein et son image :
l'esprit et la raison
Technique d'imagerie et humanité du médecin, les réflexions d'un radiologue.

23 Chandra Covindassamy

Un regard oriental

24 Martine Lalande

La mammographie en question
Mammographie, tout voir pour tout prévoir ? Les limites de la prévention.

26 Jean-Pierre Lellouche

Sylvie Cognard

Mireille Brouillet

Incidentome
Quand le médecin découvre quelque chose qu'il ne cherchait pas...

28 Sylvie Cognard

L'angoisse de Sidonie

29 Sylvie Cognard

Doute et images

Sylvie Cognard

Elisabeth Maurel-Arrighi

Voir ou ne pas voir

30 Anne Perraut Soliveres

Nuit étoilée et diamant
Quand des images poétiques accompagnent la vie.

2. Quels enjeux socio-économiques ?

32 Pierre Volovitch

A la Cour des Comptes
À partir d'une analyse comptable fine, le rapport de la Cour des Comptes interroge la politique de santé.

35 Anne Perraut Soliveres

Le radiologue et le fric

36 Robert Lavayssière

L'image, l'imageur, le patient et son médecin
Un radiologue souligne l'importance de la relation en imagerie médicale.

39 Jean-François Werner

« La tache aveugle »
Les enjeux dévoilés par l'introduction des techniques d'imagerie médicale en Afrique.

42 Noëlle Lasne

De cette image

43 François Robin

Radio et expertise
Un médecin expert met l'accent sur la place singulière de l'imagerie dans l'expertise médicale.

44 Yveline Frilay

Les faiseurs d'image
Evelyne Malatterre
La mauvaise foi rend aveugle

45 Noëlle Lasne

Les amputations invisibles
Un médecin du travail dévide le fil des traces du travail sur le corps.

47 Jean-François Martini

Servir la politique d'expulsion
Un juriste du GISTI attire l'attention sur l'instrumentalisation de l'imagerie médicale.

3. Quels impacts sur la représentation du corps ?

50 Marie-Christine Pouchelle

Robotique et chirurgie au Japon
Imagerie médicale et mangas, les développements de la robotique au Japon.

54 Jean-Philippe Masson

Informatique et téléradiologie
Le stockage informatique des images et le diagnostic à distance par téléradiologie sont-ils des progrès ?

les images ?

- 55 **Didier Ménard**
Le cabas des radios
- 56 **Rémy Potier**
Enjeux psychiques de l'image
Quelles implications psychiques entraîne le fait de « voir l'intérieur de soi » ?
- 57 **Didier Ménard**
Les pom-pom girls de la médecine
- 58 **Christiane Vollaire**
Dr House versus Mr T.
Le vécu du corps ne peut se réduire aux signes lus sur un scanner.
- 61 **Nathalie Féton-Danou**
La trop belle image
Images de peau, photographiées, idéalisées, fantasmées.
- 63 **Gérard Chazal**
Violences et images du corps
De l'anthropologie criminelle à la représentation mercantile du corps, l'image fait violence.
- 66 **Entretien avec Annick Parent par Valérie Soria**
Provoquer le regard sur le cancer du sein
Des femmes exposent leurs corps à un seul sein, marquées mais non victimes.
- 67 **Anne Perraut Soliveres**
Intérieurs
- 68 **Eric Hamraoui**
Cœur intensif
L'image du monde vue par un enfant opéré du cœur : naissance d'un philosophe.
- 71 **Daniel Tiran**
C'est moche
Photographier un enfant handicapé contraint à choisir le portrait le plus « normal ».
- 72 **Monique Sicard**
Corps transparents, esprits nouveaux
Les images de l'intérieur du corps, inventions du vingtième siècle, médium de la relation en médecine.
- 75 **Lisa**
Le champ du signe

MAGAZINE

4 COURRIER DES LECTEURS

Anne Vincent-Buffault – **A propos de l'article d'Alain Brossat**
Benoît De Sarcus – **A propos de l'article d'Amina Kirsh Yamgnane**

5 **Nouvelles de la diffusion** : Parrainages : le choc !

6 IDÉES

Entretien avec Monique Sicard

L'image décryptée

Monique Sicard, compagne de route de Pratiques depuis vingt ans, montre que l'image n'est pas une simple empreinte, mais un objet fabriqué, qui est source de dialogue et de création.

77 ACTU

Martine Devries – **AME : taxer les plus que pauvres**

Marie Kayser – **Génériques menacés en Inde**

Bernard Meslé – **Centre Simone Veil**

Martine Lalande – **L'hôpital rejette son réseau**

Marie Kayser – **La grippe : les faits, l'analyse, les remèdes**

84 SANTÉ MENTALE

Eric Bogaert

Le secteur psychiatrique, fin ?

86 SANTÉ ET SOCIÉTÉ

Sylvain Allemand

Un lieu bien pensant pour bien penser le prendre soin

89 SANTÉ ET SOCIÉTÉ

Alain Quesney

Alertez les bébés

90 REVUE DE REVUES

Jean-Pierre Lellouche

Humiliation de santé publique

91 BILLET D'HUMEUR

Bertrand Riff

Vaccination H1N1

93 NOUS AVONS LU POUR VOUS

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

L'esprit de Philadelphie, La justice sociale face au marché total d'Alain Supiot,

Le Réveil de Ly-Thanh-Hue,

Le désespoir amoureux de la vie – L'anorexie, un mystère galvaudé

de Brigitte Giraud.

■ **A propos de l'article d'Alain Brossat,
« Platon et la biopolitique », paru dans le n° 50**

L'article de Brossat est bien articulé, comme tout ce qu'il fait en bon commentateur de Foucault et du concept de biopolitique. La démonstration que les grecs ne se souciaient pas de la biopolitique qui n'était pas inventée est imparable et remet bien en place une certaine historicité de notre notion de vie. Mais il est un peu trop philosophe à mon goût.

C'est-à-dire qu'il ne se réfère qu'à Platon, sans s'intéresser vraiment au statut des femmes sur lequel les travaux de Nicole Loraux, de Claude Mossé de Virginie Pantel-Schmitt me semblent essentielles. C'est elles qui donnent naissance à des citoyens tout en étant exclues de la citoyenneté : la citoyenneté des athéniens est fondée sur l'exclusion des femmes (*L'invention d'Athènes* Nicole Loraux).

Quelques pistes en vrac. Dans la tragédie, les femmes se plaignent de leur condition domestique, tandis que les maris vont s'amuser à faire la guerre avec leur amis : il est question des douleurs de l'accouchement dont elles se plaignent « Je préférerais lutter trois fois sous le bouclier que d'accoucher une seule » dit une femme (Euripide). Aristophane imagine même, dans *Lysistrata*, une comédie grecque antique, écrite en 411 av. J.-C., les femmes faisant la grève du sexe, afin de raisonner leur mari pour établir la paix entre les cités : « Pour arrêter la guerre, refusez-vous à vos maris. » Les femmes qui pleurent la mort de leurs enfants sont toujours soupçonnées de verser de fausses larmes. Bref, dans les tragédies grecques, c'est nettement plus croustillant et conflictuel que Platon et il y aurait sans doute une autre lecture de la procréation pas contradictoire avec celle de Brossat, mais qui interrogerait davantage l'imaginaire politique de la cité antique sur les femmes et leur pouvoir de donner naissance. —

Anne Vincent-Buffault,
historienne

■ **A propos de l'article d'Amina Kirsh Yamgnane,
« Pour une obstétrique humaine », paru dans le n° 50**

Très bien cet article. Elle dit très bien les choses. Je ne connaissais pas le GIP (Groupement d'intérêt Public) en Belgique, je vais me renseigner.

La pression sur la rentabilité des hôpitaux est tout à la fois le seul véritable aiguillon pour opérer des changements profonds dans la manière d'organiser les soins en France et la pire des choses, parce que s'il est assez simple de tracer et d'évaluer la partie technique de notre métier, le relationnel et l'humain, c'est difficile à comptabiliser. Tout le monde le dit, mais ça ne change rien parce que cet argument sert aussi à justifier toutes les situations de rente, toutes les féodalités, tous les conservatismes.

Ce qu'elle dit est très intelligent et positif. Le changement dans les maternités viendra de la demande des femmes et des couples. Et la T2A organise la mise en concurrence des services hospitaliers de même spécialité de manière impitoyable. —

Benoît De Sarcus,
gynécologue-obstétricien chef de service de la maternité de Nanterre (92)



Parrainages : le choc ! L'ABONNEMENT À 30 €

Parrainez, pour 30 € seulement, les personnes de votre choix.
Cette offre, qui met l'abonnement à moitié prix, vous est accessible
aux seules deux conditions suivantes :

- Il vous faut souscrire simultanément deux abonnements ;
- Vos filleuls doivent n'avoir jamais été abonnés à *Pratiques*.

Faites découvrir la revue à vos proches : *Pratiques* a besoin de vos abonnements,
mais votre entourage a peut-être, lui aussi, besoin de *Pratiques* ?

Marraines et parrains, à vos stylos !

Bulletin à photocopier ou à détacher et nous renvoyer

> Je suis

Nom Prénom

Profession

Adresse

Code postal Ville

Tél. : Fax :

E-mail :

> J'abonne

1^{re} personne

Nom Prénom

Profession

Adresse

Code postal Ville

Tél. : Fax :

E-mail :

2^e personne

Nom Prénom

Profession

Adresse

Code postal Ville

Tél. : Fax :

E-mail :

Les formules disponibles	Papier	Electronique et papier
L'abonnement classique de 1 an, pour 4 n° soit 50 % de réduction par rapport à l'achat au numéro	30 €	30 + 15 = 45 €

Je joins : mon chèque pour les deux abonnements à l'ordre de *Pratiques*, 52 rue Gallieni, 92240 Malakoff
et j'ai bien noté qu'une facture me sera adressée à réception de mon règlement.

L'image décryptée

Entretien avec **Monique Sicard**, Chercheuse au CNRS

Propos recueillis par **Martine Lalande** et **Anne Perraut Soliveres**

SHistoire SArt SImages, imagerie médicale SPouvoir médical

Pratiques : Vous travaillez avec la revue Pratiques depuis une dizaine d'années, particulièrement avec une rubrique que vous aviez créée avec Patrice Muller, intitulée « Images du corps ». Comment vous êtes-vous intéressée à cette question ?

Monique Sicard : A l'origine, je suis agrégée de biologie, avec un double intérêt pour la nature, l'écologie, le terrain, la montagne, la marche... et l'intérêt ou plutôt une légitimité que je me donne pour dialoguer avec le milieu médical, et pour m'intéresser aux questions des représentations du corps, et de ses traces. Double casquette qui m'a conduite à devenir géologue – le terrain –, et simultanément à m'intéresser à la question de la trace. De là mon intérêt pour des images plus matérielles, et notamment les images scientifiques et médicales d'aujourd'hui. J'en suis venue à faire des films. En tant que géologue de terrain, cela m'intéressait d'impliquer le corps, le mouvement, la montagne, se déplacer... j'ai toujours voulu lier les questions théoriques et les questions corporelles, ne pas être assise et figée. Je travaillais en Tunisie. Lorsque je suis rentrée en France, la géologie avait évolué, elle était devenue plutôt physicochimie. On m'a proposé de travailler en laboratoire à l'observation de fractures dans des feldspaths... sous microscope. Alors que je conduisais la land-rover dans les djebels du Maghreb au soleil, on m'offrait une bourse de quatre années en Belgique sous la pluie, j'étais très jeune et stupide et je me suis enfuie. Il a bien fallu que je travaille, et j'ai décidé d'œuvrer dans le monde culturel, puisque le monde de la recherche était si austère, techniciste... J'ai travaillé pour la future Cité des Sciences et de l'Industrie, j'ai enseigné quelques années, puis on m'a appelée pour œuvrer au projet Biosphère – toujours l'écologie et la géologie – de ce futur musée de la Villette. J'ai commencé à travailler pour des films en tant que conseiller scientifique, en apprenant la réalisation et la production sur le tas. Puis j'ai été appelée par le CNRS qui avait besoin de quelqu'un avec la double casquette, scientifique et cinématographique.

C'est le cinéma qui vous a amenée au CNRS ?

Au CNRS, j'étais responsable de la production cinéma. Je n'ai pas pu m'empêcher de réfléchir au paradoxe qui pouvait lier une démarche de

construction scientifique avec une réalisation cinématographique. Il me semblait qu'il y avait des tensions entre une démarche cognitive : la volonté de connaître le monde qui nous entoure et celle de faire des films qui touchent de manière sensible le spectateur. Je devais relever ce défi. J'ai commencé à écrire. Comme je me sentais plus légitime dans le domaine de la biologie, la physiologie et la médecine du fait de mon passé universitaire, j'ai commencé à travailler de manière théorique sur les images. Qu'est-ce qu'une image, qu'est-ce que regarder, voir ? Je ne trouvais pas de réponse à l'époque. Depuis, la pensée de l'image a fait du chemin. J'avais du mal à trouver des interlocuteurs qui distinguent bien la part de la médiation, du support, la matérialité, les dispositifs de fabrication de l'image, avec l'objet de l'image, ce à quoi elle réfère, ce qui est représenté en elle. Cette distinction me paraissait importante pour développer une pensée de l'image qui se tienne et ne soit pas dans la confusion ou la naïveté. Je me suis dit : allons voir le milieu médical. Là, il y a des enjeux de vie et de mort, l'image n'est pas quelque chose d'anodin, elle n'est pas une simple imagerie sur laquelle on ne réfléchit pas. Je pensais trouver des pistes intéressantes.

À quel moment s'est faite la rencontre avec Pratiques ?

J'ai eu très tôt une position critique vis-à-vis de la sémiologie de l'image, analyse qui resterait au seul niveau de l'image, parce que j'avais réalisé des films. Au montage, on voit bien comment un quart de seconde d'une image peut changer le sens d'une séquence, mais aussi de tout un film. Je me posais ces questions en tant que géologue : chaque centimètre de terrain est différent du centimètre carré voisin, comment trouver une pensée générale, des lois qui gouvernent ensemble ? On ne peut pas rester dans le constat descriptif d'un espace-temps singulier. Je me suis posé la même question pour les images. Des philosophes de l'image ont produit des discours sur la photographie. Venant du monde des sciences exactes, je savais qu'un discours général pouvait être réfuté par un contre-exemple. J'ai écrit plusieurs livres à partir de scénarios. Notamment un petit livre qui s'appelle *L'année 1895, l'image écartelée entre voir et savoir*, où j'étudie des synchronies, celle de la naissance du cinéma, de la naissance de la psychanalyse et de la naissance des rayons X. J'avais publié

ce livre à l'occasion du centenaire de la naissance du cinématographe par les frères Lumière. Patrice Muller l'avait lu, il était très ouvert, avide de savoir et de rencontres. Il m'a invitée un soir à venir parler de l'ouvrage. Je suis venue, il y avait un tout petit groupe, j'ai commencé à parler, la soirée s'est prolongée tard, ils étaient passionnés. Voilà comment j'ai fait la rencontre de *Pratiques*, grâce à Patrice. Je lui ai proposé d'assister à des examens d'imagerie, sur le terrain. Pour moi, une image se fabrique, c'est un objet, il y a de la matière, des dispositifs de fabrication, des enjeux, des machines, des politiques. Patrice, en tant que généraliste, était intéressé à voir ces examens, ma demande lui offrait l'opportunité de frapper aux portes, et sa blouse blanche m'introduisait. Nous sommes partis pour quelques années de visites, de rendez-vous, enregistrés, plus ou moins décryptés, qui restent encore à mettre en forme. Beaucoup de choses n'ont pas été publiées. Nous avions l'idée de faire un livre. Avec des difficultés théoriques : quel axe choisir, quel point de vue, que dire sur ces images ? On peut parler des images de médecine de mille et une manières.

De ces questions d'origine, comment votre pensée a-t-elle évolué ?

Sur le plan théorique, j'appartiens à deux courants. Ce qu'on appelle la « génétique » des textes et des formes, l'objet du laboratoire du CNRS auquel j'appartiens avec des littéraires qui travaillent sur les manuscrits d'écrivains, sur la manière dont ils écrivent, le sens de leurs ratures, pour retrouver le cheminement de leur pensée, décrire les processus de création. On a créé un art nouveau : « génétique des arts visuels », couplé à « génétique des arts plastiques », sur la genèse des films et de la photographie. Il s'agit aussi d'aider les créateurs, notamment photographes, montrer les enjeux, les difficultés, montrer qu'il y a des temps longs dans la photographie : c'est souvent l'implication de toute une vie. Faire connaître les processus et les faire aimer, souvent malgré eux car ils sont souvent niés dans la création photographique : on jette les archives. On ne veut pas parler de fabrication, il faut créer, que tout vienne de l'esprit. Je pense que c'est une erreur, car comprendre la manière dont sont produites les œuvres permet de raconter, d'être dans le récit, dans l'histoire, fournit les instruments d'un récit qui va se répercuter, d'un intérêt pour les auteurs. Ces démarches mises au point pour la création artistique contemporaine peuvent s'appliquer à d'autres domaines d'images et à des images du passé, des auteurs du XIX^e siècle ou autre. Mettre au point une démarche théorique est compliqué, il faut des arguments. L'au-

tre champ théorique est celui de la revue *Médium* qui se penche sur la question des médiations, c'est-à-dire des intermédiaires transformants et qui montre comment ces médiations peuvent être motrices et elles-mêmes créatrices, orientées... des comportements, des structures, une évolution... Cette revue s'intéresse notamment aux techniques contemporaines, Internet, l'imagerie... Elle s'efforce de saisir le monde contemporain, ce qu'est notre époque, comment elle fonctionne.

Quelles sont les grandes questions en lien avec les images du corps en médecine ?

Une même imagerie du corps, une radiographie du poumon donne un résultat différent selon l'auteur. Les échographies sont opérateur-dépendant, mais pas seulement, également selon la machine. Si elle s'appelle Siemens ou Philips, le résultat peut être différent. Dans l'imagerie médicale, on ne peut pas ignorer la dimension industrielle qui est énorme. Quatre grandes multinationales : Toshiba, Siemens, Philips et General Electric font la pluie et le beau temps. Le généraliste a peu accès à l'imagerie, il peut faire des échographies (s'il acquiert le matériel et la formation – ndlr –) mais pas les autres images, qu'il reçoit. A la fin du XIX^e, il y a eu un grand conflit entre les médecins et les non médecins qui pratiquaient la radioscopie, des passionnés de photographie, comme Albert Londres... Le conflit a duré quarante ans et s'est terminé par la victoire des médecins : il faut être médecin pour pratiquer la radiographie.

« Dans l'imagerie médicale, on ne peut pas ignorer la dimension industrielle qui est énorme. »

Pourquoi certains outils ne seraient-ils utilisables que par des médecins ? La frontière entre la distraction et l'examen médical est floue. Distraindre, c'est « tirer ailleurs » au lieu d'entrer dans la problématique des enjeux. On observe cela dans le domaine de l'échographie obstétricale. J'ai assisté à des examens où la femme arrive avec l'ami ou le mari, mais également la fratrie, qui chahute et joue à côté de ce qui est quand

même un examen médical. J'ai vu récemment l'un des sites du ministère de la Santé décrire l'échographie obstétricale en mentionnant l'interdiction des chiens durant l'examen. Je me mets à la place du médecin qui découvre une malformation en direct, sans médiation et qui doit en parler alors qu'en face on est en train de regarder le petit frère à la télé. Quelle méthode utiliser pour reconstituer ces processus et quelles en seront les conséquences ? Cette imagerie qui surgit bouleverse les frontières, car elle est un pouvoir de l'intérieur des corps vivants. Cela confère un certain pouvoir. Le radiologue est le premier à parler des images au patient. Il en dit peu de choses, mais le médecin peut se sentir dépossédé. Selon les spécificités médicales, le partage des métiers s'est résolu de manière différente. Les cardiologues se

.../...

.../... sont emparés de l'échographie cardiaque, alors que les ORL ne se sont pas emparés des scanners du sinus... En gynécologie, les obstétriciens peuvent pratiquer des échographies, mais parfois ce sont des radiologues, avec des conflits, les obstétriciens reprochant aux radiologues de ne pas savoir parler aux patientes, les autres leur reprochant de ne pas avoir une lecture technique suffisante. Il serait intéressant d'étudier comment se sont déplacées les frontières, comment on s'est emparé du pouvoir de l'image, et comment on s'est laissé déposséder. Par exemple, on assiste aujourd'hui au déplacement d'une frontière, celle qui marque la limite entre la psychiatrie et la neurologie. C'est un énorme enjeu. Pour la maladie d'Alzheimer, c'est particulièrement dramatique. On fait le diagnostic d'une maladie neurodégénérative qu'on ne peut pas soigner. Cette personne est angoissée, mais personne ne va prendre soin d'elle. Elle ne relève plus de la psychiatrie. Dans l'institut du cerveau qui se crée, l'un des objectifs est d'avancer le diagnostic. Dans le domaine médical ou scientifique, on ne cherche bien que dans la tache de lumière, sous le réverbère. On sait qu'on va pouvoir déceler plus tôt la maladie d'Alzheimer, avec pour résultat qu'on va pouvoir faire souffrir un peu plus les patients. Les structures ne sont pas prévues pour accueillir des malades jeunes, les psychiatres ne seront pas là, les psychologues presque pas plus. Ce sont des avatars de l'image et des examens biologiques du liquide céphalorachidien. L'utilisation de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) pour diagnostiquer la maladie d'Alzheimer date de dix ans. Des personnes qui pouvaient être admises dans des maisons de repos psychiatriques qui leur faisaient du bien sont exclues de ces lieux, dès que le diagnostic est fait. On ne soigne plus leur dépression, leurs angoisses et leurs inquiétudes. Ils retournent chez eux, et leur famille doit se ruiner pour les soigner. Ainsi un progrès technique peut s'avérer terriblement contreproductif dans la vie des gens.

« Dans le domaine médical ou scientifique, on ne cherche bien que dans la tache de lumière, sous le réverbère. »

Comment développer une pensée de l'image bénéfique pour la société ?

Que fabrique l'être humain qui va lui retomber dessus ? Comment va-t-il maîtriser ces objets qu'il façonne ? Comment ne pas faire d'examen inutiles qui coûtent chers ou qui sont douloureux ? Comment conserver judicieusement la mémoire des examens qui ont été faits ? Il arrive souvent que les images se perdent, mais parfois on retrouve des images faites plusieurs dizaines d'années auparavant. La comparaison est difficile, car les techniques ont évolué, mais cela peut être utile au diagnostic. Il y a des questions non résolues, celle de la propriété de l'image, est-ce celle du patient, du médecin, de l'hôpital ? Parfois, on ne veut même pas vous montrer les images, si vous demandez à les voir, on les montre très rapidement puis on les cache. Parfois, on vous demande de les garder précieusement. Ou bien on vous donne un compte-rendu et pas les images. Toutes ces techniques d'imagerie, si elles étaient pensées, pourraient donner lieu à une nouvelle médecine, une clinique améliorée : connaissance du patient, écoute, connaissance de son passé et dialogue avec lui à partir des images : « Regardez, là je vais vous expliquer ». Car l'image rend visible et permet le dialogue et la création. Elle permet la discussion d'une équipe médicale, de prendre des décisions collectivement, éventuellement avec le patient, en lui fournissant les explications. L'image n'est pas une simple empreinte, c'est un objet fabriqué, qui est difficile à lire, mais qui peut être décrypté. On ne peut pas dissocier la technique et la politique. Certains radiologues privés qui ont des cabinets individuels peuvent se sentir dépassés par la course à la technique, et devoir s'associer à d'autres structures pour maintenir leur activité. Il y a la question d'un accès républicain à l'imagerie, aux techniques d'IRM, qui ne sont pas accessibles à tous. Il faut une politique territoriale de la médecine et de l'imagerie. ■

Que fabriquent les images ?

L'imagerie médicale a pris une place considérable, non seulement dans la pratique des médecins, pour orienter le diagnostic, le pronostic et la prescription, mais aussi dans les affectations budgétaires, les choix technologiques et l'organisation spatiale des lieux d'investigation et de soin.

Mais elle a, outre ces impacts incontournables en termes de santé publique, des impacts beaucoup plus insidieux en termes politiques de gestion des populations, et en outre de très lourds impacts symboliques en termes de rapport au corps, posant des enjeux proprement esthétiques de représentation et de relation à l'image.

C'est pourquoi nous avons choisi d'intituler ce numéro *Que fabriquent les images ?*, titre qui fait clin d'œil à l'ouvrage fondateur de l'anatomiste Vésale au XV^e siècle, *La Fabrique du corps humain* ; mais titre aussi qui met en évidence le pouvoir de l'imagerie comme puissance de transformation de l'activité médicale, de bouleversements socio-économiques et de mutations de l'imaginaire.

Nous avons voulu que ce numéro interroge concrètement les pratiques, et fasse parler les acteurs de terrain, médecins, paramédicaux ou patients, de la façon dont l'imagerie intervient dans le quotidien de leur activité ou dans leur vécu de la santé, de la maladie, de la naissance et de la mort.

Mais nous avons aussi voulu, comme toujours à *Pratiques*, que ces expériences trouvent un écho dans des questionnements anthropologiques, sociologiques, psychanalytiques, économique-politiques ou philosophiques qui leur sont liés. Ainsi que dans des questionnements esthétiques qui sont indissociables des problématiques de l'image, et portés ici non seulement dans les articles qui en traitent, mais dans le travail d'un artiste contemporain dont les images font la couverture et scandent le dossier.

C'est pourquoi ce numéro s'oriente dans trois directions, à partir de trois problématiques majeures suscitées par l'imagerie médicale :

- Quels bouleversements dans la pratique médicale ?
- Quels enjeux socio-économiques ?
- Quels impacts sur les représentations du corps ?

Nous vous invitons ici à vous approprier ces questions, à y réagir, à les réfléchir et à participer ainsi aux débats et à la dynamique que nous voulons susciter, afin que l'imagerie ne soit pas le prétexte à une passivité des sujets, mais au contraire le moteur de leur interrogation critique.

BR
EF
S
S
O
D



Yves Trémorin

Né en 1959 à Rennes, Yves Trémorin poursuit d'abord des études de mathématiques à l'université. L'ensemble photographique *Cette femme-là* en 1983 pose ses principaux axes de travail : mises en scène dans un dispositif paramétré de manière rigoureuse, travail sur ses proches et son environnement, vision intime et en gros plan, objectivité quasi scientifique. Il est membre fondateur du groupe Noir Limite 1986-1991. Après des travaux exclusivement en vidéo *We Others* (1996-1999), il revient à la photographie en élargissant son champ d'application de l'image photonumérique à l'image électronique obtenue au microscope, tout en multipliant les supports de diffusion.

Actualité

Expositions collectives

- En Allemagne : *Mythos Kindheit (Le Mythe de l'enfance)* Kunstverein Ludwigshafen, Berlin, octobre 2010-janvier 2011
- En France : *Le Bénéfice du doute*, Centre pour la photographie, Clermont-Ferrand, 17 nov. 2010-12 février 2011

Exposition personnelle : La Derivada Mexicana

- Au Mexique : Centro de la Imagen, Mexico DF, septembre-octobre 2011
- En région parisienne : Centre Régional Photographique d'Ile de France, Pontault-Combault, 2012
- En province : Centre Régional Photographique, Douchy-les-Mines, janvier-mars 2011, Centre Atlantique de la Photographie, Brest, avril-juin 2011
- Artothèque de Caen, juin-août 2011

Un livre *La Derivada Mexicana* sera publié au printemps 2011 par l'Atelier d'Édition, 79 ill. couleurs, texte de Michel Poivert.

Quels bouleversements dans la pratique médicale ?

De nombreux médecins s'interrogent sur le devenir de la clinique, là où l'imagerie médicale tend désormais souvent à remplacer la relation directe au patient, que ce soit sous la forme de l'examen, de la palpation, ou sous celle de l'interrogatoire, ou plus simplement, de l'échange.

Pour que des images puissent devenir un outil relationnel, il faut qu'elles cessent d'être ce qu'elles sont bien souvent : un écran entre soignants et patients ; mais aussi un écran entre les soignants eux-mêmes, parmi lesquels les malentendus sont nombreux entre spécialistes de l'image et cliniciens. D'où la nécessité d'échanges qui ne se réduisent pas à une note sur un compte-rendu de radio.

L'image de ce point de vue fait signe, mais ce signe ne fait pas forcément preuve : ici se pose la question de l'interprétation, pour laquelle l'image n'est que l'un des aspects de ce très vaste champ que constitue la sémiologie médicale.

En outre, le rapport à l'image a un impact considérable sur la question de la prévention, et engage de ce fait une conception renouvelée de la responsabilité médicale, et du rapport de la médecine au temps. La prévention du cancer du sein, par exemple, continue de poser problème, comme le montrent les points de vue divergents présentés ici. —

Au chevet de la clinique ?

Alain Quesney, pédiatre

§Pratique médicale

§Enfant, Périnatalité

§Images, imagerie médicale

Il faut s'y résoudre : l'imagerie médicale a remplacé la radiologie. On dit encore radiologue et non encore imagier qui, on en conviendra, fleurit bon la petite enfance (cf. l'imagier du Père Castor).

Il est vrai que scanners, IRM, et surtout échographies ont tendance de plus en plus à supplanter les rayons X. Parallèlement, il existe une fascination pour l'imagerie médicale, fascination qui va crescendo et saisit à la fois soignants et familles. Le visuel a supplanté les quatre autres sens et ce qui est plus grave, me semble-t-il, l'intelligence, le sixième sens déjà célébré par Galien¹.

Je me rappelle de staffs hospitaliers récents où, présentant l'histoire clinique d'un enfant, je sentais monter de façon palpable et irrésistible l'impatience de l'auditoire jusqu'à en être interrompu par un « Vous avez l'IRM ? » (sous-entendu : assez de paroles, allons à l'essentiel !)

Et pourtant en pédiatrie, la merveilleuse fée imagerie peut quelquefois se révéler une mauvaise fée !

Paul a sept ans. Je le vois pour la première fois car malgré de réelles capacités, il peine à rentrer dans les apprentissages scolaires et désespère parents, enseignants et rééducateurs. Il a des fuites encoprétiqes. Il est agité et ne paraît disposé à se concentrer que lorsqu'il est en relation duelle avec l'adulte. Nouveau-né, il avait tardé à reprendre du poids à la maternité. C'est ainsi qu'il avait « bénéficié » (comme on lit dans les comptes-rendus hospitaliers...) d'une échographie abdominale. Celle-ci avait révélé un rein unique gauche. Cette mention « rein unique gauche » avait été recopiée par un soignant obsessionnel ou mal intentionné (?) sur toutes les pages droites du carnet de santé. Des fois que... des fois qu'il chute lourdement de sa table à l'angle sur son rein unique gauche, des fois qu'un praticien négligent oublie l'ECB des urines en cas de fièvre inexpliquée. Quand le choc des mots rejoint le poids des photos ! Paul se le rappelle bien et me dit qu'il doit boire beaucoup pour laver son rein qui est « sali » (sic) par tout ce qu'il mange.

On peut imaginer avec de telles prémisses dans

quel sens s'est construite la relation primordiale de Paul avec ses parents. On peut dire que cette échographie malencontreuse (qui trouve un élément inutile pour ce qui était initialement cherché) a pu contribuer à faire de Paul un bébé fragile, précieux, handicapé presque, en tous cas à protéger. C'est ce que Boublil appelle le « syndrome du rescapé »², un enfant qui se doit d'être « plein de vie », c'est-à-dire tout puissant, sans limites ni barrages parentaux à ses pulsions agressives, et donc particulièrement peu préparé aux apprentissages scolaires.

Parfois, les parents s'approprient le décryptage des images ou du compte-rendu quelquefois énigmatique...

Luc est âgé d'un mois. Sa mère me l'amène en raison d'une recrudescence des pleurs. On a découvert en échographie anténatale une image de l'hypochondre droit qui s'est révélée après la naissance être une lithiase vésiculaire sans aucun signe d'anomalie de la voie biliaire.

Le grand frère Ismaël avait subi à l'âge de 4 mois une cholécystectomie : il avait présenté un malaise. A l'hôpital, la palpation de la région sous hépatique était douloureuse, il y avait une augmentation des transaminases et les mêmes images échographiques de « boue vésiculaire ». Le bilan étiologique très complet n'avait pas retrouvé de cause syndromique à la lithiase d'Ismaël. C'est dire l'inquiétude de la mère de Luc qui me dit être persuadée que l'histoire de l'aîné se répète chez le cadet. Elle scrute le dernier compte-rendu échographique et en isole la phrase suivante « le rétro-péritoine est mal dégagé en raison d'un barrage gazeux important ». Elle a le sentiment d'y lire (enfin pourrait-on dire) la cause objective des pleurs : les gaz sont bloqués et donc l'enfant pleure. C'est simple et mécanique comme un bouchon sur le périphérique un vendredi soir... En fait, l'échographiste, jeune interne en radiologie voulait simplement dire que l'examen n'avait pas pu tout visualiser et notamment la région rétro-péritonéale, ce qui cliniquement n'avait strictement aucune importance. L'exhaustivité et la transparence du compte-rendu sont certes des précautions à visée médicalégale, peut-être incontournables,

mais elles ont là des conséquences inattendues de l'ordre du « scripta manent ». Le clinicien peut toujours s'aligner, parler, argumenter... « verba volant » !

L'attrait de l'imagerie et la séduction qu'elle exerce sur le public se combinent avec la perte de confiance relative dans le médecin traitant toujours inégalement mis en concurrence avec le Dr Google.

On ne trouve que ce que l'on cherche ; il ne faudrait pas oublier cet axiome de bon sens ! Le collègue radiologue ne peut travailler efficacement que s'il répond à une question posée par le clinicien (Aimard³). Encore faut-il qu'il se contente de cette réponse, fut-elle négative !

Arthur, sept ans, est un garçon très anxieux. Il se plaint de façon inhabituelle pourtant et toute récente de douleurs péri-ombilicales paroxysmiques intenses. L'examen clinique est sans anomalie. Par principe, il faut éliminer une invagination intestinale aiguë. L'échographie est ici totalement normale. Pourtant, le radiologue se substituant au clinicien conclut ainsi : « Ces éléments (entendons bien qu'ils sont tous négatifs) sont en faveur d'entéropathie au niveau de l'intestin grêle de la région péri ombilicale (épisodes de sub-torsion et d'invagination). Je me suis permis de rassurer le jeune patient et ses parents ».

L'angoisse d'Arthur et celle de sa mère étaient certes « palpables ». Fallait-il pour autant vouloir la soulager en urgence, court-circuiter le clinicien et combler « l'horrible » vide diagnostique en imaginant (en remettant en images) ce que l'examen ne montrait pas : les termes choisis n'ont rien de très rassurant, on en conviendra...

Les parents sont souvent extrêmement déçus lorsqu'un examen d'imagerie n'apporte pas le diagnostic étiologique escompté. C'est particulièrement le cas lors du bilan d'un autisme précoce où, dans la majorité des cas, l'IRM cérébrale se révèle négative.

Dans certains cas, le radiologue ne sait pas « fermer la porte qui s'est ouverte sur le corps » et la tentation est forte pour lui de vouloir la rouvrir (Aimard³).

Pourquoi un contrôle systématique à 15 jours de toutes les pneumopathies de l'enfant ?

Pourquoi un scanner « de sécurité » proposé à l'âge de 2 ans pour un céphalématome dont le diagnostic clinique était formel et dont l'image calcifiée (on aurait pu se dispenser de l'obtenir) était évidente aux rayons X ?

Dans d'autres cas, c'est le clinicien qui est trompé par manque de confiance en la clinique (interrogatoire et examen qu'il a négligés voire bâclés), mais aussi par excès de confiance dans l'imagerie. Marie, dix ans, se plaint depuis 72 heures de la

fosse iliaque droite et de la fosse iliaque gauche. Elle n'a pas de fièvre franche (37°6), se dit fatiguée et n'a pas eu de selles depuis deux jours. Elle consulte en urgence au CHU où elle est conduite très vite en radiologie. Le cliché ne montre que des selles (j'allais écrire dures !) encombrant le côlon. Le diagnostic retenu est celui de constipation aiguë et le traitement prescrit consiste en des lavements de Normacol®. Il n'a pas été tenu compte du caractère nocturne de la douleur et de la douleur provoquée à la mise en tension du psoas qui conditionnait une démarche précautionneuse de « petite vieille ». Le lendemain, quand je la vois, le tableau est plus franc avec 38°5, défense, hyperleucocytose et aspect d'abcès appendiculaire à l'échographie. Il est toujours amusant de noter quand le radiologue décrit la douleur provoquée au Mac Burney au palper... par le biais de la sonde de l'échographe... où il est prouvé que l'équation douleur abdominale = abdomen sans préparation est aussi inopérante que celle de trauma crânien = radios du crâne.

La médecine marche sur la tête quand elle prétend que ses jambes sont dorénavant l'imagerie et la biologie¹. Le diagnostic ne peut pas reposer sur la seule imagerie (même doublée de la biologie). L'échographe qui décrit des urines hyperdenses d'un nouveau-né ne peut en aucun cas en conclure seul (sans le recours à la clinique) qu'il s'agit d'une « pyélie » (comme on le lit dans certains comptes-rendus radiologiques), c'est-à-dire d'une infection urinaire... Les urines denses, la cristallurie sont physiologiques chez le nouveau-né et ne correspondent pas forcément à une pyurie.

Le vocabulaire spécialisé devient une « novlangue ». La fenêtre spatiale se temporalise, c'est ainsi que l'échographie de dépistage de la trisomie 21 doit obligatoirement être pratiquée dans une fenêtre précoce et étroite de la 11^e semaine à la 13^e semaine + 6 jours.

Il y a donc là matière à contester ce que Foucault appelait la « suzeraineté du regard » et que l'on pourrait désormais nommer la tyrannie de l'image, cet écran technologique qui s'interpose de plus en plus entre patient et médecin.

Dans *La naissance de la clinique*, le philosophe décrivait l'apport décisif de l'anatomopathologie à l'avènement de la médecine moderne. Il citait Bichat : « Ouvrez quelques cadavres et vous verrez aussitôt disparaître l'obscurité que la seule clinique n'avait pu dissiper »⁴.

On pourrait aujourd'hui le paraphraser en rem-

« La révolution de l'imagerie moderne est bien dans la lignée de la révolution anatomo-clinique. Il s'agit toujours là d'une clairvoyance objectivante, de la toute puissance d'un regard acéré qui pénètre à l'intérieur et rend visible l'invisible. »

.../...

.../... plaçant l'ouverture de « quelques cadavres » par celle de « quelques fenêtres d'imagerie ». La révolution de l'imagerie moderne est bien dans la lignée de la révolution anatomo-clinique. Il s'agit toujours là d'une clairvoyance objectivante, de la toute puissance d'un regard acéré qui pénètre à l'intérieur et rend visible l'invisible. Le scalpel remplacé par les rayons X puis maintenant par la vibration des ions H+ dans un champ magnétique. Le problème, c'est « l'évitement du corps indissociable de l'évidement de la parole »¹. L'imagerie accède à « l'ultime désir des médecins à savoir faire de la médecine sans le malade. Les malades sont remplacés par les images de leur corps et les médecins peuvent se réunir, les étudier, les commenter, s'exprimer librement loin du regard du malade »³.

Jusqu'alors la pédiatrie résistait comme médecine générale de l'enfant, c'est-à-dire lieu de la globalité rassemblée du soma et de la psyché d'un enfant singulier dans une famille donnée.

Elle se définit aujourd'hui de plus en plus comme un assemblage de sur-spécialités (ou ne devrait-on pas dire plutôt sous-spécialités ?) juxtaposant des techniciens doués dans le dépannage de tel ou tel organe. La pédopsychiatrie n'y fait presque plus exception quand, fascinée par les neurosciences, elle considère comme obsolètes la psychopathologie et la psychanalyse, c'est-à-dire l'écoute d'une autre parole, une autre recherche de sens.

Il ne faut certes pas être nostalgique, regretter le temps des examens cliniques interminables, celui de l'UIV, de la myélographie, de l'encéphalogra-

phie gazeuse... celui des indécentes présentations de malades et des salles communes privées d'intimité. Qui connaît aujourd'hui et pratique encore la pectoriloquie aphone (décrite par Laennec) ou rechercherait le bruit d'airain de Trousseau ?

Je me rappelle d'un tableau sur le mur de la boucherie proche de la maison de mes grands-parents et qui représentait une procession funéraire avec la légende : « Le crédit est mort, les mauvais payeurs l'ont tué ». La clinique est-elle morte ? Les mauvais cliniciens l'ont-ils tuée ? L'enseignement des sciences dures au détriment des sciences humaines (dites molles) a-t-il définitivement porté ses fruits verts. J'en suis certes agacé, mais faut-il se résigner ou créer une nouvelle clinique ?

« I make a dream » : la parole du patient (ou de ses parents) ne serait pas interrompue avant la troisième minute, on favoriserait la pratique des groupes Balint, des maisons médicales seraient créées et rassembleraient médecins et soignants, le paiement à l'acte serait supprimé puisque radiologues et praticiens auraient les mêmes rémunérations... ■

- 1. *La mort de la clinique ?*, Ouvrage collectif, Quadrige, PUF, novembre 2009.
- 2. *Un enfant difficile : syndrome du rescapé ?*, Michel Boublil, Médecine et enfance, novembre 2009.
- 3. *Imagerie médicale : les arcanes d'un succès*, Pierre Aimard, conférence du 16 septembre 1995 disponible sur Internet : <http://membres.multimania.fr/spirales/radiol.html>
- 4. *Naissance de la clinique*, Michel Foucault, Quadrige, PUF (1^{re} édition 1963).

La radio est normale

Didier Ménard, médecin généraliste

Quand j'étais jeune externe en psychiatrie à l'Hôtel Dieu à Paris, nous recevions en consultation des malades souffrants de douleurs lombaires. Ces malades étaient adressés par le service de rhumatologie, avec l'indication d'une prise en charge d'un syndrome dépressif qui les poussait à majorer leur douleur. A la question : « Pourquoi ont-ils mal au dos ? » La réponse était toujours la même : arthrose lombaire, mais la radio est normale. Si la radio est normale, si la douleur est normale avec l'arthrose, si le docteur rhumatologue a dit que ce n'est pas un problème d'articulation, alors cela devient un problème de psychiatre. A lui d'expliquer que si la douleur est si intense, c'est que la psychologie du malade est elle-même en souffrance et que cela explique l'inefficacité des traitements contre la douleur. A lui alors de proposer un traitement antidépresseur, une psychothérapie cognitive, voir analytique... Nous ne manquions pas de ressources, quant à savoir si elles furent efficaces en ce

qui concerne le mal de dos la réponse est non : les malades ne sont vraiment pas aidants !

Puis arriva le sauveur : le scanner. La révolution diagnostique était en marche. Nouveau moyen, nouvelle pratique. On soumit à tous nos malades psychiatriques du dos le scanner lombaire et là, ô miracle de la technicité, le diagnostic devint évident : ils avaient tous à des degrés différents le célèbre conflit disco radiculaire. Ce qui expliquait la douleur. Cette fois, la radio n'est plus normale donc vous n'êtes plus fous, vous êtes porteur d'une hernie discale. Bon, la solution thérapeutique n'en est pas pour autant simple, mais le malade retrouve son statut de malade lombaire, c'est quand même moins grave que malade psychiatrique et c'est surtout plus proche de la vérité. A propos de vérité, à ma connaissance, jamais aucun rhumatologue n'a adressé à un malade une lettre d'excuse pour l'avoir pris pour un simulateur fou. ■

Dessine-moi ma douleur

■ **Didier Ménard**, médecin généraliste

Sur les murs du cabinet médical sont affichées des planches d'anatomie : une sur le squelette, une autre sur les muscles, une autre sur le cerveau et une sur la grossesse. C'est cette dernière qui a beaucoup de succès, notamment chez les enfants qui sont intrigués par le cordon qu'ils appellent souvent la corde. A ces dessins sur les murs viennent s'ajouter sur le bureau les nombreuses feuilles de papier couverts de croquis qui, il faut bien le dire, ne sont pas des œuvres artistiques, mais ressemblent plus à des « cribouillages » et pourtant, ils sont indispensables à l'exercice de la médecine générale.

Pour décrire, pour expliquer ce qui se passe dans le corps de la personne malade, les mots sont souvent insuffisants, même s'ils sont choisis pour être les plus compréhensibles pour la personne qui est devant moi. Alors j'utilise le dessin en essayant qu'il devienne une image qui fait sens pour celle ou celui qui est très souvent en interrogation de ce qui lui arrive. Il ne suffit pas, pour réaliser un dessin qui explique, d'avoir un crayon, une feuille de papier, il faut que le dessin s'inscrive dans une réalité que la personne connaisse. Pour cela, il va falloir dessiner un objet en le décrivant comme une image coutumière du malade. Par exemple, les hommes qui fréquentent le cabinet sont pour la plupart des travailleurs manuels. Les mots qui vont être utilisés sont ceux de leur quotidien. Une chondropathie (lésion du cartilage) du genou devient la rouille d'un cardan, une crise de goutte celle du sable dans la graisse du cardan, et je dessine un cardan. L'insuffisance cardiaque est un problème de circuit hydraulique fermé et je dessine le circuit de chauffage de la maison avec les conduits, la pompe, le vase d'expansion pour expliquer pourquoi quand la pompe est faible, le circuit d'eau est sous pression en amont de celle-ci et je pourrais continuer à dire que le rein est un filtre à café, la hernie discale un court-circuit sur le câble électrique et la tendinite du sable dans le câble de

frein du vélo. Chacun de ces mots décrivent le dessin qui correspond à l'image que je souhaite faire découvrir, souvent les personnes veulent garder le dessin pour le montrer à la famille, pour eux aussi expliquer le pourquoi de la maladie. Mais à la fin de l'explication, mon dessin est tellement compliqué qu'on le refait ensemble, mais

c'est le malade qui dessine, cela m'a permis de découvrir de véritables talents. Ce besoin d'expliquer, afin que le patient comprenne ce qui lui arrive, appartient au médecin. Cela prend du temps et c'est souvent ce qui manque le plus pour faire ce travail. Mais ce n'est jamais du temps perdu, puisqu'un malade qui peut s'approprier davantage la nature de son mal adhère souvent plus facilement au traitement. Par contre, cela peut créer des difficultés avec nos correspondants spécialistes d'organes. Le malade réclame son dessin, il veut l'image de sa maladie, et souvent le confrère sympathique explique avec ses mots, mais éprouve

toutes les difficultés à dessiner ce qu'il explique, il faut dire que dessiner un trouble du rythme cardiaque, ou une sarcoïdose, cela n'est pas facile quoiqu'en cherchant bien... il faudrait inscrire ces cours de dessins dans la formation initiale et continue.

L'image imprime une présence constante dans le travail du médecin, elle est même surpuissante car c'est souvent avec elle que l'on fait le diagnostic de la maladie qui peut être grave. « Docteur, c'est grave ! Cela se voit à la radio. » Tout ce qui se voit à la radio n'est pas grave fort heureusement, mais quand même cette visualisation du mal possible donne à l'imagerie médicale une puissance indéniable. Mais cette image est mystérieuse pour le profane (et aussi souvent pour le médecin), alors la traduire, en adoucir les effets, permettre que cette vision angoissante du corps se transforme en un dessin plus simple, plus abordable, plus sympathique devient une nécessité pour le médecin. ■

« L'image imprime une présence constante dans le travail du médecin, elle est même surpuissante car c'est souvent avec elle que l'on fait le diagnostic de la maladie qui peut être grave. »

§ Ecoute, empathie,
Relation soignant soigné
§ Images, imagerie médicale
§ Médecin généraliste,
médecine générale

Incidences

■ **Cécile Estival**, anthropologue

L'imagerie médicale moderne pose de nombreuses questions, notamment l'incidence de son utilisation sur la relation patients-soignants et sur la perception du corps malade. Nous nous intéresserons, d'une part, à l'imagerie médicale comme medium et comme outil s'inscrivant au cœur des interactions lors d'une consultation médicale et, d'autre part, comme objet induisant certaines perceptions du corps lors de la prise du cliché¹.

Les clichés d'imagerie médicale comme outil de communication

L'image numérique est, d'une part, une image reconstruite par le biais d'un ordinateur et, d'autre part, une image de plus en plus détaillée, complexe, le résultat de calculs, qui ne laisse plus voir uniquement la charpente squelettique de l'humain. Avec les progrès des techniques d'imagerie médicale et la numérisation des clichés, il est difficile de comprendre, pour les patients, leur signification. En effet, la multitude d'images produites en un temps très court conduit à une décomposition de la partie du corps examinée.

L'image médicale constitue pour tous les patients un instrument du parcours thérapeutique incompréhensible qui nécessite donc un accompagnement par la parole du médecin : « Il n'y a pas d'image sans parole.

Il y a tout un aspect qui passe par la parole et qui est essentiel puisque s'il y a bien quelque chose d'important, c'est la communication et ce n'est pas simplement donner une image, c'est ce qu'on va pouvoir échanger avec ça, c'est un support idéal pour pouvoir échanger et parler avec les patients. C'est un élément d'échange de parole » (un radiologue).

Pour certains patients, la visualisation du cliché peut parfois se faire seul (après que le cliché leur ait été donné et expliqué brièvement par le radiologue) et aider à la préparation de la consultation suivante avec leur médecin traitant (oncologue, radiothérapeute, notamment). Plus précisément, le cliché peut constituer un support à partir duquel le patient va pouvoir poser ses questions : « Je préfère les voir [les clichés] pour pouvoir poser des questions avec les images, c'est-à-dire quand vous voyez quelque chose, si vous voyez pas trop bien ce que c'est, vous pouvez le montrer donc, le radiologue va vous expliquer, il va vous dire ce que c'est. Avec

des explications, c'est très important parce qu'on peut poser des questions en voyant, donc, c'est assez important. » (une patiente, atteinte d'un cancer des ovaires, divorcée, deux enfants, 60 ans, retraitée, comptable dans une maison d'édition).

Le cliché apparaît ici clairement comme un outil permettant aux patients de poser des questions au médecin durant la consultation. En amont, il permet aux malades de « préparer » leur consultation en pensant à certaines questions. En effet, de nombreux patients avouent ne pas avoir posé toutes les questions qu'ils auraient souhaité durant la consultation médicale dans le sens où ils se sont souvent trouvés à ce moment précis en état de « choc », pour reprendre leurs propos. Visualiser ses clichés revêt donc ici tout un intérêt avant la consultation (préparation) et pendant (communication). Le cliché sert à la fois de support communicationnel et d'échanges du côté des médecins et du côté des patients.

Imagerie médicale et interactions

L'utilisation de la technique propre à la pratique des radiologues peut constituer un refuge, une barrière entre eux et les patients. L'éloignement avec le patient (mis à part lors d'échographies) et l'utilisation de la technique permettent de rendre la maladie plus technique et plus objectivée dans la mesure où elle est transférée sur papier ou sur un écran d'ordinateur par le biais de la numérisation. Moulin parle, dans un contexte de numérisation et de l'imagerie médicale, du corps souffrant déréalisé². Dans le cas des examens échographiques, même s'il y a un rapprochement dans l'espace entre le radiologue et le patient, leur relation reste médiée par la sonde et l'écran, sur lequel le médecin porte son attention et son regard. En outre, on peut parler d'une mise à distance du corps malade par l'utilisation d'une sonde échographique ou d'un écran (console). Le terme « écran » peut être considéré au sens propre – l'écran sur lequel est visible le corps interne – ou encore au sens figuré en tant qu'il peut constituer un écran à la contamination symbolique, par la mise à distance du corps malade³. La mise à distance par les machines d'imagerie (sonde, écran, etc.), parfois jugée positivement par certains soignants, peut constituer un recours à cette contamination symbolique, dont les dimensions symboliques et anthropologiques priment sur la dimension biologique.

« L'éloignement avec le patient et l'utilisation de la technique permettent de rendre la maladie plus technique et plus objectivée. »

Manipulateurs en radiologie et processus de technicisation du corps

Une partie du travail des manipulateurs en radiologie consiste à préparer le patient pour l'examen d'imagerie (perfusion nécessaire à l'injection d'un produit de contraste). C'est donc un temps où le manipulateur se trouve face à un individu dans sa globalité, à la fois sociale et corporelle. L'autre dimension du métier de manipulateur en radiologie concerne la technique, c'est-à-dire la prise du cliché. Dès lors que le patient se trouve sur la machine d'imagerie médicale, ce dernier aspect représente la priorité pour le manipulateur. Il s'agit pour lui de faire la plus belle image et la plus lisible possible pour le radiologue. Le corps, durant la prise du cliché, prendrait une dimension technique : « Le rapport au corps, c'est de la technicité. [...] Le patient est là et l'image est là. Il faut dissocier l'image du patient. Derrière l'écran, le corps physique disparaît complètement. Quand tu fais une radio pulmonaire, tu vois une radio pulmonaire, ça ne ressemble à rien du tout d'un corps physique. L'intérieur du corps, là je te regarde mais je ne vois pas deux poumons. Si je te fais une radio pulmonaire, je vais voir deux poumons. [...] Quand tu vois à l'intérieur, tu vois une maladie et surtout en IRM, c'est flagrant » (un manipulateur, service de radiodiagnostic, 46 ans).

À l'instant où le patient est installé sur la machine d'imagerie médicale et où son corps apparaît de manière imagée sur l'écran, la notion de patient tend à s'effacer au profit du corps qui lui, devient technicisé. Selon Good, « dans le monde de la médecine, le corps devient médical, radicalement différent de celui auquel chacun de nous a à faire dans la vie de tous les jours. ⁴ »

En passant d'un patient à examiner à un cliché à interpréter, le corps, présent dans les premiers temps de l'examen, s'absente par la suite. Présence dans le sens où il est physiquement présent et prêt à être radiographié. Mais à partir du moment où il est reconstruit dans un autre langage par le biais de la machine utilisée ou par un ordinateur, le corps réel tend à se faire oublier : ce corps est absent, il est devenu image.

La machine d'imagerie médicale permet de donner une signification médicale aux symptômes présents chez le patient, de produire du sens (Sicard, 2002) ⁵. C'est durant le processus de technicisation du corps par la machine d'imagerie médicale que s'opère une opposition entre l'extérieur du corps, lieu d'expression de la maladie et l'intérieur du corps, siège de la maladie ⁶. Les

signes de la maladie sont lus non plus sur le corps physique du patient, mais sur son corps imagé. Un manipulateur en radiologie parlera alors de diagnostic imagé, diagnostic s'éloignant de la clinique traditionnelle qui reposait principalement sur l'observation des signes visibles sur l'individu et sur le contact physique qu'induisait la palpation ⁷.

L'usage de l'imagerie médicale reconfigure la relation patient/soignant. Il est le témoin d'une pratique médicale de plus en plus technicisée, qui conduit, notamment, à une mise à distance du corps malade. Toutefois, l'étude proposée ici montre que l'imagerie médicale pose de nombreux questionnements sur le corps et sur sa perception et que ce dernier n'est en rien « exclu » de la relation thérapeutique. Elle conduit à le penser parfois différemment, mais le corps est toujours très présent. Le développement des machines et des techniques conduit à des changements culturels ⁸ (Howell, 1995) ; la pratique médicale en est le témoin et constitue à cet égard un objet d'étude pertinent à partir duquel se dessine un certain rapport entre l'homme et la machine. —



1. Cet article est une partie de ma thèse, financée par l'INCA et le CNRS, soutenue en décembre 2008 à l'EHESS. Mes recherches ont été menées au sein d'un centre de cancérologie.
2. Moulin Anne-Marie, 2006, « Le corps face à la médecine », *Histoire du corps. Les mutations du regard. Le xx^e siècle*, tome 3, A. Corbin, J.-J. Courtine et G. Vigarello éd., Paris, Seuil, p.15-69.
3. C. Mercadier a étudié la notion de contamination symbolique dans la pratique des soins infirmiers. Elle a observé que les infirmières, se sentant imprégnées de l'odeur propre à l'hôpital et aux patients, mettaient en œuvre certaines pratiques de mise à distance, telles que le change de vêtements ou la prise multiple de douches. La peur se porte également sur la crainte d'une contagion bactériologique (virus HIV par exemple). Mercadier Catherine, *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*, Paris, Seli Arslan, 2002.
4. Good Byron, *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, 1998, cité par C. Mercadier, *op. cit.*, p.185.
5. Sicard Didier, *La médecine sans le corps. Une nouvelle réflexion éthique*, Paris, Plon, 2002.
6. Boëtsch Gilles, Chevê Dominique, *Le corps dans tous ses états. Regards anthropologiques*, Paris, CNRS éditions, 2002, p.163.
7. Le Pen Claude, *Les habits neufs d'Hippocrate. Du médecin artisan au médecin ingénieur*, Paris, Calmann-Lévy, 1999.
8. Howell Joel, *Technology in the Hospital. Transforming Patient Care in the Early Twentieth Century*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore et Londres, 1995.

De la radiographie à l'imagerie médicale

Laurent Verzaux, secrétaire général de la Fédération Nationale des Médecins Radiologues (FNMR), vice-président de la Société Française de Radiologie (SFR)

§Ecoute, empathie,

Relation soignant soigné

§Images, imagerie médicale

Evolution technologiques

Les évolutions technologiques des cinquante dernières années ont révolutionné la radiologie. La radiographie n'utilisait qu'une seule source énergétique, les rayons X, la recherche et le développement de nouvelles techniques ont permis d'utiliser d'autres énergies, en particulier les ultrasons et l'énergie magnétique.

Dans ce contexte, le terme de radiologie apparaissant trop restrictif, a donné naissance à celui d'imagerie médicale.

Le radiologue a pour l'heure heureusement conservé son statut de médecin, il est celui qui a la connaissance de l'imagerie médicale, mais il arrive que l'on parle « d'imageur » voire « d'imagier » sans que l'on sache qui ils sont, hommes ou machines ? La vigilance est de mise !

Les extraordinaires progrès techniques ont été réalisés grâce à la coopération efficace des médecins radiologues chercheurs et de l'industrie. L'application à l'imagerie médicale de logiciels « standards », mais aussi le développement de logiciels spécifiques d'extraction de données permettent une prise en charge très efficace des patients dans des conditions de confort exceptionnelles si l'on compare les contraintes et performances d'un examen IRM de l'encéphale avec celles d'une encéphalographie gazeuse par exemple, ou celles d'un angiographe de l'aorte abdominale avec une aortographie sous anesthésie générale selon l'illustre technique de Dos Santos.

Image et réalité

Dans notre société où l'image est omniprésente, exerce son pouvoir de fascination, devient même un mode de gouvernance, il n'est pas étonnant que l'imagerie médicale forte de ses performances subisse cette influence sociétale qui accorde un pouvoir excessif à l'image. Dans notre société, l'image suffit à prouver. L'absence d'image génère l'oubli. L'image est exigée comme preuve de vie des otages alors qu'elle peut être truquée comme le rappelle à juste titre Ignacio Ramonet dans son

excellent ouvrage *La Tyrannie de la communication*¹. S'il peut être souvent utile de « voir pour comprendre », « voir, n'est pas comprendre ».

Il convient de rappeler que l'image n'est jamais la réalité. Quelque soit sa qualité, elle n'est que le reflet d'une réalité physique, elle est construite à partir de paramètres prédéterminés qui peuvent la modifier, elle peut être post traitée, elle est toujours interprétée.

Garder et préserver ce principe est essentiel, au risque de se laisser aller à croire que « l'imageur » est en capacité de tout voir, de tout connaître. Une telle attitude verrait se développer une inflation de demande d'examen mal orientés, mal protocolés, apportant un service médical médiocre. C'est ce que l'on a pu voir se développer dans certains pays voisins qui ont cru pouvoir régler les problèmes de démographie médicale par la télé radiologie « low cost ». Ils en reviennent, faisant le

constat qu'une inflation d'examen à bas prix et à faible valeur médicale ajoutée est plus coûteuse que des examens plus chers, mais orientés et médicalisés. C'est bien là l'enjeu auquel nous sommes confrontés, les performances des appareils fascinent, y compris les radiologues eux-mêmes, qui doivent savoir rester humbles, mais aussi prendre le recul nécessaire devant la technique et garder la maîtrise de cette

technique au service d'un malade ou patient avec lequel ils ont pu échanger au cours d'un colloque singulier. Cet échange qui permet de médicaliser la demande, de définir avec nos collaborateurs le protocole de réalisation d'examen, puis d'interpréter et de restituer au patient, au malade les résultats est un temps essentiel de l'exercice de l'imagerie médicale. Il doit être préservé.

Les responsables politiques ont organisé, dans une approche purement comptable, la diminution de la démographie médicale dont nous commençons seulement à percevoir les conséquences. Cette contrainte démographique risque de rendre plus difficile le maintien de ces temps d'échanges entre le médecin radiologue et le patient. Le premier

« Dans notre société, l'image suffit à prouver. L'absence d'image génère l'oubli. »

temps sera et est déjà souvent délégué à nos collaborateurs manipulateurs qui revendiquent ce rôle de soignant. Les nouvelles possibilités de coopérations interprofessionnelles proposées par la loi Hôpital, Patient, Santé Territoire (HPST) ne permettront cette collaboration plus étroite qu'à la condition d'une formation spécifique des professionnels.

Conclusion

Face aux extraordinaires performances des machines, appréhender l'image dans le contexte général de la réalité du patient est une nécessité absolue au risque de ne devenir qu'un vulgaire « imagier », terme qu'il serait heureux d'oublier au profit de celui de médecin radiologue. Ces évolutions technologiques nous ont aussi permis de quitter les chambres noires pour nous rapprocher des malades et même être au plus près d'eux, dans la pratique de l'échographie notamment. Cette intimité retrouvée est propice à des échanges

riches, qui donnent aux médecins radiologues l'occasion d'exprimer l'empathie qu'ils éprouvent pour leurs malades, en particulier lorsqu'ils sont amenés à être brutalement dans une situation d'annonce, faisant passer le patient au statut de malade. Cette situation est fréquente dans le cadre de la pratique des examens de dépistage et de suivi des pathologies cancéreuses où l'annonce de la rechute redoutée doit être accompagnée. Le rôle du médecin radiologue est bien alors non seulement d'interpréter l'image, mais de l'intégrer à la réalité du patient en l'accompagnant dans le réseau de soin formel ou informel qui assurera la prise en charge thérapeutique.

Ces implications et relations humaines fortes sont nécessaires au maintien d'une imagerie médicale et thérapeutique à forte valeur ajoutée du service médical rendu. ■

■
1. Ignacio Ramonet, *La Tyrannie de la communication*, Ed. Galilée.



Image ou signe ?

■ **Chandra Covindassamy**, psychiatre

Quel est le statut, dans la pratique médicale, de documents sur film photographique, écran ou support numérique ?

Il me semble que deux regards différents peuvent être posés sur ces objets visuels : un regard esthétique considérant l'objet comme une image, nécessairement associée à d'autres images ; et un regard médical cherchant à décrypter l'objet pour y trouver des signes d'une affection ou d'une normalité, en s'appuyant sur tous les décryptages antérieurs et le savoir ainsi constitué.

Bien évidemment, ces deux regards ne sont pas strictement antinomiques, pas plus qu'ils ne se répartissent directement entre soigné et soignant. On pourrait risquer une analogie avec les regards posés sur des hiéroglyphes égyptiens par un esthète ou par un égyptologue : le patient, tout comme le soignant, recherche des signes de maladie. Et le soignant peut parfaitement être fasciné par les images au point d'en demander à profusion, en oubliant de parler avec le patient. Et il utilisera les images, parfois à son insu, pour asseoir son pouvoir, se privant ainsi du savoir du patient.

Comme toute activité humaine, la médecine est ainsi étayée par des représentations. Dans la médecine européenne, la levée de l'interdiction de la dissection des cadavres a radicalement changé l'iconographie du corps humain, d'abord dans l'art, et a permis,

quelques siècles plus tard, l'émergence de la démarche anatomo-clinique. Les descriptions de lésions par des mots et des dessins ont permis la constitution d'un savoir d'une grande efficacité dans la compréhension des affections décrites et dans l'élaboration de mesures thérapeutiques.

Puis l'utilisation des rayons X a ouvert de nouvelles possibilités d'investigation. Et, depuis une trentaine d'années, de nouvelles techniques ont multiplié de façon quasi exponentielle la possibilité de voir telle partie du corps et certains aspects de son fonctionnement avec une précision et une finesse spectaculaires. On citera échographie, scanner et IRM, mais de nouvelles techniques apparaissent à un rythme de plus en plus rapide.

L'apparition de ces pratiques a même produit une dénomination : l'imagerie médicale. Si en effet le

mot image a d'abord désigné le reflet, puis la forme, son champ sémantique s'est depuis considérablement étendu. Et le mot imagerie désigne la production et le commerce d'images (dictionnaire *Trésor de la Langue Française*) : il s'agit donc d'images produites et circulant dans des champs délimités, ce qui apparaît dans des locutions comme « imagerie d'Épinal », « imagerie pieuse » ou « imagerie romantique ».

Une partie du succès du terme même d'imagerie médicale rend compte d'un aspect culturel majeur en un temps où il est devenu banal d'énoncer que les lieux de soins doivent « être gérés comme des entreprises » : les équipements produisant des « images » en médecine sont probablement ceux qui nécessitent les investissements en capitaux les plus onéreux. D'où une logique de rentabilité, pouvant paraître en conformité avec une logique d'entreprise.

Outre le coût très élevé de ce matériel, la pénurie (programmée) des radiologues et médecins imageurs conduit des structures de soins à s'organiser autour des lieux d'imagerie, qui deviennent le centre et la plaque tournante de certains hôpitaux.

Et l'on observe, parallèlement, une tendance à « l'externalisation » économique et parfois géographique (un seul service d'imagerie pour plusieurs hôpitaux), y compris dans des projets de télé-radiologie. Cette évolution contribue à estomper les limites entre services publics non-lucratifs et services privés à but lucratif.

Ainsi semble se dessiner en médecine, d'une part ce qu'on pourrait appeler un certain impérialisme des images, bien homogène à la culture actuelle (un événement a-t-il eu lieu s'il n'y a pas d'images ?) conduisant à une certaine soumission à l'image devenue pièce à conviction. La parole est alors mise de côté au profit de l'image. Les soignants (mais aussi des patients), mis en position d'experts vont engranger des images pour répondre à des questions d'assurance ou de protection juridique.

Mais il existe un autre regard décryptant les signes, et constituant un savoir qui peut, par conséquent être partagé entre soignant et patient. Par cette autre face, en tant que source de connaissance, l'imagerie médicale peut aussi être un puissant facteur de libération. ■

« Le soignant peut parfaitement être fasciné par les images au point d'en demander à profusion, en oubliant de parler avec le patient. »

Imagerie médicale au quotidien

■ **Marie Kayser**, médecin généraliste

Il y a la décision de prescription

Devant les symptômes d'un patient, après l'examen clinique et d'éventuels examens biologiques, une imagerie est-elle nécessaire ? Laquelle parmi toutes celles qui se sont ajoutées au fil des années ? Cela changera-t-il la prise en charge de ce patient ? Autant de questions qui tournent dans ma tête. C'est parfois le radiologue ou un spécialiste qui recommande un examen. Ou le patient qui d'emblée ou au cours de la consultation fait une demande d'imagerie.

Pour étayer ma décision, il y a des arguments scientifiques, des recommandations médicales... Mais il y a aussi mes inquiétudes, mon vécu : risque de prescrire plus facilement quand précédemment, faute d'examen, il y a eu retard au diagnostic, mais aussi risque de retarder un bilan par refus de penser à une maladie grave pour ce patient.

Il y a bien sûr aussi le patient : celui qui avance des explications pour banaliser ses symptômes, se rassurer et me rassurer parfois à tort ; celui qui est très inquiet et que seule une imagerie normale pourra apaiser ; celui pour lequel le bilan permettra d'éliminer formellement une pathologie et d'aborder les symptômes sous un autre angle...

Puis l'échange autour de l'imagerie prescrite

Que cherche-t-on ? Que va-t-il se passer selon les résultats ? J'essaie d'anticiper pour préparer le cheminement à venir. Devant une pathologie qui me semble bénigne, dans le cas de lombalgies ou de céphalées par exemple, j'explique que si aucune pathologie notable n'est trouvée à l'examen, cela sera rassurant, mais n'invalidera pas les symptômes présentés et qu'il faudra s'atteler à les soulager. A l'inverse, un examen clinique inquiétant comme un nodule fortement suspect au niveau du sein me fait ouvrir avec la patiente le champ d'un possible cancer pour préparer son cheminement vers la prise en charge de la pathologie.

Vient ensuite le questionnement sur le lieu de l'examen

Se posent les questions de la compétence du praticien, de son accessibilité en terme géographique

et financier, du délai de réalisation. La mise en œuvre peut être simple, mais parfois c'est la quadrature du cercle : coups de fils multiples du fait de délais longs, difficultés de paiement pour des patients n'ayant pas de complémentaire ou chez des radiologues ne faisant pas le tiers-payant.

Enfin, le retour de l'imagerie

Tout d'abord, comprendre les résultats à partir de l'image et bien souvent à partir du compte-rendu, car je n'ai pas la compétence pour lire et interpréter la plupart des images médicales ; puis resituer ces examens dans l'ensemble du contexte. Ensuite, en faire part au patient : voir les radios avec lui, mais surtout essayer de lui donner la connaissance de ce que cela représente pour lui, utiliser des schémas, des plages d'anatomie, la colonne vertébrale du cabinet. Il y a les fois où tout va bien : l'imagerie est normale, le patient va bien. C'est un « happy end » et nous sommes soulagés tous les deux.

Il y a les fois où les résultats sont normaux, mais ne soulagent pas le patient qui aurait préféré qu'on « lui trouve quelque chose », avec l'espoir d'une intervention radicale et d'un soulagement efficace, et là tout le cheminement de la prise en charge est à poursuivre.

Il y a les descriptifs d'imagerie qui inquiètent le patient et pour lesquels il faut expliquer qu'il n'y a pas de parallèle strict entre la radio et les symptômes et qu'on peut avoir, par exemple, des images d'arthrose sans obligatoirement souffrir. Et puis, il y a les résultats anormaux, ceux qu'on recherchait, mais aussi ceux auxquels on ne s'attendait pas, avec l'inquiétude qu'ils apportent et la poursuite de la prise en charge.

Dans mon vécu de généraliste, le terme d'imagerie médicale ne renvoie ni à la contemplation, ni à l'esthétique ; il évoque l'aide précieuse des examens, mais aussi les images faussement inquiétantes, la responsabilité de la décision et le cheminement avec le patient. ■

§Écoute, empathie,

Relation soignant soigné

§Images, imagerie médicale

§Médecin généraliste, médecine générale

« Dans mon vécu de généraliste, le terme d'imagerie médicale ne renvoie ni à la contemplation, ni à l'esthétique. »

Le sein et son image : l'esprit et à la raison

■ **Luc Rotenberg**, radiologue à l'Institut du Sein Henri Hartmann, clinique Hartmann

§Images, imagerie médicale
§Représentation mentale de la maladie

La place de l'imagerie ne cesse de s'étendre dans le domaine médical et cancérologique en particulier. Elle intervient à toutes les étapes de l'histoire de la maladie pour le meilleur comme pour le pire. On peut dire en cela que cancer et imagerie font en règle générale bon ménage et que les radiologues en sont les acteurs et témoins privilégiés, le plus souvent en première ligne. De l'annonce de la maladie à sa rémission et à sa guérison ou bien à sa récurrence ou son échappement au traitement...

Dépistage, diagnostic, suivi du traitement, surveillance, par mammographie analogique ou numérique, échographie, doppler, élastographie, tomographie par émission de positons, scintigraphie, techniques de reconstruction 3D ou 4D, interventions par techniques de radiologie

interventionnelle permettant des prélèvements divers, des poses de repère ou de traitement ciblés et guidés par toutes ces modalités... bref l'arsenal technologique ne manque pas aujourd'hui.

Mais tout cela n'a aucun sens et n'est d'aucune utilité sans les médecins que nous sommes et l'utilisation que nous devons en faire au service de nos patients.

Toutes ces belles machines ne sont que des outils, certes très chers et très sophistiqués, mais outils tout de même derrière lesquels l'être humain ne peut se cacher au sens propre comme au figuré. Ils sont là pour nous aider à scruter jusqu'aux confins de nos anatomies, mais ne doivent jamais nous faire oublier notre humanité.

Chacune de ces techniques comporte des avantages et des limites. Aucune d'entre elles n'est capable de « tout voir ». Avez-vous bien tout vu docteur ?... Voilà une question que l'on nous pose souvent. Heu... oui je crois, enfin j'espère, dans la limite de ce l'on sait ou peut voir avec cet examen-ci... le 100 % n'existe pas en médecine comme ailleurs...

Et oui, l'imagerie médicale, comme toute la médecine, reste un art, sujette à l'interprétation de celui qui l'exerce et en cela très opérateur dépendant, comme nous disons dans nos papiers. C'est aussi ce qui en fait son charme et attire, depuis que l'homme

est pensant, certains d'entre nous vers cette belle profession de médecin.

La standardisation des pratiques, les aides au diagnostic, la télé-médecine auront peut-être d'ici quelques années transformé en profondeur notre profession, en attendant elles ne sont que des outils supplémentaires d'optimisation.

Le cancer du sein plus que tout autre bénéficie de l'imagerie dans tous les domaines.

Les plus grandes campagnes de dépistage en France et à travers le monde (occidental) concernent la sénologie.

Le sein, organe de la féminité par excellence, se prête bien au jeu de l'image, et les Français on toujours été en pointe dans ce domaine (sans jeu de mot). La mammographie moderne a été inventée par Charles Gros dans les années 60, et l'institut Curie de Paris fut parmi les pionniers à tenter les tumorectomies, intervention qui consiste à retirer le cancer en conservant le sein lorsque les conditions sont réunies (tumeur de petite taille et techniquement résécable), contrairement aux mastectomies pratiquées systématiquement alors et qui ne sont aujourd'hui réservées qu'aux cas ou la chirurgie dite conservatrice n'est pas possible.

On sait que l'un des critères pronostic majeur d'un cancer du sein est sa taille. Plus on le découvre petit, plus les chances de guérison sont grandes. Or ces tumeurs sont insidieuses, tout à fait indolores et non palpables à l'examen clinique, souvent pendant plusieurs années. 80 % de ces cancers ont une croissance lente et peuvent mettre jusqu'à dix ans pour atteindre 1 cm de diamètre.

D'où l'intérêt de les dépister systématiquement dans la population dès 50 ans (voire 40 ans dans certains cas), afin de les diagnostiquer dans leur phase dite infra clinique (avant tout signe clinique).

Les lésions que l'on découvre à ces stades sont très petites, voire microscopiques.

A la mammographie (rayons X), elles peuvent prendre la forme de petites calcifications (micro calcifications de 50 à 100 microns de diamètre) visibles sous formes de petits grains de calcium regroupés (comme une pincée de sel) en un ou plusieurs foyers, parfois très difficiles à voir sans une bonne loupe ou un agrandissement du cliché.

Ces calcifications sont également présentes dans

« Ces belles machines ne sont que des outils, ils sont là pour nous aider à scruter jusqu'aux confins de nos anatomies, mais ne doivent jamais nous faire oublier notre humanité. »

nombre de lésions bénignes du sein, ce qui rend leur interprétation délicate. Lorsque le risque de cancer sous-jacent est avéré, seule l'analyse anatomopathologique peut faire la différence entre bénin et malin. Il est alors nécessaire de pratiquer des prélèvements qui se font aujourd'hui par macrobiopsie stéréotaxique, mot barbare pour des prélèvements guidés par rayons X sur des tables dédiées permettant un ciblage 3D très précis, sans douleur (anesthésie locale), sans cicatrice ni hospitalisation et permettant dans de nombreux cas une exérèse complète de la cible.

L'échographie (ultrasons) permet de dépister d'autres formes de tumeurs sous forme de petites boules ou nodules de quelques millimètres qui peuvent ne pas être vus en mammographie. Là encore, certains de ces nodules sont de nature ambiguë, et l'imagerie seule ne peut être discriminante. Ils nécessitent des prélèvements qui seront guidés par les ultrasons à type de micro ou macrobiopsie selon les mêmes modalités, évitant ainsi nombre de chirurgies inutiles en cas de lésion bénigne. Seuls les cancers et certaines lésions à risques dites « lésions frontalières » sont confiées au chirurgien.

L'IRM des seins est utilisée comme complément d'examen dans des cas difficiles, dans la surveillance de certains cancers, en cas de cancer volumineux nécessitant une chimiothérapie de première intention avant chirurgie pour évaluer la réponse au traitement, dans les cas de suspicion de récurrence.

TDM, scintigraphie, TEP-scan participent au bilan d'extension et à la surveillance des autres organes et ne sont pas directement utiles en première intention pour la visualisation du sein lui-même.

La multidisciplinarité est aujourd'hui indispensable en cancérologie

La chaîne de compétences, dans laquelle s'insèrent tous les acteurs, dont les radiologues, autour des patients optimise la prise en charge technique et humaine de leur pathologie et de leur être tout entier tant l'impact psychologique du cancer reste fort dans notre société.

Le cancer du sein amplifie encore ce phénomène, ajoutant à la peur de la maladie celle aussi légitime de la perte de féminité réelle ou fantasmée. Notre regard posé sur « l'intrus », et sur la femme qui le porte, est déterminant pour la suite des événements.

La peur et la maladresse d'un médecin sont parfois plus néfastes que la maladie elle-même. Son humanisme et son soutien éclairé doivent à l'inverse, sans mièvrerie, dire les choses telles sont et telles qu'elles peuvent être entendues par chacun.

Voilà notre travail de tous les jours, de toutes les demi-heures voire de tous les quarts d'heure, où chaque consultation est une tranche de vie pleine, entière et unique qu'il faut vivre et ne pas subir pour donner à chacun le meilleur de nous-mêmes. ■

Un regard oriental (fragment du Mahabharata)

■ Chandra Covindassamy, psychiatre

Dans le palais de Hastinapura, le maître d'armes Drona enseigne le maniement de toutes les armes aux jeunes princes de la cour.

Arrive le jour où le meilleur guerrier doit être désigné. Pour l'épreuve du tir à l'arc, Drona fait installer un oiseau artificiel au sommet d'un arbre, chacun doit l'atteindre d'une flèche.

Yudhistira, l'aîné est le premier à affronter l'épreuve, mais avant de décocher sa flèche, il doit répondre aux questions de son maître : que voit-il en plus de la cible ? Voit-il l'arbre ? Les nuages ? Drona lui-même ? Les autres princes ? Il répond qu'il voit tout : la cible, l'arbre, les nuages, Drona et les autres princes. Il est éliminé, lui signifie le maître.

Les autres princes, l'un après l'autre font les mêmes réponses et sont aussi éliminés.

Vient le tour d'Arjuna qui vise l'oiseau et tend son arc. Aux questions de Drona, il répond qu'il ne voit rien, rien d'autre que l'oiseau et seulement sa tête, pas même le corps. Drona lui donne l'ordre de tirer et l'oiseau tombe l'œil transpercé par la flèche.

Cette histoire se passe de tout commentaire, après le temps de voir puis celui de comprendre le lâcher de la flèche serait l'instant de conclure. On laissera le lecteur faire les analogies qu'il veut, notamment avec la situation de soin et aussi à propos du rapport des images et de la médecine, en particulier sur le rapport entre l'image et la cible. ■

La mammographie en question

I Martine Lalande, médecin généraliste, lectrice émérite de la revue *Prescrire*

Merci à Jérôme Sclafer pour sa relecture.

§Epidémiologie §Mammographie

Il s'agirait d'une épidémie : les cancers du sein augmentent. Plus le pays est riche, plus les femmes risquent d'avoir ce cancer. Elles ont toutes ça dans la tête, c'est tellement fréquent que chacune connaît une femme qui en a eu, une amie, une parente ou une collègue de travail. En ce moment, en France, une femme sur sept aura ce cancer dans sa vie, et c'est la première façon de mourir pour une femme entre 35 et 65 ans. Est-ce à cause du mamy-boom (on est plus nombreuses et on vit plus longtemps...), de notre façon de manger (les produits chimiques et les hormones dans l'alimentation...), de vivre (les enfants nés plus tard, le stress, la pollution...) ou à cause des hormones (la pilule, le traitement de la ménopause...) ? Heureusement, l'Etat veille, et avec lui la Sécurité sociale et les sociétés de gynécologues. On nous propose de mieux traiter ces cancers en les détectant, chez toutes les femmes de plus de 50 ans, gratuitement, par des mammographies faites régulièrement. Voir la tumeur avant qu'elle ne soit palpable. Elle sera moins évoluée, donc moins grave, et mieux soignée, et l'on vivra plus longtemps.

Pendant des années, les médecins ont eu à cœur de convaincre leurs patientes de faire ce dépistage régulièrement. Certains, ayant assisté à la survenue de cancers chez des femmes plus jeunes, le proposaient dès 40 ans, espérant faire bénéficier leurs patientes d'un diagnostic précoce. Dans tous les pays développés, des dépistages se sont mis en place par des mammographies proposées à intervalles réguliers, essayant de toucher le maximum de femmes, avec des campagnes promotionnelles organisées par les ministères et assurances maladie. En France, les femmes reçoivent chez elles des lettres avec des adresses de radiologues, dès leur 50^e anniversaire, puis tous les deux ans. Les médecins reçoivent des affiches et des dépliants à mettre dans leur salle d'attente et ils sont bien notés par la Sécurité (au cours des bilans présentés par ses représentants ou par l'intermédiaire des CAPIs...) si leurs patientes font ces examens. Les femmes les deman-

dent, pour être rassurées de l'absence de cancer, et parce qu'on les a convaincues que s'il existait, mieux valait le savoir le plus tôt possible.

En pratique, la prescription des mammographies et le conseil aux femmes qui les demandent sont compliqués. Les femmes de moins de 50 ans souhaitent faire cet examen qui pourrait les prémunir d'un risque qu'elles connaissent. Certaines sont angoissées à l'idée de cet examen, et se culpabilisent de tarder à le faire. La lecture des clichés est ardue : si un médecin est parfois capable de voir une fracture ou un foyer pulmonaire que le radiologue a manqué, la lecture de centaines de mammographies ne donne pas suffisamment d'assurance pour y voir quelque chose... On se réfère à l'avis du radiologue, doublé de celui d'un expert en cas de dépistage¹. Des médecins sensibilisés au problème adressent leurs patientes chez des radiologues réputés pour leur pratique des mammographies et dont l'analyse est fiable, ce qui va souvent avec des honoraires élevés, pas à la portée de toutes les patientes. Quand une femme revient avec une mammographie montrant des anomalies, l'angoisse monte et il faut avoir de bons correspondants pour envisager la suite ou la rassurer. Parmi ces correspondants, il y a des gynécologues, des chirurgiens, des sénologues... ceux que l'on a rencontré ou qui sont dans notre réseau, à la fois bons techniciens et

« Après analyse minutieuse des études publiées sur le sujet, il semble que les espoirs mis dans le dépistage du cancer du sein par mammographie soient en grande partie illusoire. »

raisonnables, humains et intégrés dans une équipe qui sait prendre en charge les femmes.

La situation est différente quand la mammographie a été prescrite alors que la femme a décelé elle-même une boule anormale. Dans ce cas, la radiographie est indispensable pour contribuer au diagnostic², et l'on a souvent une idée de la dangerosité du problème avant le résultat (une boule dure, avec des ganglions...), même s'il y a parfois de bonnes surprises (un kyste au lieu d'un cancer...). Quand le diagnostic se confirme, on se demande toujours ce qui a failli. Pourquoi le problème n'a-t-il pas été décelé avant ? Ne devrait-on pas faire des mammographies de dépistage plus tôt, plus souvent ? Pour-

quoi la femme n'a-t-elle pas fait l'examen conseillé ou prescrit ?... Tant l'on est conditionné à l'idée que notre imagerie peut prévoir, prévenir, aider à déceler « à temps », oubliant que la plupart des tumeurs sont diagnostiquées quand elles s'expriment physiquement, et que cela ne change peut-être pas tant le problème pour les femmes à qui cela arrive.

Car finalement, est-ce que cette pratique des mammographies systématiques réduit le risque de mourir d'un cancer du sein ? Est-ce que cela diminue le risque de mourir tout court pour les femmes ? La question se pose dans tous les pays qui ont institué cette politique, et les pays du Nord de l'Europe et d'Amérique ont essayé d'y répondre par des études d'évaluation comme ils savent en faire (mieux qu'en France, la spécialité de notre pays étant de suivre les avis des spécialistes avant de mettre en place des études indépendantes pour savoir si leurs convictions sont argumentées...). La revue *Prescrire*, seule revue française de formation indépendante de l'industrie pharmaceutique et des lobbies, a étudié en long et en large ces enquêtes pour essayer d'y voir plus clair et de proposer une information objective aux patientes. Ce travail monumental s'étale sur plusieurs numéros de la revue depuis 2003, surtout en 2006, et est actualisé quand de nouvelles études apparaissent (une étude française est attendue pour 2012) ³.

Après analyse minutieuse des études publiées sur le sujet, il semble que les espoirs mis dans le dépistage du cancer du sein par mammographie soient en grande partie illusoire. Aucun essai contrôlé de qualité correcte ne parvient à démontrer que la mortalité par cancer du sein diminue pour les femmes qui ont des mammographies, par rapport à celles qui n'en font pas. Et la mortalité totale (de toutes causes) des femmes qui « bénéficient » de ce dépistage n'est pas améliorée. Le dernier calcul retenu dit qu'il faut faire des mammographies régulières chez 700 à 2 500 femmes pendant 14 ans pour éviter un décès par cancer du sein. Il est étonnant que les pouvoirs publics trouvent encore cette démarche « rentable », selon les critères actuels ⁴...

Si l'on évite peu de décès, a-t-on allégé le traitement des cancers, décelés plus tôt ? Pas vraiment non plus, le nombre d'opérations enlevant le sein entier n'a pas diminué pour autant.

La mammographie systématique décèle-t-elle tous les cancers du sein ? Loin de là, 25 % des cancers sont diagnostiqués entre deux dépistages, et il ne serait pas raisonnable d'irradier les seins plus souvent que tous les deux ans (faire trop souvent des mammographies risque d'induire des cancers, c'est l'une des raisons pour lesquelles on ne les propose pas avant 50 ans).

Le dépistage permet-il de soigner des cancers repérés plus tôt ? Là, cela se complique, car 25 % de ces « petits » cancers non palpables sont peu dangereux,

n'auraient pas évolué ou très lentement. Une fois décelés, comme l'on ne sait pas distinguer ceux qui vont évoluer dangereusement, ils sont explorés et traités comme les autres et n'apportent que des inconvénients aux femmes qui n'en auraient pas souffert si on ne les avait pas vus... De plus, parmi les anomalies décelées à la mammographie en France, 60 % se révèlent être autre chose que des cancers, et l'on aura dû faire différentes démarches diagnostiques (autres images ou ponctions, voire opérations) qui ne sont pas exemptes de douleurs physiques ni d'angoisse pour les femmes, voire de risques médicaux (anesthésies...)

Finalement, en même temps que les campagnes publicitaires du gouvernement et de l'Assurance maladie encouragent les femmes à demander et faire des examens d'imagerie qui devraient les prémunir contre le cancer du sein qu'elles redoutent, on apprend que ce dépistage est en grande partie inefficace. Il est même dangereux, pour un nombre non négligeable de femmes, explorées, opérées, voire traitées, sans en tirer de bénéfices : il aurait mieux valu pour elles qu'on n'ait rien vu... Tandis que le discours ambiant n'a pas changé, laissant persister l'illusion d'un examen protecteur des femmes présenté comme de la prévention, l'intérêt de la mammographie est loin d'être établi.

Dans une course à la détection de la plus petite anomalie, le dépistage mammographique voit trop de choses. Pourrait-il être utile si ses performances étaient redéfinies ou faut-il en revenir à la clinique en oubliant l'illusion de tout voir pour tout prévoir ? ■

-
- 1. La double lecture vise seulement à éviter les faux négatifs : il n'y a pas de double lecture quand une anomalie est signalée par le radiologue. Les images jugées anormales ne sont donc pas confirmées par un expert au moment de la lecture de la mammographie (qui aurait peut-être pu éviter des faux-positifs, et un surcroît d'interventions).
- 2. La mammographie ne suffit pas au diagnostic, qui le plus souvent est réalisé à la suite d'un prélèvement (biopsie) fait au cours d'une consultation spécialisée ou d'une intervention, ce qui est déjà un geste invasif.
- 3. De nouvelles études viennent d'être publiées, analysant l'évolution de la mortalité par cancer du sein dans différents pays. Cette mortalité est en baisse, mais il est difficile de montrer que c'est en lien avec le dépistage par la mammographie.
- 4. Les pouvoirs publics ont décidé cette campagne avant d'avoir cette évaluation, en se basant sur des essais (que l'on sait maintenant biaisés) évoquant une baisse de mortalité par cancer du sein de 30 %... La revue *Prescrire* conclut : « Dans les pays qui n'ont pas organisé de dépistage, si les autorités sanitaires pensent que le dépistage du cancer du sein est une priorité, la première mesure devrait être de mettre en œuvre de nouveaux essais comparatifs randomisés de méthodologie et de réalisation inattaquables » (La revue *Prescrire* n° 272, p. 371)

Références

La revue *Prescrire* n° 270, mars 2006, p. 214 : « Le dépistage mammographique des cancers du sein en France » ;
n° 271, avril 2006, p. 269 : « Les effets indésirables des mammographies de dépistage des cancers du sein » ;
n° 272, mai 2006, p. 248 : « Mammographies et dépistage des cancers du sein » ;
n° 288, octobre 2007, p. 758 : « Dépistage mammographique des cancers du sein ».

Incidentome

I **Jean-Pierre Lellouche**, pédiatre

Lorsque j'ai entendu pour la première fois le mot incidentome, j'ai aussitôt compris par le contexte ce qu'il signifiait. Je ne connaissais pas le mot, mais la chose m'est familière depuis plus de vingt ans. Ce jour-là, une femme en pleurs demande à me voir en urgence. Trois jours plus tôt, j'avais vu son fils âgé de 6 mois, il vomissait et j'avais demandé une échographie abdominale. L'échographiste n'avait rien trouvé sur le plan digestif qui serait susceptible d'expliquer ces vomissements, mais il avait été regarder les reins, ce que je ne lui demandais pas, et il avait trouvé une tumeur rénale. En fait, après avoir essayé de mieux voir, il n'était plus sûr d'avoir vu une tumeur, mais il finit par conclure qu'il serait plus prudent de refaire une échographie quelques mois plus tard pour surveiller l'évolution.

Un incidentome, c'est cela ; le médecin découvre quelque chose qui n'était pas recherché, qui est peut-être une anomalie et dont il ne sait que faire. Les incidentomes sont particulièrement fréquents lorsque le médecin demande ce que l'on nomme en anglo-américain un check up et que beaucoup de patients français nomment, non sans raison, un ketchup.

Lorsque l'on dit à quelqu'un qui a du mal à respirer qu'il a de l'asthme ou lorsque l'on dit à quelqu'un qui a des douleurs abdominales qu'il a un ulcère, ça ne lui fait pas plaisir, mais il comprend. Il a par ailleurs le sentiment que le médecin comprend lui aussi et qu'il sait ce qu'il faut faire.

Les médecins sont habitués à voir des malades qui présentent des signes ; ces signes conduisent à faire un diagnostic et le diagnostic détermine le traitement. Le chemin qui mène des signes au diagnostic et au traitement est un chemin balisé, parcouru depuis longtemps par des cohortes de malades et de médecins disciplinés.

Pour l'incidentome, il en va tout autrement. Celui-ci est inattendu, inexplicable, souvent peu ou mal étiquetable. Pour le médecin, il n'est pas agréable d'avoir à faire à quelque chose d'imprécis, d'incertain devant lequel il ne sait pas quoi faire. Mais ce déplaisir s'accompagne de quelques retombées positives : le malade effrayé lui demandera aide et protection et se percevra menacé par un mal d'autant plus redoutable qu'il ne peut même pas être nommé. Le malade se percevra comme tout petit et le considèrera comme son dernier recours. Il viendra le voir souvent (on ne dira jamais assez les délices pour certains médecins du paiement à l'acte).

Incidentomes et faux positifs

Lorsque l'on veut dépister une maladie, on dispose de techniques qui toutes comportent des faux positifs et des faux négatifs. Si l'on veut être sûr de ne rater aucun diagnostic ou d'en rater le moins possible, il faut accepter le risque d'avoir quelques faux positifs (c'est-à-dire de prendre le risque d'inquiéter quelqu'un qui n'est pas malade en lui disant qu'il est possible qu'il soit malade et qu'il faudra le surveiller attentivement). On dit d'une technique comportant très peu de faux positifs qu'elle est très spécifique ; en d'autres termes, chaque fois que la technique détecte une anomalie, la personne est réellement malade. On dit d'une technique comportant très peu de faux négatifs, c'est-à-dire ne méconnaissant que très peu de cas, qu'elle est très sensible.

Il y a entre un faux positif et un incidentome à la fois une parenté évidente et une différence considérable.

Le faux positif peut être très pénible à vivre, mais il n'est pas totalement inattendu. De plus, lorsque l'on veut dépister une tuberculose, un cancer ou un diabète, le faux positif consiste à diagnostiquer, à tort, une tuberculose un cancer ou un diabète. L'incidentome est très différent, car ce que l'on trouve, ou que l'on croit avoir trouvé, vient s'imposer comme une surprise inattendue et inexplicable, sans lien aucun avec les signes ressentis par le malade et sans lien avec ce qui est recherché par le médecin.

Mais il y a une autre différence majeure entre le faux positif et l'incidentome qui n'existe pas. Et cela nous conduit à nous interroger sur l'idéologie médicale.

Les médecins n'aiment pas trop parler de faux positifs et de faux négatifs, mais ces termes couramment utilisés par les épidémiologistes se sont imposés. Les médecins les utilisent avec une grande maladresse, parce que tous ces termes viennent dire les limites de la médecine. Idéalement, le médecin aimerait ne jamais se tromper. Dans ce monde idéal, les notions de sensibilité et de spécificité n'ont aucune place. Le médecin, même s'il a envie de croire à ce monde idéal, est bien obligé d'accepter, à contrecœur, ces termes qui démontrent qu'il existe une différence entre ce monde rêvé et le monde réel.

Le fait que le terme incidentome (ou tout autre terme qui parlerait de cela) ne soit guère utilisé est un révélateur de la difficulté qu'ont les médecins à accepter de débattre des limites de leur exercice. ■

« Idéalement, le médecin aimerait ne jamais se tromper. »

§ Ecoute, empathie,
Relation soignant soigné
§ Images, imagerie médicale
§ Incidentome

I Sylvie Cognard, médecin généraliste

Rosalie vient d'avoir 18 ans. Elle est scolarisée dans l'institut médico-éducatif dans lequel je travaille. Éti-
quetée psychotique, grande et belle jeune-fille, elle ne
parvient pas à faire le deuil de sa mère, car elle s'en
considère comme responsable. Sa mère est décédée
il y a maintenant deux ans. Sa relation avec elle était
difficile et violente. Quelques jours avant le décès, toutes
deux avaient eu une terrible dispute, car Rosalie avait
fugué et n'adressait plus la parole à sa mère. Rosalie
l'avait insultée et frappée. Le lendemain, sa maman
sombrait dans le coma suite à une rupture d'ané-
vrisme cérébral et deux jours après, elle décédait
sans avoir repris connaissance.

Nous parlons avec Rosalie, elle vient me voir souvent
pour divers troubles. Maux de tête, vertiges, fatigue, maux
de ventre, nausées... Elle me dit aussi avoir peur
d'être enceinte malgré son implant contraceptif. J'es-
saye de lui faire faire le lien entre son histoire et les symp-
tômes qu'elle m'amène. « Alors vous pensez que c'est
pas vrai ce que j'ai ? » Je tente d'expliquer ce que c'est
que l'inconscient, ce drôle de truc qui nous mène par
le bout du nez et comment il peut se manifester à l'insu
de notre plein gré. C'est dur dur au début, Rosalie prend
sa mine renfrognée, puis elle ressort de mon petit bureau
rassurée, puisque je lui ai dit que j'entendais bien
qu'elle souffrait, mais qu'elle n'avait rien de grave, rien
qui puisse la faire mourir.

Un soir au foyer, elle fait une grosse crise et est hos-
pitalisée en psychiatrie, Elle a une tension artérielle

très élevée, L'interne en médecine qui la reçoit aux
urgences demande des dosages hormonaux pour en
rechercher l'origine. Les dosages reviennent légè-
rement augmentés et elle a un potassium sanguin bas,
la tension ne baisse pas au décours de son séjour. L'in-
terne demande alors un scanner abdominal. Celui-ci
montre une petite image arrondie de moins d'un cen-
timètre sur la glande surrénale droite.

Mais oui, bien sûr ! Pour Rosalie, tout s'explique, ses
maux de ventre, ses nausées, ses maux de tête, ses ver-
tiges et sa fatigue. L'endocrinologue consulté a pro-
grammé deux hospitalisations de jour pour faire
plusieurs tests, il lui a parlé d'un probable syndrome
de Cohn. Il aurait même dit à Rosalie qu'on allait l'opé-
rer pour lui ôter la petite boule responsable de tous
ses maux.

Maintenant Rosalie vient me voir car elle a très peur
de l'intervention, qu'en même temps elle appelle
de ses vœux.

Le fil ténu que nous étions parvenu à tisser entre son
histoire et ses maux est rompu. Je ne peux pas criti-
quer mes confrères. Je ne peux pas exprimer mon opi-
nion que l'on peut avoir une tension élevée et des
hormones en ébullition lors d'un accès délirant.
Alors je me renseigne, je téléphone, demande les
comptes-rendus d'exams et de consultations.

Quelques mois plus tard, le diagnostic de syndrome
de Cohn est infirmé. Il s'agissait d'un « incidenta-
lome ». ■

§Ecoute, empathie,
Relation soignant soigné
§Images, imagerie médicale
§Incidentome

I Mireille Brouillet, médecin généraliste

Je ne connaissais pas le mot incidentome et seulement
l'agacement devant l'annonce d'une image dont on
ne sait que faire dans l'histoire qu'on est en train de cher-
cher à éclaircir, le patient et moi.

Mais il y a aussi les non incidentomes (peut-on dire
ainsi ?) : l'œil du radiologue peut se poser sur le patient
et se mêler de ce qui aurait pu ne pas le regarder !

Une dame de 62 ans, nouvellement installée dans la région,
se plaignait de douleurs à la marche ; j'ai demandé
une radio du bassin, je pensais à un début de coxarthrose.
Elle revient, contente parce qu'elle n'a « rien aux
hanches », mais pressée de me voir car le radiologue
lui a posé des tas de questions sur ses chaussures, ses
bagues, et lui a dit de me revoir pour explorer l'hypo-
physe ! Qu'est-ce qu'il va chercher là... les pieds : oui,
à bien y réfléchir, elle aime son confort et prend plus
grand... la bague : elle n'en met plus : avec l'âge, les
doigts gonflent... a-t-elle regardé des photos d'elle il

y a dix ans ? Sa famille trouve-t-elle qu'elle a changé ?
Non.

Je reste dérangée et perplexe... je lui trouve « une
bonne tête »... Au point où nous en sommes, nous
décidons de poursuivre avec un scanner de la selle tur-
cique, pour en finir avec ce doute introduit par le
regard du radiologue.

Il a bien fait de dire. Elle a un gros adénome de l'hypo-
physe, les dosages hormonaux le confirment et elle est
actuellement sous traitement freinateur, avant chirurgie.
J'aurais pu me sentir coupable de n'avoir rien vu, elle aurait
pu m'en vouloir, mais je crois que l'histoire de la décou-
verte de cette pathologie a renforcé la confiance
mutuelle : nous avons partagé l'étonnement, nous avons
été un peu irritées par ce radiologue curieux, puis nous
avons parlé des correspondants à trouver, des patholo-
gies rares et elle a pu me dire la difficulté à accepter toute
la prise en charge médicale qui va avec cette révélation. ■

L'angoisse de Sidonie

I Sylvie Cognard, médecin généraliste

Sidonie est une patiente fragile. Elle a une histoire familiale complexe et travaille dans la restauration comme son compagnon. Ils ont une petite fille de 5 ans. J'assure le suivi de la grossesse et tente d'apaiser ses multiples angoisses. La grossesse se passe bien. Cependant, son travail dans la restauration est très dur, elle est toujours debout et ne compte pas ses heures. Plusieurs fois, je lui propose de la mettre en arrêt de travail, mais elle refuse car son employeuse voit d'un très mauvais œil cette grossesse. Sidonie a peur que son CDD ne soit pas renouvelé. Elle s'inquiète des répercussions de sa fatigue et de ses angoisses. Si elle ne retrouve pas son travail après la naissance, le couple aura des difficultés financières.

Lorsqu'elle passe sa troisième échographie, le praticien indique que le fémur du fœtus est trop petit sans autre détail et lui demande de faire faire un autre examen chez un échographiste référent en diagnostic prénatal.

L'annonce du fémur petit faite par l'échographiste vient réveiller les angoisses et les sentiments de culpabilité de Sidonie alors que la grossesse arrive presque à son terme.

« Le monde avait disparu. Tout était noir autour de moi, les bruits de la rue trop bruyants pour pouvoir penser. Boule dans la gorge et peur au ventre se sont installées. Des images dans ma tête se sont ancrées et un bébé est apparu complètement déformé. Le bébé devenait irréel, ça y est pour moi il était nain. Je ne pouvais expliquer ce qui m'arrivait puisque le docteur ne m'avait rien dit ! J'avais tellement été suffoquée en entendant ces mots que nulle parole, nulle question n'avait pu sortir. »

Le fait d'imaginer un handicap possible (ici un nanisme) lui fait dire tout d'abord qu'elle ne peut pas aimer cet enfant à venir.

Le passage de l'échographie de contrôle la rassure pleinement :

« Mon bébé était bien proportionné, mais légèrement en dessous de la moyenne ! C'est comme si on m'avait enfermée dans une cage dans le noir, pour me forcer à m'habituer à mes angoisses et

qu'enfin on ouvrait la porte pour affronter à nouveau le soleil éblouissant. Le docteur a dit « Ce sera un beau bébé, mais petit en taille ». Vue notre grandeur, cela peut-être tout à fait normal. Je réalisais qu'on n'avait plus de questions à se poser. Sur le chemin du retour, je me sentais solide et à la fois d'une incroyable légèreté. »

Son dossier présenté à la commission de diagnostic prénatal (DPN) fera évoquer une trisomie 21. Ils lui proposeront une amniocentèse. Sidonie et

son compagnon refuseront cet examen, ne se sentant pas capables de faire réaliser une interruption médicale de grossesse pour un fœtus viable. Tout au long des 45 jours séparant l'annonce du « petit fémur » et la naissance, le couple fera un énorme travail de réflexion et de reprise de confiance en eux en tant que parents. Ils concluront qu'ils accueilleront et aimeront leur bébé, non pas comme l'enfant parfait rêvé, mais comme l'enfant en lui-même handicapé ou non.

Sidonie fera le lien entre ses sentiments de culpabilité d'avoir mené sa grossesse avec un avenir économique incertain, un travail très dur et leur désir à tous les deux.

C'est moi qui l'avais encouragée à écrire ce témoignage pour qu'elle puisse trouver les mots à dire à son enfant et en quelque sorte exorciser ses peurs. Lui expliquer son ressenti de désamour à l'annonce d'un handicap possible et la reconquête de ses capacités à être mère et à aimer.

Les médecins prescrivent des échographies pour s'assurer que les grossesses se passent bien et que les fœtus sont en bonne santé. Les professionnels du DPN traquent anomalies et malformations pour faire des diagnostics et proposer des solutions dont l'une est l'interruption médicale de grossesse (IMG). Les échographistes s'appliquent à faire ce que leur demandent les prescripteurs. Les femmes font des échographies pour savoir si elles attendent un garçon ou une fille, elles attendent aussi d'être rassurées sur la normalité de leur bébé. C'est quand l'annonce d'une mauvaise nouvelle arrive que tout se complique... ■

Doute et images

I **Sylvie Cognard**, médecin généraliste

Il y a quelques jours, il m'a fallu éponger deux centimètres d'eau dans tout le petit appartement en rentrant du travail à 21 heures, elle avait laissé le robinet de douche ouvert dans un seau posé sur l'évacuation d'eau. Avant-hier, une fumée âcre sortait par la porte-fenêtre, elle avait décidé de se faire cuire du riz et avait oublié la casserole sur le feu. Hier matin, elle était toute excitée, car elle avait pris ses hormones thyroïdiennes du lundi et du mardi en même temps. La nuit dernière, elle m'a réveillée deux fois en s'accrochant à la sonnette pour me demander si j'avais bien donné à manger à son chien. Ce soir, elle n'est pas rentrée de sa promenade. Il est plus de 19 heures, Elle s'est encore laissé enfermer dans le parc. J'appelle la gardienne pour qu'elle vienne la libérer avant qu'il ne fasse nuit noire...

Elle le fait exprès pour m'embêter ou quoi ? J'hésite entre la démence sénile et sa névrose... Elle joue encore bien au Scrabble et est capable de tenir dignement une conversation. Je connais aussi les blessures narcissiques jamais guéries à l'origine de son caractère exécrationnel.

Son médecin traitant a demandé un scanner cérébral, « A quoi ça sert », me dit-elle ?

Le scanner montre des lacunes au niveau du lobe frontal, probablement dues à de petits AVC (accidents vasculaires cérébraux) à répétition. Elle a 90 ans.

L'imagerie aura servi à me convaincre qu'elle ne le fait pas exprès pour m'embêter, pour son médecin à ajuster son traitement et pour elle à passer un moment désagréable et angoissant. —

Image in air

I **Sylvie Cognard**, médecin généraliste

Je suis déconfitée ! Cette fois, c'est du côté droit que je ressens une douleur au genou qui m'empêche de courir, de marcher, voire même de dormir parfois. Voilà, voilà, que ça recommence ! Un an auparavant, je suis fait opérer du genou gauche pour un ménisque en lambeaux dont un morceau se coinçait de temps à autre, m'obligeant à le secouer dans tous les sens pour remettre les choses en ordre. Ce petit morceau se voyait très bien sur l'IRM, pris en flagrant délit de balade.

Interrogeant le confrère chirurgien consulté sur la probable origine de ce délabrement de mon auguste genou, alors que je ne lui avais jamais fait subir un quelconque

traumatisme violent, celui-ci m'avait signifié que c'était en rapport avec mon âge canonique. J'en avais été fort contrariée, mais à sa décharge, il m'avait fort bien soulagée en m'opérant.

Donc, je ressentais désormais les mêmes douleurs du côté droit. Je courais chez un autre confrère plus affable qui tenta de me rassurer en me disant que son examen clinique ne concluait pas à un problème méniscal. Arguant de mes douleurs, il me prescrivit finalement une IRM. Je voulais voir l'intérieur de mon genou droit, rêvant d'être une petite souris qui grignoterait un nouveau bout de ménisque, comme un iceberg détaché de la banquise. Résultat du scanner, les ménisques droits se portaient très bien. Le responsable de mes douleurs était un petit kyste synovial, une espèce de mini hernie comme sur une chambre à air. Cela pouvait tout à fait se résorber tout seul et il s'en est effectivement allé tout seul. —

Voir ou ne pas voir

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

Alexandre n'avait pas envie de faire la coloscopie, à cause de l'anesthésie. Il faut dire qu'il avait peur de la maladie, et de la faucheuse qui rôde parfois autour, que sa famille avait connu la Shoa, qu'il avait déjà eu un malaise gravissime rattrapé de justesse grâce à un hélicoptère du SAMU. Cette fois-là, il avait des hémorroïdes qui saignaient, mais la collègue gastroentérologue et moi, nous craignions que ce ne soit aussi quelque chose de plus sérieux. Tout ce qu'il voulait bien faire, c'était un hémocult, une recherche de sang dans les selles, qui s'est avérée normale. Il est rassuré, moi moins.

Mais les symptômes ont continué. Alors je lui propose

une colo virtuelle par scanner, sans anesthésie. Et là, miracle, il accepte, et on trouve un gros polype, il fait alors une vraie colo : il y a des cellules cancéreuses, qui nécessitent une opération et pas de chimio. Ouf.

Bien sûr, tout le monde n'est pas comme Alexandre. Mais nous sommes beaucoup à être pris entre l'envie de savoir et de ne pas savoir, entre la peur de la maladie et la peur de la médecine. Les nouveaux progrès de l'imagerie rendent alors de vrais services, ils évitent d'imposer des gestes invasifs, douloureux, potentiellement dangereux. Je me souviens des coelioscopies avant les échographies pelviennes, ou des arthrographies du genou avant les IRM.

Certes, la fascination devant les images, et le poids financier des lobbies de l'imagerie m'énervent, mais quand même, devant la complexité de la démarche médicale, je n'ai pas envie de cracher dans la soupe du progrès technique. —

Nuit étoilée et diamant

■ **Anne Perraut Soliveres**, praticien chercheur, cadre infirmier supérieur

Pauline et Zoé devisent sur leurs images

Pauline : J'aime les images, j'aime les voir, qu'on me les commente. J'aime les mots qui sont derrière, même ceux que je ne comprends pas. J'ai beaucoup de curiosité par rapport à toutes ces images, à quoi elles servent, quand faut-il les faire, où, comment, avec qui... L'idée qu'on puisse supprimer des images parce qu'en vertu de certaines statistiques, elles ne sont pas suffisamment utiles ou qu'on ne découvrirait qu'un cas pathologique sur mille m'effraie. Par exemple, les échographies durant la grossesse, ou les réflexions statistiques sur la mammographie.

J'ai un fils qui est né grâce aux images. Pas seulement les images, c'est aussi la sollicitude des médecins, les progrès de l'obstétrique, les savoirs croisés qui font qu'à pathologie égale, ma mère a perdu un fils et que le mien a 17 ans. J'ai fait une hypertension artérielle gravissime et l'artère qui irriguait le bébé fonctionnait très mal. J'ai compris après coup que j'aurais pu ne pas l'avoir.

Ma nature optimiste a fait que je suis restée captivée à regarder les images de cet enfant, bien que sentant que l'inquiétude planait. J'ai appris à les apprivoiser. Le médecin qui s'occupait de moi s'appelait Dr Chou, ce qui introduisait une certaine poésie dans ces images et leur donnait du sens, indépendamment de l'importance des chiffres qu'on devait fréquemment contrôler. J'ai aimé le son du cœur de l'enfant, et même celui de l'artère qui ne fonctionnait pas. J'ai eu de l'inquiétude, mais aussi du plaisir à les faire. Une fois, l'échographe m'a dit que ma grossesse ne durerait pas plus de six mois et demi. Je lui ai répondu : « On verra bien ». J'ai finalement eu la chance de mener ma grossesse au maximum possible, vu ma pathologie, c'est-à-dire sept mois et demi sans autre problème pour le bébé que la prématurité. Que du bénéf...

Zoé : Quand je lis un article qui remet en cause la mammographie systématique comme pouvant potentiellement entraîner des gestes inutiles, j'ai l'impression de me retrouver prisonnière d'un savoir et d'un pouvoir médical qui déciderait à ma place ce qu'il convient de surveiller, sans tenir aucun compte de ma situation particulière. Le regard statistique me fait toujours le même effet, le sentiment que mon humanité disparaît, que je deviens un chiffre. Je n'aimerais pas être la femme à qui on découvre une image suspecte au cours d'une mammographie et à qui on dirait qu'on attend de voir si ça évolue, au prétexte que cela pourrait se révéler bénin.

Pauline : Moi, je me retrouve avec des seins granuleux (dystrophie fibrokystique calcifiante de Schin-nelbouch) et j'ai décidé de surveiller ça de très près. J'ai la chance de pouvoir être suivie par quelqu'un qui est spécialiste de ça et la qualité du regard de cette personne et des clichés me font me sentir en sécurité. La possibilité d'accéder à cette surveillance est une chance et il faudrait que tout le monde puisse y accéder.

Zoé : Il est certain que le palper ne peut pas toujours distinguer le normal du pathologique

Pauline : Mes mammos ressemblent à des nuits étoilées...

Zoé : Les miennes sont destinées à surveiller l'après tumorectomie. Je n'étais pourtant pas candidate au cancer du sein. Première grossesse à 20 ans, deuxième à 22, allaitement des deux enfants, pas de pilule, pas de traitement hormonal, pas de tabac, pas d'antécédents familiaux... Bref pas de « facteur de risque » selon les statistiques... Maintenant, je surveille l'évolution du magnifique diamant qui a remplacé la tumeur (calcification post radiothérapique) sur la mammo. Lumineux programme...

Pauline : Moi je ne rentre pas dans ces statistiques puisque je n'ai que 46 ans et que je fais des mammos tous les deux ans. Cela me fait des clichés de référence. Bien sûr, il faut que ces clichés soient de qualité, ce qui n'est pas toujours le cas.

Zoé : Poser le problème du bénéfice/risque de la prévention est très important pour éviter de faire n'importe quoi et surtout diminuer la iatrogénèse des traitements lourds. Mais je ne peux pas m'empêcher de me méfier des retombées quand on connaît les objectifs de productivité/réduction des coûts portés par les pouvoirs publics. La transformation du système de soins en entreprise entraîne des pratiques qui ont davantage à voir avec la rentabilisation des installations qu'avec l'intérêt du patient. Ces logiques contradictoires ne bénéficient pas à la qualité des soins. Je sais aussi que les « consommateurs » sont souvent demandeurs de magie et dans l'illusion qu'il suffirait de tout voir pour éviter tout risque. Nombre de nos concitoyens réclament des investigations sophistiquées pour justifier leurs douleurs. Il faut donc que le recours aux images soit adapté et judicieux. Par exemple, je n'ai pas besoin qu'un scanner vienne confirmer l'usure de mes disques intervertébraux si aucun geste chirurgical n'est envisagé. Tout ça demande à être pesé, enseigné et réfléchi avec les médecins prescripteurs. ■

Quels enjeux économiques

C'est aussi en termes d'investissement, de gestion hospitalière, de salaires, de conflits entre public et privé, que se pense la question des techniques d'imagerie, dans la mesure où celles-ci supposent des choix économiques. Et la fonction des imageurs occupe elle-même une place particulière dans ce dispositif.

Mais les choix économiques ont de redoutables conséquences sociales et politiques : l'interprétation du dernier rapport de la Cour des comptes montre clairement comment ils engagent des effets en termes d'accès aux soins selon les régions, mais aussi d'inégalités selon l'origine sociale des patients. Ces inégalités se répercutent à un niveau international, si l'on prend en considération la manière dont l'acquisition des technologies d'imagerie, dans les pays du Sud, contribue à des discriminations meurtrières dans l'accès aux soins.

Enfin, se pose la question de l'expertise médicale, et de la façon dont elle peut être instrumentalisée à des fins de défense des intérêts des assureurs, comme le montrent plusieurs témoignages de terrain.

Mais aussi à des fins de contrainte politique qui contredisent radicalement l'exigence de défense des intérêts des patients.

La radio qui permet de mesurer l'âge osseux, par exemple, est utilisée comme un dispositif de persécution des migrants. ■

A la Cour des Comptes

■ Pierre Volovitch, économiste

Dans son rapport annuel sur la Sécurité sociale, la Cour des Comptes consacre le chapitre XII à « La politique d'équipement en imagerie médicale »¹. On y trouve, comme souvent dans les rapports de la Cour des comptes, des choses intéressantes exprimées dans un métalangage que je me permettrai parfois de traduire en langage courant.

On commence par rappeler les objectifs :

« Les principes d'une politique globale de l'imagerie ont été posés par la circulaire du 24 avril 2002 relative au développement de l'imagerie en coupe. Ils n'ont pas été modifiés depuis cette date. Quatre objectifs y sont fixés : apporter une réponse appropriée aux besoins de prise en charge des patients, permettre un accès de tous les professionnels à l'imagerie en coupe, favoriser le regroupement des équipements et des ressources humaines, encourager la substitution entre les différentes techniques d'imagerie. Les agences régionales (ARH/ARS) sont désormais chargées de l'application de ce texte. » (p. 297).

Et puis on passe à du plus désagréable :

« Une évaluation, à la fois régionale et nationale, devait permettre en principe de guider de manière périodique les choix. Prévue dans la circulaire d'avril 2002, cette évaluation devait porter tant sur l'activité des appareils, l'organisation des plateaux techniques que sur le respect des recommandations de bonnes pratiques. Or elle n'a jamais été réalisée. » (p. 298).

Et comme l'évaluation qualitative prévue par les textes n'existe pas, on en reste à une politique d'autorisation d'installation uniquement quantitative qui ne garantit ni l'accessibilité, ni la qualité :

Alors que « L'objectif principal du régime des autorisations pour les équipements lourds d'imagerie médicale devrait être (...) de garantir une accessibilité suffisante de la population aux examens et de s'assurer que le niveau d'équipement actuel permet aux patients de bénéficier du bon acte, au bon moment, (...) la politique essentiellement quantitative actuelle ne (le) permet pas. » (p. 300).

Ce constat global, la Cour le précise, en s'intéressant successivement à l'inégale répartition des appareils sur le territoire, au problème d'une tarification favorable à l'hospitalisation privée, à la question de la qualité et à l'absence de prise en compte des évolutions technologiques à venir.

Des inégalités persistantes entre régions

Il y a bien eu augmentation du nombre d'appareils : « A la fin de 2002, on comptait en France 230 IRM installés. En 2009, leur nombre était porté à 520 appareils, l'objectif défini pour 2011 étant de 668 machines, soit une progression sur dix ans de 190 %. Les objectifs quantitatifs définis par chaque région montrent sur les cinq ans du SROS III une progression du nombre d'appareils autorisés au plan national de 30 % pour les scanners, de 45 % pour les IRM et de 61 % pour les TEP. » (p. 297).

Mais cette augmentation du nombre d'appareils laisse persister des inégalités entre régions qui sont un obstacle à l'accès égal pour tous :

« Au-delà de l'augmentation du parc, les objectifs d'équipement définis dans les régions sont très disparates. Ainsi, l'ARH des Pays de la Loire poursuit l'objectif, pour 2011, d'autoriser moins de 12 scanners par million d'habitants. Dans le même temps, les ARH de Champagne-Ardenne et Midi-Pyrénées ont un objectif de plus de 18 machines par million d'habitants.

Des observations comparables peuvent être faites concernant les IRM. En Corse ou en Bourgogne, il est prévu d'autoriser l'installation de 6 à 7 IRM par million habitants quand l'Ile-de-France vise un niveau d'équipement deux fois supérieur.

Ces objectifs ne sont pas toujours le reflet de la situation sanitaire de la population. Malgré les préconisations du plan cancer de 2003, les trois régions où la mortalité par cancer est la plus élevée ont déterminé en 2006 des objectifs d'équipement en IRM inférieurs à la moyenne nationale. Au contraire, les deux régions où la mortalité par cancer est la plus faible ont défini des objectifs largement au-dessus. Le résultat est une implantation en 2008 d'un IRM pour 456 nouveaux cas de cancer en Ile-de-France et d'un IRM pour 970 nouveaux cas dans les Pays de Loire. Un tel écart porte atteinte au principe d'égalité d'accès aux soins sur le territoire. » (p. 298).

Une tarification favorable à l'hospitalisation

Un constat désagréable :

« Les délais d'accès aux équipements sont une mesure de l'adéquation de l'offre de soins au besoin (.../...) – Il faut patienter deux à trois fois plus pour un examen d'imagerie en coupe en hospitalisation dans le secteur public que dans le secteur privé. » (p. 300).

Auquel la Cour va donner quelques explications. Ça commence par une de ces litotes que la Cour aime tant manier :

§Accès aux soins §Gouvernement, politique, démocratie, Etat
§Revenu, Rémunération soignants, à l'acte, forfaitaire, T2A
§Aménagement du territoire,
Décentralisation,
Soignants/territoires

« L'hôpital public dispose en 2008 de 55 % du parc des scanners et de 45 % des IRM. Ces dernières années, l'évolution du parc a été très favorable au secteur privé, dynamique que le système de tarification négocié par la CNAMTS avec l'activité libérale n'a pas contrarié. » (p. 302).

Revenons donc à cette tarification qui « n'a pas contrarié » l'exercice libéral.

« La tarification des examens réalisés pour des patients ambulatoires par les scanners, les IRM et les TEP comporte deux volets, d'une part, un forfait technique directement pris en charge par l'assurance maladie sans application du ticket modérateur et, d'autre part, des honoraires remboursés à 70 % (100 % dans les cas d'affection de longue durée).

1 – Les forfaits techniques

(.../...) Ce forfait ne rémunère que les frais d'amortissement et de fonctionnement de l'appareil. Le niveau de ce forfait induit des conséquences financières différentes pour les IRM et les TEP.

a) Pour les IRM les données médico-économiques les plus récentes ont été publiées en juin 2008.../... Pour ne pas être financièrement déficitaires, les structures d'exploitation d'un IRM doivent réaliser presque 4 000 actes par an. En 2006, dans le secteur libéral, deux appareils sur 192 n'atteignaient pas ce seuil de référence.

Quand 6 000 actes sont réalisés, le fonctionnement de l'appareil dégage grâce à la cotation très favorable des forfaits techniques, une marge annuelle de 146 600 €; pour 7 000 actes, la marge obtenue est de 190 000 €, une fois tous les frais de fonctionnement payés, soit des excédents respectivement de 16 et 20 %. Plus le nombre d'actes est élevé et plus le montant et le taux de marge sont importants.

Pour l'ensemble du parc de 479 appareils IRM installés en 2008, l'assurance maladie a versé ainsi en forfaits techniques, un excédent injustifié de l'ordre de 70 M€. Dès 2003, une note d'actualisation des coûts des actes de remnographie, réalisée par la CNAMTS, mettait en évidence pour les IRM des écarts entre les coûts effectifs et les tarifs des forfaits techniques de 17 % en province et de 22 % à Paris. Pourtant, en 2005, lors de la mise en œuvre de la nouvelle nomenclature, n'a été appliquée qu'une baisse de 2 % de ces forfaits pour l'ensemble des scanners et des IRM. En 2007, sont intervenues une diminution supplémentaire de 4 % ainsi que la création de paliers de dégressivité à l'application difficilement contrôlable et peu contrôlée, ne compensant visiblement pas les gains de productivité réalisés. Pareil raisonnement s'applique également aux scanners, pour lesquels si on ne dispose pas de données actualisées, les excédents de rémunération étaient évalués en 2003 entre 11 et 14 %.

La marge importante dégagée par les radiologues sur les forfaits techniques d'actes d'IRM et de scanner n'est pas conforme à l'esprit de la définition qui en est donnée dans la réglementation. Aussi est-il souhaitable que ces for-

faits soient revus à la baisse en vue de correspondre aux coûts d'amortissements et d'exploitation observés. » (p. 303-304).

Pour les IRM (imageries par résonance magnétique), la CNAMTS applique des forfaits techniques dont elle sait, au moins depuis 2003, qu'ils sont trop élevés par rapport au coût réel, et donc source de rente pour les radiologues libéraux.

b) Pour les TEP au contraire « des études médico-économiques réalisées par la CNAMTS en 2003 et 2004 tendent à montrer que pour 1 800 actes, soit une activité moyenne annuelle, l'exploitation d'un TEP est déficitaire de 350 000 €. Sur 69 TEP installés, dix seulement sont exploités par une structure privée lucrative. L'essentiel du déficit lié à une tarification inadaptée est donc supporté par l'hôpital public. » (p. 305).

La tarification des TEP (tomographie par émission de positons) conduisant à un déficit d'exploitation, le privé lucratif s'est bien gardé d'en installer. A l'hôpital public de « supporter » comme dit la Cour.

2 – Les honoraires

« En complément des forfaits techniques, les radiologues perçoivent pour les actes réalisés sur des équipements lourds d'imagerie une rémunération pour « acte intellectuel » sous forme d'honoraires.

Il existe des disparités très substantielles de rémunération entre les spécialités médicales qui exercent en libéral. Les radiologues perçoivent ainsi un revenu 1,8 fois supérieur à la moyenne des autres spécialités. En 2005, la mise en œuvre d'une nouvelle tarification pour le paiement des honoraires avait pour objectif de favoriser l'équité des tarifs entre spécialités. Toutefois à l'issue des négociations conventionnelles, les tarifs pratiqués antérieurement ont été maintenus pour les actes de remnographie et de scanographie et les nouvelles règles relatives à la détermination du travail médical n'ont pas été appliquées. » (p. 305).

Et c'est ici que je tente une question : D'où le lobby des radiologues tire-t-il sa force ?

Au-delà des rentes qu'elle assure aux radiologues, les « distorsions de tarification » ont des effets sur les pratiques.

« Quand un patient est hospitalisé à l'hôpital public, les examens d'imagerie qui sont réalisés au cours de son séjour sont inclus dans le tarif du séjour. Quels que soient le nombre et la nature des examens réalisés au cours de cette hospitalisation, le montant de la rémunération du séjour est le même et ne dépend que de la pathologie. La logique de cette prise en charge d'un forfait à la pathologie est de conduire les praticiens à ne prescrire et pratiquer que les actes utiles.

Au contraire, si le patient est hospitalisé dans un établissement privé à but lucratif, les actes d'imagerie médicale pratiqués durant le même séjour sont tous facturés

.../...

.../...

en sus du tarif du séjour, sur la base de la tarification s'appliquant en ville, c'est-à-dire des honoraires versés au radiologue libéral et du forfait technique versé au titulaire de l'autorisation d'installation de la machine. Au motif que les médecins libéraux sont rémunérés à l'acte, le principe d'une incitation à une prescription plus vertueuse, tant au bénéfice d'une maîtrise des dépenses de santé que dans l'intérêt des patients, ne s'applique pas. On comprend aisément que ce système de rémunération a des conséquences très différentes dans les deux secteurs, pour les médecins comme pour les établissements où ils exercent.

(...) il n'est pas illogique que les demandes d'autorisations du secteur libéral se développent, d'autant que le nombre limité des machines installées protège de la concurrence et garantit un volume d'affaires conséquent. (p. 307-308).

C'est là que j'aime le mieux la « médecine libérale ». Utiliser des tarifs publics financés par la solidarité et des contingentements de matériel pour multiplier les actes, pas tous utiles, et cultiver ses rentes. Sauf qu'à force de laisser les « libéraux » faire ce qu'ils veulent, on « saigne » l'hôpital public.

« L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique (DREES) font état, dans des études publiées en 2009, de niveaux de rémunération annuelle très différents, à hauteur de 83 000 € en moyenne à l'hôpital et de 202 800 € dans le secteur libéral. Cette différence de rétribution provoque un déséquilibre inquiétant entre les différents secteurs d'exercice aux dépens du secteur public.

27,7 % des radiologues travaillent à l'hôpital public et cette part est en recul chaque année. Entre 2003 et 2009, l'hôpital a perdu 2,2 % de ses effectifs de radiologues alors que concomitamment le nombre de ces spécialistes installés dans le secteur libéral progressait de 8,7 %. » (p. 308).

Ce qui finit par poser un problème pour l'organisation de la permanence des soins.

« (Les hôpitaux publics) ont l'obligation de faire fonctionner la permanence des soins, sans toujours disposer des effectifs de radiologues suffisants (.../...) La contrainte devient alors très lourde pour les praticiens hospitaliers concernés. » (p. 308).

On a alors recours aux « bricolages » habituels :

« Une des solutions proposées par la circulaire de 2002 est de privilégier les demandes d'autorisation associant un nombre significatif de radiologues, tant hospitaliers que libéraux, dans le cadre d'une structure de coopération adaptée. » (p. 309).

Et puis comme souvent (toujours) le « bricolage » rencontre ses limites :

« L'écart des modes de rémunérations constitue un frein important à ces coopérations. » (p. 309).

La question de la qualité

Le chapitre traite à plusieurs moments la question de la qualité.

A partir de pathologies spécifiques :

« L'accident vasculaire cérébral - La société française de radiologie recommande, devant toute suspicion d'AVC, que soit réalisée une IRM cérébrale en urgence afin de rechercher un infarctus et d'apprécier son étendue (.../...) Mais si la quasi-totalité des patients font l'objet d'une exploration par imagerie cérébrale aux urgences, 94 % de ces patients ont un scanner et seulement 2 % une IRM dans les délais recommandés. Or contrairement à l'IRM, le scanner ne permet pas de différencier un accident ischémique d'une autre pathologie, comme par exemple une sclérose en plaques, pouvant se présenter cliniquement comme un AVC.

Les cancers - L'IRM occupe une place particulière en cancérologie car il permet un diagnostic des tumeurs. Il est également utilisé pour surveiller leur évolution au cours et à distance d'un traitement, dans le cadre d'une surveillance régulière afin de détecter une éventuelle rechute. Le plan cancer 2003-2009 évaluait le besoin à 40 scanners et IRM dédiés aux indications de cancérologie pour ramener leur délai d'accès à 15 jours pour les patients concernés. 81 appareils ont finalement été autorisés à ce titre mais le temps d'attente pour un rendez-vous reste deux fois supérieur à l'objectif. Aucun outil ne permet actuellement de suivre l'évolution de cet indicateur de qualité de la prise en charge des patients atteints de cancer. » (p. 301).

En posant la question de la pertinence des actes effectués :

« Le développement de l'imagerie en coupe a beaucoup modifié les examens recommandés et certaines pratiques sont devenues obsolètes (.../...) Le dispositif réglementaire existant permettrait d'exclure du remboursement les actes obsolètes. Or la révision de la nomenclature de 2005 n'a pas été suffisamment accompagnée d'une réflexion sur la pertinence des actes. Dès lors, des actes réputés inutiles par la Haute autorité de santé (HAS) sont remboursés par l'assurance maladie et donc fréquemment pratiqués.

(.../...) Depuis 2005, le guide de bon usage des actes d'imagerie précise les non-indications de la radiographie du crâne et réserve son utilisation à des indications très limitées. Dans un avis de 2008, la HAS confirme que, dans la presque totalité des cas, la radiographie du crâne n'est plus indiquée, en particulier en cas de traumatisme crânien. Pourtant, chaque année sont réalisées plus d'un million de radiographies du crâne dont la plupart sont inutiles. Cette pratique est en recul de 15 % seulement depuis 1999. Valorisés au prix de remboursement, ces examens représentent plus de 30 M € de dépenses. » (p. 309-310).

Les remarques de la Cour sont-elles justifiées ? Je n'ai aucune compétence sur ces questions. Mais comme patient, et comme citoyen, j'aimerais être certain que ces questions sont débattues... quelque part...

L'absence de prise en compte des évolutions technologiques à venir

Là encore la Cour fait un constat assez désagréable : « Il n'existe pas de structure en charge du suivi de l'évolution de l'état des connaissances en imagerie, pour coordonner, organiser et hiérarchiser l'information et la rendre utilisable par les acteurs en charge de la planification ; ceux-ci doivent souvent statuer en l'absence de position ou de stratégie proposée au plan national. » Au milieu de son chapitre la Cour glisse, discrète-

ment, un paragraphe qui me semble avoir sa place en conclusion :

« Dans un contexte où la tarification, en générant des rentes indues et en ne décourageant pas les pratiques inadéquates, n'assure pas son rôle de régulation, l'objectif du régime des autorisations n'est plus de garantir l'égalité d'accès aux soins mais de contribuer à la maîtrise des dépenses de santé. Il se trouve finalement au service d'une politique de « contingentement » de l'accès aux soins pour les patients ». (p305). —

■

1. Pour ceux qui voudraient lire la chose en intégrale : <http://www.ccomptes.fr/fr/CC/Sommaire-24.html> – puis aller au chapitre « la politique d'équipement en imagerie médicale ».

Le radiologue et le fric

■ Anne Perraut Soliveres, praticien chercheur, cadre infirmier

Si le métier de radiologue reste une des spécialités médicales les plus lucratives (moyenne des revenus), on est en droit de s'étonner qu'il soit désormais quasi impossible d'en recruter dans les hôpitaux publics et privés à but non lucratif. Ceci expliquerait-il cela ? Qu'est-ce qui différencie le profil de ceux qui choisissent cette spécialité des autres médecins ? Aurait-on organisé la « pénurie » pour ne pas saturer le marché ou les cabinets demandent-ils un tel investissement financier qu'il reste très peu de clients potentiels ? Mais alors, pourquoi tant de services d'imagerie hospitalière se plaignent-ils de ne pas trouver de candidats salariés ? Quel est le numerus clausus dans cette spécialité ?

Je persiste à m'indigner devant l'obligation qui est faite à de nombreux hôpitaux, étranglés par des réformes de plus en plus contraignantes et ne trouvant pas de candidat pour le poste de radiologue, de passer marché avec des « entreprises privées » de radiologie. Comment en effet qualifier autrement un radiologue, privé, présent dans plusieurs hôpitaux, dont un public, utilisant les infrastructures et le personnel financés par l'argent public, non lucratif par conséquent, pour exercer un métier privé très lucratif ? J'ai travaillé dans un de ces hôpitaux PSPH qui, après de longues et infructueuses recherches, a « choisi » de passer contrat.

On pourrait imaginer que la fascination du public pour des images de plus en plus performantes, associée à une culture scientifique qui a tendance à ne

croire que ce qu'elle peut voir, jouent un rôle non négligeable pour attirer les médecins en quantité suffisante pour assurer la relève dans cette voie. Pour avoir eu l'occasion de passer derrière la console, j'ai constaté qu'il y avait du jeu et un certain plaisir de l'opérateur (et des témoins...) dans la reconstitution animée de l'individu vivant sous sa forme squelettique sur l'écran. Les images en 3D sont autrement plus excitantes que celles des salles d'anatomie ! Ce métier est-il devenu trop complexe ? Trop porteur de risques potentiels ?

Ces questions ne sont pas anodines car elles soulignent une évolution du système de soins qui ne fait que se détériorer, alors que les progrès techniques, s'ils sont utilisés à bon escient, devraient au contraire l'améliorer. Mon intention n'est pas de faire le procès des radiologues, mais de dénoncer la dérive qui les entraîne, à l'instar d'autres spécialités, à attacher davantage d'importance au marché et à l'amortissement du matériel très coûteux qu'ils utilisent qu'à leur exercice.

Sans compter que le cabinet (privé) que je suis amenée à fréquenter depuis de nombreuses années, et dans lequel je n'ai eu qu'à me louer de la compétence (qualité tant humaine que technique) des radiologues, vient d'instaurer un dépassement d'honoraires, que j'ai refusé de régler au nom de mes valeurs, au grand dam de la secrétaire un peu gênée. Après décision d'un des praticiens, j'ai finalement pu bénéficier de mes examens au tarif normal. Comment en sont-ils venus à pratiquer de la sorte ? Voilà la grande question. —

L'image, l'imageur, le patient et son médecin

Robert Lavayssière, médecin radiologue et photographe amateur

§Prescription

§Pratique médicale

§Information médicale

§Dossier médical

Le pouvoir de l'image est considérable depuis l'aube de l'humanité et presque toutes les religions s'en sont emparées.

La radiographie de la main de Madame Roentgen a fait plus pour la diffusion de la méthode que tous les discours ou publications sur le sujet et moins d'un an après la découverte de ces rayons inconnus, ou Rayons X, plus de 1 000 installations fonctionnaient de par le monde. La tomographie par scanner ou l'imagerie par résonance magnétique ont connu la même évolution grâce au choc de leurs images...

L'image, omniprésente dans le monde moderne, est devenue nécessaire en médecine au moment du diagnostic, diagnostic de certitude ou lors du dépistage systématique, comme au moment du traitement ou dans la surveillance post-thérapeutique. Cette toute puissance de l'image peut donner lieu à diverses interprétations et aussi à une certaine méconnaissance de la réalité quotidienne.

Du symptôme à l'image ou l'image du symptôme ? Impact sur la pratique

Il faut être trois pour porter les chaînes du diagnostic par l'image : le médecin clinicien, le patient et le médecin imageur qui n'est pas nécessairement un « radiologue », une bonne partie de l'imagerie étant effectuée par d'autres médecins, en France comme ailleurs.

On estime aujourd'hui qu'un patient sur deux subira, ou « bénéficiera », d'un examen d'imagerie au terme d'une consultation motivée par un symptôme. La demande du patient est forte, car il est de mieux en mieux informé par les médias, ses proches et ses recherches par Internet et donc exigeant. Son médecin accèdera à cette demande pour de nombreux motifs comme la nécessité d'avoir une confirmation d'un diagnostic clinique, mais aussi pour ne pas risquer de manquer une anomalie détectable par le biais de l'imagerie. La question du coût, coût sociétal, est rarement posée et le bien-fondé de la demande n'est que très rarement remis en cause par le patient et son médecin, ce d'autant plus que le patient estime y avoir droit. Le médecin qui doit répon-

dre à la demande d'imagerie n'a que rarement la possibilité de récuser cette demande, pour des raisons de confraternité, mais aussi pour des raisons médico-légales, sauf s'il existe une contre-indication ou une erreur manifeste d'indication.

L'idéal serait que la demande d'imagerie soit éclairée. La question devrait être formulée clairement : M. X ou M^{me} Y a tels et tels symptômes et je cherche telle et telle chose. Le moyen devrait relever du choix du spécialiste en imagerie.

Dans la pratique, le patient est adressé avec une demande d'un examen quel qu'il soit avec la mention « faire faire un... », le plus souvent sans aucun renseignement clinique ni aucune indication d'aucune sorte.

Une demande éclairée suppose que l'on sache ce que l'on cherche et que l'on sache ce qu'un examen peut apporter en termes de diagnostic et à quel prix, coût financier et risques éventuels... À l'imageur de deviner ! Et c'est parfois difficile quand le patient ne sait pas s'exprimer ou ne parle pas le français. L'imageur se transforme donc trop souvent comme l'effecteur d'un examen dont le produit ne sera qu'un compte-rendu.

Bien souvent, le patient lui-même ne sait pas pourquoi l'examen est demandé ni à quoi s'attendre, car son médecin ne le lui a pas expliqué, qu'il s'agisse d'une pathologie bénigne ou d'une pathologie grave. Il est ainsi étonnant d'entendre un patient, à qui l'on a fait une IRM de la prostate dans le bilan préopératoire d'un cancer prouvé par des biopsies préalables, poser la question fatidique : « Alors, Docteur (facultatif), est-ce que j'ai un cancer ??? » Cela prouve que dans la chaîne de soins, personne ne s'est donné la peine d'expliquer, voire de justifier cet examen. Lors d'un congrès de cancérologie, nous avons présenté le résultat d'une enquête sur la demande d'examen en cancérologie : le constat était que les médecins généralistes comme les professeurs, chefs de service, ne justifiaient pas leurs demandes et que seuls quelques spécialistes, de ville ou d'hôpital, prenaient le temps d'indiquer les éléments nécessaires à la réalisation d'un examen pertinent.

Cette absence de justification clinique est aussi répandue dans le système ambulatoire que dans le système hospitalier. Ce n'est pas sans raison qu'aux Etats-Unis, de nombreux établissements ont mis en place un système électronique de demande d'examen nécessitant une validation clinique en rapport avec un guide des bonnes pratiques, disponible en ligne si besoin. Cette démarche n'est pas non plus sans arrière-pensée économique, puisque de nombreux organismes subordonnent la prise en charge au respect des indications. Notons qu'en France, la Société Française de Radiologie a elle aussi publié un remarquable guide des bonnes pratiques en imagerie qui est un référentiel accessible à tous, spécialistes ou non. La Sécurité sociale et la Haute Autorité de Santé (HAS) sont également sur cette voie qui avait déjà été explorée avec les Références Médicales Opposables (RMO)...

Pertinence clinique des images

La pertinence d'un examen d'imagerie repose sur sa valeur clinique et son impact sur la prise en charge d'un patient. Or, il n'y a pas un examen, mais plusieurs en fonction de la façon dont il est conduit avec un même type d'équipement. On ne fait pas un scanner pulmonaire pour une bronchite de la même façon que l'on recherche une embolie pulmonaire : il n'y a pas de méthode universelle.

À l'issue de cet examen, deux situations sont possibles : soit il est normal, soit il met en évidence une pathologie, recherchée voire inattendue ou « incidentalome ».

La valeur d'un examen normal est extrêmement difficile à affirmer. Dans certains cas, s'il est bien indiqué, ce seul examen suffira à rassurer le patient et son médecin et interrompra les investigations et les dépenses. L'exemple type est l'examen tomodensitométrique de la tête pour céphalées, récentes ou chroniques. Quelle est la question derrière ces céphalées : dépression, angoisse, tumeur, anévrisme... La liste est longue et il faut être très sûr de soi pour affirmer qu'un examen est normal.

Il faut qu'il soit techniquement parfait et que l'équipement utilisé soit conforme à l'état de l'art technologique. Or, la technologie évolue très vite, ce qui induit une obligation de moyens même s'il n'y a pas forcément obligation de résultats.

L'imageur a aussi, dans certains cas, à affronter le doute du patient : « J'ai un symptôme et il ne trouve rien ». « Il n'a pas su mettre une image sur ma douleur ! » Et la question survient, parfois ouvertement : « Est-il compétent ou ses équipements sont-ils de qualité ? ». Là aussi, le rôle du demandeur, qui rappelons-le n'est pas un prescripteur, est essentiel : il doit savoir à qui et pour quoi il adresse une demande d'examen.

Cette demande n'est pas une prescription comme celle d'un examen de laboratoire ou de médicaments. La valeur prédictive négative d'un examen se mesure et elle est variable en fonction de la compétence et le degré de spécialisation : pas plus qu'il n'y a de technique universelle, il n'y a de spécialistes universels en imagerie et les centres d'imagerie ont de plus en plus souvent un ou plusieurs référents spécialisés. Cette spécialisation accrue est aussi un des enjeux du futur avec la diminution des effectifs. Des pans entiers de l'imagerie risquent d'être abandonnés à des non-spécialistes de l'imagerie, sans contrôle de qualité ni frein à l'auto prescription.

Cette difficulté d'affirmer la normalité est à l'origine de l'instauration de la deuxième lecture des mammographies réalisées dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein (DOCS).

Les radiologues participant au dépistage ont reçu une formation, qualifiante, spécifique et doivent respecter le cahier des charges national. Toutes les mammographies considérées comme normales sont relues par des radiologues experts, ou deuxièmes lecteurs. Dans tous les pays du monde, y compris en France, la deuxième lecture permet de détecter 10 % de cancers non vus en première lecture, malgré la compétence des médecins.

Évaluer la compétence est difficile et une affaire récente a défrayé la chronique au Canada. Un médecin « étranger », i.e. « non-canadien », exerçant seul dans une lointaine province a été démis de ses fonctions au motif de son incompétence soupçonnée devant des erreurs de diagnostic, partiellement imputées au caractère solitaire de sa pratique. La machinerie administrative, une fois mise en route, a fait relire les examens interprétés par ce praticien pour arriver à la conclusion que son taux d'erreurs était inférieur à la moyenne admise qui est de 5 à 6 % !

Lorsque l'examen est anormal, on serait tenté de dire que la situation est plus facile : c'est le triomphe de l'imagerie faite par le bon médecin demandeur ! Il convient, là aussi, d'être prudent car, comme le disait un de mes maîtres en neuroradiologie : « On n'opère pas des images, mais un patient ». Les images n'ont de valeur que corrélées à la clinique, ce qui permet d'attribuer une valeur prédictive positive avec une précision qui est fonction de la compétence et un niveau de certitude qui est aussi lié à la qualité de l'équipement ou à la technique employée. Ainsi, un neurinome de l'acoustique peut parfaitement passer inaperçu sur un scanner de qualité bien fait alors qu'il sera évident sur un examen IRM de qualité moyenne et que le comportement après injection de produit de contraste IRM permettra d'affirmer le diagnostic.

.../...

.../...

Il arrive parfois que l'examen produise un résultat inattendu et c'est au spécialiste de l'imagerie de formuler plusieurs hypothèses et les moyens pour arriver au diagnostic sous réserve de la pertinence clinique. À quoi cela sert-il d'affirmer qu'un nodule de la surrénale est un adénome bénin au moyen d'une ponction guidée par le scanner si le patient est, par ailleurs, atteint de métastases multiples qui mettent en jeu le pronostic à court terme ? Il faudra aussi affronter le patient, et sa famille parfois, dans le respect de la déontologie médicale et de la relation humaine.

Cette relation est une des difficultés de l'exercice radiologique, car elle est de courte durée, parfois absente, et mal connue des patients comme des autres médecins. Or, les consultations d'annonces sont très souvent radiologiques, au moment du diagnostic ou dans la surveillance, annonce de l'évolution, positive ou négative sous traitement, voire de rechute. Par le biais des imageries, le patient se trouve confronté à une vision, imparfaite mais cruelle, de sa maladie. Les mesures de dimension et les calculs de volume, les indices de progression ou de régression, ont autant d'effets que la matérialisation concrète du mal. Cette réalité est brutale et particulièrement difficile à prendre en charge quel que soit le mode d'exercice.

Le « radiologue clinicien »

La méconnaissance du travail effectué par les radiologues et, donc, la méconnaissance du service médical rendu est ancienne. Vouloir ramener l'acte d'imagerie au simple temps d'acquisition des images témoigne d'une méconnaissance profonde de la réalité quotidienne. Le raccourcissement du temps d'examen a surtout eu deux conséquences. La première est le confort du patient qui ne doit plus subir des procédures longues dans une situation d'inconfort et l'autre est la mise en évidence de phénomènes non-détectables jusque-là tout en générant un flux d'images très important, plusieurs milliers avec les scanners modernes.

On assiste aussi de ce fait à un découplage entre l'acte technique, où la présence médicale reste nécessaire pour adapter l'examen, et l'acte intellectuel qui devient de plus en plus long et complexe. Les logiciels d'aide à la détection, ou CAD, ne sont pas des logiciels d'aide au diagnostic, même s'ils ont fait la preuve de leur utilité dans certains domaines (détection des micro calcifications, calculs de volume, etc.). Ils demandent une interprétation humaine et génèrent aussi des faux positifs qu'il faut savoir identifier.

La délégation des tâches au personnel de manipulation ne peut se faire que dans un cadre strictement encadré, où la protocolisation extrême est nécessaire et la tentation de rendre l'interprétation immatérielle au moyen de la « télé radiologie » n'est pas une solution aux problèmes démographiques ou économiques. Elle demande autant, voire plus, de compétence et se prive de l'information donnée par le patient qui est le seul à pouvoir exprimer, plus ou moins aisément, sa plainte somatique, réelle ou supposée.

N'oublions pas que le radiologue est le seul médecin, avec les anatomo-pathologistes, à engager un diagnostic par écrit et que son produit, les images, peut être regardé par un tiers, radiologue ou non. L'expertise judiciaire utilise aussi les données de l'imagerie et la conservation des données numériques (stockage-archivage) est devenue un enjeu majeur.

Enfin, il est souhaitable de pourfendre une idée couramment répandue : les radiologues n'arrivent qu'en cinquième position dans l'échelle des revenus des médecins spécialistes selon les statistiques de la CARMF qui utilise les déclarations fiscales.

Conclusion

Si l'imagerie médicale n'a pas perdu son pouvoir de séduction, elle est menacée par un double défi, démographique et technocratique, à la recherche d'une utopie, une médecine à bas coût et au plus haut niveau... ■

« La tache aveugle »

■ **Jean-François Werner**, anthropologue, chercheur à l'Institut de Recherche et Développement, spécialiste de photographie et d'imagerie médicale, UMR 912 (IRD, INSERM, Université de Provence)

Les images produites par les technologies visuelles à usage médical voient leur pouvoir d'élucidation sans cesse amélioré par les avancées technologiques. En quelques décennies, on est passé de l'exploration d'un organe à celui des tissus qui le composent, de l'observation des structures anatomiques à celle de leur fonctionnement intime. Si les retombées sont immenses sur les plans diagnostique, thérapeutique (imagerie interventionnelle) et scientifique (imagerie fonctionnelle du cerveau, par exemple), en revanche nous ignorons presque tout des conditions de production de ces images, de leurs modalités de réception et de consommation ou encore de leurs effets dans la sphère sociale. Comme si la clarté que ces images projettent dans l'intérieur du corps humain aveuglait ceux qui s'en approchent – radiologues, techniciens, cliniciens, patients, chercheurs – au point de rendre impensable toute mise en question du dogme d'une imagerie médicale bienfaitrice de l'humanité. Comme si, au sein de ces dispositifs de vision sophistiqués, se trouvait une tache aveugle similaire à celle qui existe au sein de l'appareil de vision humain. C'est aux limites de cette zone opaque que nous travaillons depuis plusieurs années avec pour objectif de faire reculer notre ignorance en la matière. Comment ? En appliquant à l'imagerie médicale une méthodologie de nature ethnographique qui privilégie le travail de terrain et l'observation directe, et dont le principal mérite est de mettre en relation les discours et pratiques relevant de domaines habituellement disjoints : la technique et le médical, le social et l'imaginaire, le politique et le financier, etc. Dans cette optique, dite globale ou holiste, l'imagerie médicale est définie comme (1) l'ensemble des dispositifs techniques et scientifiques permettant de créer des images du corps humain ; (2) les images produites par ces dispositifs ; (3) les savoirs et les acteurs mobilisés par la fabrication et la mise en œuvre de ces dispositifs, et (4) par l'interprétation et l'utilisation des images ainsi produites.

Où ? Le travail de terrain est conduit non pas dans les sociétés industrialisées du Nord où ces technologies sont produites et mises en œuvre, mais au Sud, dans des pays en voie de développement situés en Afrique, un continent dans lequel elles diffusent de plus en plus rapidement.

Quoi ? Non pas l'imagerie médicale en général, mais deux « modalités » (pour reprendre la terminolo-

gie des radiologues) situées aux deux extrémités de la gamme des technologies. Soit la radiologie, la première historiquement parlant, et l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), la dernière en date des inventions dans ce domaine.

Du pouvoir de vérité de la radiographie

Nous commencerons par la radiographie et le rôle qu'elle joue, ou plutôt qu'on lui fait jouer, dans le dépistage de la tuberculose, une pathologie courante et en nette augmentation parmi les populations les plus pauvres des pays pauvres. Nos observations ont été effectuées dans une structure sanitaire (un centre de santé) située à la base de l'appareil de soins biomédical et dotée d'un appareil de radiologie simple servi par un manipulateur qui faisait office de radiologue.

Premier constat, l'utilisation de la radiologie dans de telles structures repose sur les compétences de techniciens en radiologie qui n'ont pas été formés pour interpréter les images qu'ils réalisent, une tâche réservée en principe aux seuls radiologues. C'est de manière empirique que les manipulateurs apprennent donc à le faire, dans un contexte où la radiographie est créditée d'un fort pouvoir d'élucidation par l'ensemble des acteurs concernés, y compris les radiologues. Avec pour conséquence une tendance à porter en excès des diagnostics positifs de tuberculose, alors que l'on sait que la radiographie, en théorie, n'en est pas capable à elle seule.

Deuxième constat, la prescription d'examen radiographiques par les soignants en charge de la consultation de « tri » n'est pas conforme aux directives internationales édictées par l'OMS, qui stipulent d'utiliser, en premier lieu, uniquement les examens de laboratoire. Or, il s'avère que les soignants concernés (il s'agit d'infirmiers et d'infirmières) ont l'habitude de prescrire une radiographie en première intention devant une symptomatologie clinique évoquant une atteinte tuberculeuse. Au-delà du souci légitime de se prémunir contre une défaillance toujours possible du laboratoire, ces pratiques s'inscrivent dans une culture médicale héritée des colonisateurs français qui privilégie une approche individuelle du patient fon-

« Une croyance profondément ancrée selon laquelle l'image radiographique, à l'instar d'une image photographique, "ne ment pas". »

§Accès aux soins
§Comparaison internationale
§Pays en voie de développement,
Sous développement,
Relations Nord-Sud
§Inégalités, Exclusion sociale

.../...

.../...

dée sur l'usage de la radiographie, en opposition à une tradition anglo-saxonne, davantage orientée vers une approche collective du problème et faisant un usage massif de la microscopie (examen des crachats), qui a fini par l'emporter au plan international. Cette spécificité française s'enracine dans une histoire, remontant au début de la radiologie (1895), au cours de laquelle tuberculose et radiologie ont été intimement liées au point que l'on a pu dire que la tuberculose a été autant constituée par la radiologie que celle-ci l'a été par la tuberculose¹.

Troisième constat, le recours excessif à la radiographie est déterminé également par l'existence d'une forte demande de la part des patients qui la préfèrent aux analyses de laboratoire. Une préférence qui repose sur la croyance profondément ancrée dans leur esprit selon laquelle l'image radiographique, à l'instar d'une image photographique, « ne ment pas ». Au point que cette « photographie de l'intérieur du corps humain » qu'est une radiographie constitue, pour nombre de patients, une preuve indubitable de l'existence ou de l'inexistence d'une pathologie. C'est la raison pour laquelle ils disent qu'elle les « rassure » davantage que les explications orales fournies par les soignants à partir des résultats de l'examen clinique ou de l'analyse des crachats. En effet, contrairement à la radiographie où l'opération technique se fait sous les yeux mêmes du patient et avec sa participation active, dans le laboratoire, elle s'effectue en dehors de son contrôle visuel, selon des modalités dont il ignore tout. Dans ces conditions, le pouvoir de vérité du laboratoire est bien moindre que celui de la radiographie pour des patients qui accordent une plus grande confiance à ce qu'ils voient qu'aux discours de leurs semblables. Or, les microbes, les patients ne les voient pas, tandis qu'une radiographie, non seulement ils la voient, mais ils la touchent et ils peuvent même partir avec.

Cette matérialité de l'objet radiographique explique en partie le pouvoir d'attraction exercé par la radiologie, dans la mesure où les patients emportent la preuve visuelle de leur maladie ou de l'absence de maladie, sous la forme de quelque chose de tangible, qu'ils pourront conserver pendant des années, montrer à leurs proches et, éventuellement, à d'autres soignants. Et puis une radiographie argentique, en raison de ses dimensions importantes, de la matière à la fois souple et résistante dont elle est faite, de sa durabilité, constitue un marqueur bien plus valorisant du statut social que le bout de papier récupéré au laboratoire sur lequel sont inscrits des signes incompréhensibles. D'un point de vue social, la possession d'une image médicale est donc à replacer dans le cadre de la consommation généralisée et ostentatoire des images de toutes sortes que les technologies de l'information et de la communication (télévision,

Internet, téléphones portables, affiches publicitaires) déversent à flot continu dans les sociétés du Sud.

L'imagerie par Résonance Magnétique (IRM)

Le cas de l'IRM « haut champ » dont il va être question à présent² est particulièrement intéressant parce qu'il s'agit d'une innovation technologique en cours d'introduction en Afrique subsaharienne et que l'on peut donc en observer directement les modalités d'appropriation. A ce propos, il faut mentionner que, de manière générale, la diffusion des techniques d'imagerie médicale dans les pays du Sud est un phénomène stimulé par une offre sans cesse renouvelée de la part des industriels du Nord qui les fabriquent, et par une demande soutenue émanant de tous les acteurs du champ de la santé au Sud. Au premier plan, les radiologues qui veulent utiliser les mêmes outils que leurs collègues du Nord, puis les cliniciens qui en attendent des diag-

« Les politiques qui, dans les pays du Sud, voient dans l'innovation technique un moyen de stimuler le développement économique tout en confortant leur pouvoir. »

nostics plus précis, et enfin les patients qui, ayant eu connaissance de ces technologies à travers des fictions télévisées (*Dr House*, par exemple) et/ou des émissions de vulgarisation médicale, aimeraient pouvoir en profiter eux aussi. Au second plan, des technocrates (ceux des ministères de la Santé locaux, ceux de la Banque mondiale) qui ont en commun une même croyance dans la toute puissance de l'imagerie médicale capable d'améliorer la qualité des soins et de réduire les dépenses de santé, voire de faire gagner de l'argent. Des assertions, diffusées à l'échelle planétaire par des groupes de pression associant radio-

logues et industriels, que les scientifiques peinent à questionner, notamment parce que les financements pour développer une approche critique du phénomène sont rares. Et s'il n'y a pas de financement, c'est parce qu'il n'y a pas de volonté politique, au Nord comme au Sud, pour en découdre avec le mythe d'une technique censée régler tous les problèmes.

L'IRM haut champ : fille du mythe, servante du pouvoir

Au contraire, la persistance de ce mythe arrange tout le monde, y compris et surtout les politiques qui, dans les pays du Sud, voient dans l'innovation technique un moyen de stimuler le développement économique tout en confortant leur pouvoir. De ce point de vue, l'introduction de l'IRM haut champ (la version la plus sophistiquée et aussi la plus

coûteuse de l'IRM) dans des pays appartenant au groupe des PMA (Pays les Moins Avancés) est exemplaire de la manière dont une technique d'imagerie peut être instrumentalisée à des fins autres que médicales. Dans le cas que nous avons étudié, la décision d'acquérir cette technique a été prise par le chef de l'Etat en personne, dans le cadre d'une politique d'inspiration néolibérale qui fait de l'apport des capitaux extérieurs la pierre de touche du développement économique du pays. Pour cela, toute une série de chantiers ont été lancés afin de doter le pays d'infrastructures modernes censés attirer les investisseurs et les touristes fortunés. Entre autres réalisations (un nouvel aéroport, des autoroutes urbaines, des hôtels de luxe, des centres commerciaux climatisés), on compte aussi la modernisation des principaux hôpitaux publics de la capitale dans le but de les doter de plateaux techniques (imagerie médicale, réanimation, blocs chirurgicaux) équivalents à ceux que l'on peut trouver dans des pays développés du Nord.

Outre le fait de proposer à une clientèle internationale fortunée des prestations médicales de meilleure qualité, l'introduction de technologies perfectionnées, comme l'IRM haut champ ou les

scanners multi barrettes, présente un autre avantage, celui d'assurer localement une grande visibilité médiatique à ceux qui prennent en charge le financement de ces opérations. Car, investir dans l'imagerie médicale est bien plus rentable en termes de communication qu'un investissement réalisé, par exemple, dans la lutte contre la tuberculose, cette maladie des pauvres un peu sale et honteuse, à laquelle personne n'a envie de voir associer son nom. Des opérateurs privés – entreprises et groupes confessionnels – l'ont bien compris qui ont entrepris d'installer dans ce pays des équipements d'imagerie médicale sophistiqués destinés à améliorer leur image de marque et accroître le nombre de leurs clients ou de leurs fidèles.

La haute technologie : diviser pour mieux régner ?

Un fois surmontées les difficultés de tous ordres (financier et technique surtout) inhérentes à l'appropriation d'une technologie aussi complexe par un pays pauvre du Sud, on observe l'apparition d'un clivage, dans la population, entre une minorité qui peut y accéder et une majorité qui ne le peut pas. Cette inégalité étant à mettre essentiellement sur

.../...



.../... le compte du coût relativement élevé d'un examen. En effet, alors que le coût d'une radiographie pulmonaire était environ de 5 € dans la structure mentionnée plus haut, celui d'un examen IRM varie de 164 € (pour les agents de l'Etat) à 255 € pour le reste de la population. Soit des montants importants dans un pays où le PIB annuel par habitant tournait autour de 1 500 € en 2008-2009, et où la part du budget des ménages consacrée aux dépenses de santé ne dépasse pas, en moyenne, 3 %.

En pratique, l'accès à cette technique est donc réservée avant tout aux patients qui bénéficient d'une couverture sociale, qu'elle soit procurée par l'Etat (fonctionnaires, étudiants) ou par des assurances privées (salariés du secteur privé). Ainsi, alors que le pourcentage de la population générale disposant d'une couverture sociale est de 20 % (un taux que l'on retrouve dans la plupart des pays africains), les patients issus de cette catégorie représentent 75 % de la clientèle de l'IRM. Quant aux 80 % de la population dépourvus de couverture sociale, leur accès à l'IRM est déterminé par leur capacité à payer un examen dont le montant (255 €) représente entre 15 et 20 % du PIB annuel par habitant. Dans ces conditions, seule une minorité aisée (membres des professions libérales, commerçants et artisans) est en mesure de régler le coût d'un examen qui, il faut le souligner, a été calculé au plus juste et ne permet pas de parvenir à l'équilibre budgétaire compte tenu de l'importance de l'investissement initial (1,5 million d'euros).

De plus, outre le fait d'aggraver les inégalités dans l'accès aux soins, l'introduction de technologies d'imagerie de plus en plus sophistiquées et de plus en plus coûteuses a pour effet de modifier le fonctionnement même de l'appareil des soins. En effet, l'acquisition d'un équipement IRM haut champ représente un investissement important qu'il importe d'amortir et encore

mieux de rentabiliser. Par là, il faut entendre faire du profit, y compris dans le secteur public où les établissements hospitaliers attendent des services d'imagerie médicale qu'ils « rapportent ». Ce n'est pas nouveau, mais le phénomène s'accroît avec la montée en puissance des machines et leur coût de plus en plus important. Sur le terrain, on constate que cette évolution entraîne une augmentation de la consommation d'imagerie médicale selon le schéma suivant. Les radiologues sont incités par les gestionnaires des établissements concernés à augmenter leur productivité. Pour cela, ils ont tendance à accepter quasiment toutes les demandes, y compris lorsque l'indication est mal posée ou la prescription non conforme. Cette attitude entraîne un accroissement de la prescription d'examens par des cliniciens qui attendent de l'IRM qu'elle résolve leurs problèmes diagnostiques d'un coup de baguette magique, tout en servant de substitut à une relation médecin-malade dont la qualité laisse souvent à désirer en Afrique³. Des cliniciens eux-mêmes soumis à des pressions de la part de patients qui veulent consommer des images d'autant plus désirables qu'elles sont rares.

En guise de conclusion, nous dirons que l'image médicale n'est pas seulement l'aboutissement d'un processus technico-scientifique, elle est aussi le produit d'une construction sociale et historique dont il importe de connaître les tenants et aboutissants. Dans cette perspective, en raison de sa nature ambivalente, à la fois outil diagnostique et objet de consommation, produit industriel et support de communication, l'image médicale constitue un lieu privilégié pour étudier comment les systèmes de santé, au Nord comme au Sud, vont résoudre l'aporie qui consiste à articuler deux conceptions radicalement différentes du soin : le soin en tant que service et le soin en tant que marchandise. ■

-
- 1. Pasveer, 1995, « Images et objets : la tuberculose et les rayons X », in *Techniques et culture*; 25-26 : 1-18.
- 2. En fonction de la puissance du champ magnétique, on distingue l'IRM bas champ et l'IRM haut champ. Cette dernière étant beaucoup plus coûteuse tant au niveau de l'achat que de la maintenance.
- 3. Jaffré Y., Olivier de Sardan J.-P. & (Eds), 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.

De cette image

■ Noëlle Lasne, médecin du travail

L'image est là. On la voit au scanner. Elle persiste à l'appeler « une tache » au poumon. Ce sera son nom de code en quelque sorte, surgi tout droit des anciens sanatoriums, des chaises longues alignées devant un paysage de montagnes, dans lesquelles reposaient tous ceux auxquels, subitement, le souffle avait manqué... Mais pour elle, il n'y a pas eu de signes annonciateurs, pas de crachats sanglants, pas de fatigue, pas de perte d'appétit, pas de toux inexplicable, rien qui annonce la tache.

De cette image que tous les médecins scrutent à pré-

sent avec tant de soin, de cette image qui parle à la place de son corps, qui trône en lieu et place de sa personne, de son sang qui circule, de son cœur qui bat, de ses jambes qui courent, de cette image qui suscite tant de compassion dans leur voix lorsqu'elle leur dit son âge, de cette image improbable comme un corps étranger au sien qui fait sa propre loi.

De cette image qui surgit de nulle part, et d'un seul coup la vie ne se compte plus que sur les doigts d'une seule main. ■

Radio et expertise

■ **François Paul Robin**, président de l'association EXPERT.DO.C*

En matière médico-légale et de réparation juridique du dommage corporel (lorsque l'on veut obtenir indemnisation des séquelles d'un accident, par exemple), il est fait obligation de se soumettre aux lois de la justice qui ne sont pas forcément familières aux médecins. En effet, il ne suffit pas d'arguer d'une plainte algique pour être entendu, mais de prouver la matérialité de la plainte et en matière de douleur, par exemple, d'en établir précisément la cause, voire de mettre en évidence une anomalie l'expliquant. Cette démarche est loin d'être aisée pour la victime à elle seule. À tel point que l'on a pu qualifier la nécessité d'apporter la preuve, de « fardeau de la preuve »...

Le médecin expert de victimes

De ce fait, il faut savoir que les médecins qui travaillent pour les organismes indemnitateurs sont eux dans l'obligation de ne retenir que les éléments séquellaires établis et étayés par des éléments de preuve. Ils ne sont pas de plus, comme le conçoit naturellement le médecin traitant, missionnés pour rechercher ces preuves. Si bien que leur façon de voir, en rapport avec la loi, peut apparaître comme restrictive. C'est dire que toute personne qui doit se rendre à une expertise ne saurait y aller seule, sans l'assistance d'un médecin dévoué à sa cause et susceptible de mettre un savoir spécialisé au service de la recherche des preuves ou d'éléments équivalents à la preuve ; une médecine basée sur des évidences, dit-on aux Etats-Unis. Dans cette optique, ce médecin, assistant technique, appelé aussi médecin de recours, et qui est familier, de par sa formation, des arcanes juridiques, va, bien sûr, s'en référer plus qu'un autre à la radiologie. Il lui arrivera de recommander au médecin traitant des clichés qui, sans être indispensables au traitement du patient, le seront pour prouver la réalité de la plainte, de l'objectiver, et ainsi de permettre au plaignant de sortir du domaine de l'allégation, pour pouvoir obtenir réparation.

Par exemple, il est impossible d'obtenir une prise en charge au titre de la maladie professionnelle de lombalgies chroniques en rapport avec un métier exposé si une hernie discale n'est pas objectivée. La radiographie agit ici comme preuve, même si la clinique est défaillante ou sujette à variations. La radiographie en matière de rechute d'accident de travail pourra, là encore, être de nature à prouver l'aggravation, ce qui est une nécessité en la matière pour qu'elle soit recevable par le service indemnificateur.

En matière médico-légale, le doute n'est pas permis

Le problème se complique avec les ambiguïtés qui peuvent résulter de l'interprétation des radiographies, scanners ou IRM (imageries à résonance magnétique). Et l'on ne saurait être trop prudent dans leur utilisation. Même avec des images assez évidentes de séquelles sans grande gêne fonctionnelle, il pourra être argué par le médecin missionné par l'organisme indemnisateur que, quelle que soit l'importance des images, on ne saurait indemniser des radiographies. À l'inverse, le processus radiographique met en fait en évidence tout un état local, sans discrimination de ce qui est relatif à un accident et peut très bien par la révélation d'un état antérieur indéniable (arthrose évoluée, par exemple, dans le cas d'un accident récent) venir minimiser l'impact de la douleur post-traumatique exprimée par la victime en vue de son indemnisation. La mise en évidence d'un état antérieur venant alors détourner l'attention de la prise en compte des séquelles précisément imputables à l'accident. Inversement, une radiographie normale avant l'accident, rend ipso facto, toute lésion décelable depuis, imputable.

Les radiographies sont, a priori, la propriété du malade

On le voit, la radiographie, avec sa connotation d'objectivité, est essentielle au dossier d'une victime et devrait être détenue par-devers elle. La loi du 4 mars 2002 est venue opportunément faire obligation aux professionnels de la santé de remettre tous ses documents radiographiques (ou doubles), comme tout dossier médical, dans les meilleurs délais (pas plus de quinze jours), à tout demandeur. Il faut savoir, enfin, que la radiographie fait partie des moyens médicaux conformes aux données de la science, en cas d'hésitation diagnostique. En faire l'impasse, dans un tel cas, peut être reproché à un praticien en matière de responsabilité médicale (s'abstenir d'un abdomen sans préparation – ASP – dans le cas d'un ventre aigu par exemple). Alors, entre conformité, souci d'économie et dangerosité pour le malade, il n'est pas toujours aisé de décider.

Il en devient évident que le recours à la radiographie dans le cadre de la préparation d'une expertise est affaire complexe et doit être parfois défini par la mise en relation du médecin assistant technique de victimes (médecin expert de victime) et du médecin traitant afin que le « fardeau de la preuve » ne puisse se retourner, au final, contre la victime. ■

* Association pour l'expertise des dommages corporels en recours)

<http://expertdoc.free.fr>

§Justice §Handicap

§Surveillance, contrôle, fichage

Patrick de Funès,
Médecin malgré moi,
Le Cherche Midi éditeur

Les faiseurs d'images

■ **Yveline Frilay**, médecin généraliste

Médecin malgré moi, de Patrick de Funès, vous croiriez lire *Knock* de Jules Romain ou *Le médecin malgré lui* de Molière, mais ici ce n'est pas une fiction, mais des histoires vraies.

Instruisez-vous sur l'histoire de l'imagerie du corps en médecine, encéphalographie gazeuse, retro-pneumopéritoine, thermographie, mammographie, mammothome, scanner, IRM. Je vous invite à lire le chapitre sur « le dépistage systématique » où l'image des seins radiographiés au « presse mamelles » ressemble à des « méduses à la sortie d'un collecteur d'eau usagée » et où vous comprendrez que l'intérêt du dépistage du cancer du sein tient plus du portefeuille du radiologue qu'à l'intérêt de la femme. Interrogez-vous sur : qu'est-ce qu'un bon radiologue, celui qui fait un super compte-rendu ? Celui qui voit plein de « mauvaises choses » pour que docteur Mabuse puisse opérer... Quand votre médecin généraliste avoue ne pas savoir lire les radios, comment allez-vous choisir votre radiologue ? Attention à celui qui est prêt à vous envoyer chez son copain spécialiste, ou qui recommande à la fin de son compte-rendu « à compléter par un scanner », puis par une IRM... pour finir ses fins de mois... Il peut être de meilleur aloi de demander à son médecin traitant des adresses plutôt que d'aller chez le premier qui donne un rendez-vous ou qui est bien placé à la sortie du métro. Le problème, c'est au début de l'installation du médecin, il peut être très sollicité ; je me rappelle ce confère qui était venu me voir : « Si vous m'envoyez, je pourrais vous donner », je n'ai jamais voulu entendre la somme et chaque fois je lui répondais : « Monsieur, si vous travaillez bien... les patients viendront ». Le drame, c'est quand les patients allaient le voir et que vous lisiez le compte-rendu d'une radiographie du bassin, « radiographie du crâne normale », et il y avait une

fracture du bassin, une écho cervicale où vous souhaitiez connaître les caractéristiques d'un gros nodule de la thyroïde, il vous répondait : « A compléter par un autre examen », car il ne pouvait dire si c'était un nodule ou un ganglion. Comment se dépatouiller quand le code de déontologie vous interdit de dire du mal de vos confrères, comment demander au patient d'aller voir ailleurs, sans que le radiologue n'aille se plaindre aux conseils de l'Ordre départementaux des médecins qui sont « surtout des officines de dénonciation où "L'Ordre garde à sa disposition tout un arsenal pour tenir ses ouailles en laisse et s'en débarrasser à tout moment", quant aux délits qui sont inscrits dans le casier judiciaire : « C'est à l'appréciation du conseil de l'Ordre ».

En cas d'expertise, il vaut mieux un compte-rendu qui note des lésions en votre faveur, mais même avec une fracture non consolidée visible sur une IRM au point précis où on déclenchait la douleur l'expert niait la séquelle, l'œil du médecin de recours est alors utile (cf. François Robin p. 43).

Ne ratez pas la description de la vésicule biliaire (méduse inerte) qui fait le « bonheur de radiologues, chirurgiens, etc. remplie de pierres précieuses, faisant la ruine de l'Assurance maladie ». Y en a-t-il tant d'opérées inutilement ?

Si vous voulez en savoir plus sur le monde de ces faiseurs d'images, les gynécologues, les chirurgiens, les urologues, tous ces « Diafoirus modernes » lisez le *Médecin malgré moi* de Patrick de Funès. Il ne se fait plus appeler « Docteur », il ne paie plus sa cotisation à l'Ordre, ne peut donc plus être inquiété par ses pairs (ou experts ?). Ceux qui ont fait leurs études à Paris retrouveront les noms de ces mandarins interdits d'opérer et qui enseignaient à la faculté. Ce n'était donc pas qu'une rumeur... ■

La mauvaise foi rend aveugle

■ **Evelyne Malaterre**, médecin généraliste

préjudices, séquelles, quantum doloris, etc. Elle avait présenté une fracture du calcanéum, puis des complications de phlébite, elle ne pouvait donc pas continuer à prendre sa pilule. Ensuite, elle avait souffert d'une algodystrophie, qui survient plutôt chez les personnes anxieuses. Depuis, elle avait toujours mal à l'appui du pied, elle avait dû abandonner la danse. A 25 ans, ça compte ! Tous ces événements douloureux, ces éléments à défendre justifiaient que je l'accompagne. Ce médecin, après nous avoir interrogées, écoutées, raccompagna Arielle jusqu'à la salle d'attente, me prit très « confraternellement » par le bras et plaçant la radio sur le négatoscope, me lança un « Vous la voyez, vous, la fracture ? » Il avait donc décidé de ne même pas voir la fracture. Devant une telle mauvaise foi, il était inutile de poursuivre.

Il ferait son rapport d'expertise. Nous ferions appel. Comme quoi l'image ne fait pas forcément preuve... ■

Les amputations invisibles

■ **Noëlle Lasne**, médecin du travail

Elle fait ce geste que je reconnais entre tous lorsque je lui demande de se déshabiller. Elle se penche discrètement en avant, laisse tomber une épaule et tire sur la manche avec l'autre main. Puis, pour l'autre manche, c'est sur le gilet qu'elle tire, pour éviter d'écarter le bras. Lorsqu'elle a retiré le gilet, le tee-shirt à manches courtes, le soutien gorge qu'elle agrafe devant parce qu'elle ne peut plus plier son bras vers l'arrière, je vois apparaître sur l'épaule nue une minuscule étoile, cicatrice presque invisible de l'arthroscopie qui a permis d'opérer le tendon de l'épaule malade sans ouverture, sans les traces de couture d'autrefois, en perçant juste un orifice. Quelquefois, sur l'autre épaule aussi je vois l'étoile, et lorsqu'elle se tient droite devant moi avec, sur ses deux épaules nues, ses deux étoiles symétriques, j'ai l'impression d'une marque, d'un tatouage. Puis vient le rhabillage, plus laborieux, semé d'embûches incontournables, car il est tout de même difficile d'enfiler une manche sans écarter l'épaule du corps. Et lorsqu'elle s'assoit, soulagée d'avoir mené l'opération à bien, elle me dit : « Vous voyez, maintenant, j'ai mal. » Je reconnais dans sa voix le son d'un reproche timide, celui des femmes à l'étoile, que j'ai toutes soumises à ce déshabillage et à ce rhabillage douloureux.

Quelquefois, j'ai fait des photos de leurs épaules, en leur coupant la tête. Mais sur mes photos, la cicatrice étoilée est presque invisible. Ce que je voudrais montrer n'est pas sur la photo : le geste qui commence comme d'habitude, qui suit la mémoire du corps, et puis la douleur qui rappelle à l'ordre et le geste arrêté. Peu à peu, le corps n'attend plus le signal de la douleur, le geste se rétrécit d'emblée, il devient petit, inefficace, ça s'appelle « perdre de l'amplitude » – je lâche les objets je ne peux plus repasser, ce n'est plus moi qui fait les courses, je ne peux pas porter mes petits enfants. Elle serre le poing et me dit : « Regardez, je ne peux pas déplier mes doigts, ils se bloquent. » Voilà ce que je voudrais montrer : lorsqu'elle s'aide de l'autre main et pousse sur ses doigts enraidis pour les déplier. Ce sont les amputations invisibles, celles que l'on ne peut dire qu'avec des mots qui racontent, celles que l'on surprend plu-

tôt qu'on ne les observe, celles sur lesquelles le médecin que je suis garde le plus souvent le silence, car il n'y a plus rien à dire.

Madame Flora est femme de ménage dans un collège. Tous les jours, elle fait le ménage de cinq classes, trois bureaux, deux couloirs, deux halls et un escalier. Le seul point d'eau se trouve au rez-de-chaussée. Elle doit donc monter ses seaux d'eau par l'escalier où les bandes antidérapantes ont été arrachées depuis longtemps. Son chariot de ménage se trouve en revanche au premier étage. Elle préfère descendre son équipement à la main. La descente du chariot par les escaliers est périlleuse et lui a déjà valu un accident de travail lorsque la totalité du chariot a basculé sur son pied droit.

Le sol est un lino usé sur lequel elle effectue un balayage humide, mais en hiver, elle doit laver tous les jours à grande eau ; elle se sert alors d'un balai à franges qui se manipule en effectuant des mouvements en huit sur le sol. Puis on presse les franges dans le chariot à presse en appuyant très fort de façon répétée. Ce balai à franges a été introduit il y a plusieurs années dans les services de nettoyage où il est venu remplacer le vieux balai brosse. Heureusement Madame Flora a conservé la brosse, qui lui permet, périodiquement, chaque fois que le linge du collègue tombe en panne, de broser vigoureusement, et à la main, les lavettes à franges. Madame Flora nettoie de cette façon environ 1 500 mètres carrés tous les jours, car elle travaille dans le plus gros collège de la ville. Pour laver par terre, elle bascule les chaises sur les tables afin de libérer le sol. Vers onze heures, elle rejoint le service de restauration où sont servis chaque jour sept cents repas, elle empoigne les piles d'assiettes, met les plats en chauffe, soulève les paniers à vaisselle, puis nettoie le réfectoire à grande eau après avoir retourné une par une les chaises sur les tables. Elle alterne cette tâche avec la grosse plonge, c'est-à-dire la vaisselle des plats, casseroles et soupières diverses.

SMédecine du travail
 \$Souffrance au travail
 \$Ecoute, empathie,
 Relation soignant soigné
 \$Maladies professionnelles,
 santé au travail, accident du travail

« Madame Flora ne fait pas exception à la règle de trois diabolique qui veut qu'une ouvrière d'usine qui travaille vingt ans comme femme de ménage ne puisse plus enfiler une manche ni s'habiller seule lorsqu'elle part à la retraite. »

.../...

.../...

Madame Flora fait ce travail depuis vingt-cinq ans. Elle a commencé à travailler à 16 ans comme bonne à tout faire chez des voisins. Puis elle a fabriqué des ceintures en cuir dans une petite usine de la région, à la chaîne, dans un vacarme assourdissant. Elle y est restée trois ans, a connu le chômage, puis elle a élevé trois enfants.

Madame Flora ne m'a jamais dit que son métier était pénible. Lorsque je l'ai convoquée pour sa consultation, elle a demandé à changer l'heure afin de ne pas « gêner le travail ». La secrétaire n'est pas parvenue à la convaincre que cette visite médicale était un droit, et qu'elle se déroulait, précisément, pendant ses heures de travail. Elle s'est montrée surprise

de mes questions et m'a dit d'un ton fatigué « Ah mais alors, il faut tout vous expliquer ». En l'examinant, j'ai constaté que j'arrivais un peu tard. Madame Flora ne fait pas exception à la règle de trois diabolique qui veut qu'une ouvrière d'usine qui travaille vingt ans comme femme de ménage ne puisse plus enfiler une manche ni s'habiller seule lorsqu'elle part à la retraite. J'ignore combien valent ses deux épaules opérées, son coude troué et son pouce déformé, je ne sais pas ce qu'elles valent, mais je sais exactement ce qu'elles coûtent : dix-huit mois d'arrêt de travail pour l'épaule deux fois de suite, quarante semaines de rééducation, huit infiltrations dans le coude, quatre scanners,

deux IRM, puis un minimum de trois mois d'arrêt par an les bonnes années, cinq hospitalisations en service spécialisé. Je passe sur une surdité professionnelle de l'oreille droite, non déclarée et non reconnue, qui aurait besoin d'être appareillée. Des morceaux de son corps jonchent ainsi son parcours professionnel, et j'apprends aujourd'hui que s'il se disloquait un peu plus, elle pourrait peut-être ne pas travailler au-delà de 60 ans. Une sorte de prime à la casse, mais sans la bagnole. Votre carcasse est trop usagée, vous pouvez dégager. En revanche, on ne pourra pas vous proposer de carcasse neuve. Alors ça nous fait deux fois l'épaule, le pouce est guéri et le coude reste plié, mais c'est le coude gauche, et vous êtes droitnière. Ce n'est pas Madame Flora qui fera remarquer que l'on tient un balai des deux mains, surtout lorsqu'il faut faire des mouvements en huit. On ne va pas arriver à 10 % avec ça. Ce n'est pas Madame Flora qui dira que son travail est pénible, surtout avec encore deux ans de crédit à rembourser. Son travail, elle l'adore, parce

qu'il y a les enfants, parce que c'est SON collègue, parce qu'elle y retrouve depuis des années les mêmes femmes dont elle partage l'histoire. Mais surtout, elle a tout simplement besoin des ressources de son travail pour assumer une situation des plus banales : un mari chauffeur routier actuellement au chômage, deux enfants qui vivent chez elle et font des études. Madame Flora fait elle un métier pénible ? Est-il pénible de travailler quarante ans sur la voie publique en étant soumis aux vibrations d'un marteau piqueur ? Est-il pénible de soulever des bornes de deux cents kilos ? Est-il pénible de ramper dans un vide sanitaire, ou de réparer une carrosserie ? Un enfant de cinq ans saurait répondre à cette question. Il saurait montrer du doigt, sur les pages d'un abécédaire, les images des métiers difficiles : il reconnaîtrait le maçon, le déménageur, le couvreur, le plombier, l'aide-soignante, le pompier, l'égoutier, la femme de ménage. Il remarquerait que ces corps-là, au travail, ne sont pas assis sur un siège, mais accroupis, à genoux sur la voie publique, pliés sous un chauffe-eau, perchés en haut d'une échelle, courbés en avant sur un évier. Ces gestes du travail qui définissent la pénibilité de certains métiers sont parfaitement décrits par les chercheurs, les ergonomes, les médecins du travail, les médecins conseil, les ingénieurs en prévention, les médecins généralistes, et figurent dans toutes les publications professionnelles. Même le législateur les connaît, qui les a répertoriés et décrits en détail dans les tableaux de maladies professionnelles.

Le projet de loi sur les retraites ignore ce savoir. Il ignore les gestes du travail, dont il n'existe aucune image. Il ignore les traces de ces gestes. Il n'existe ni image ni mesure du geste arrêté. Pour juger de la pénibilité d'un métier, il est prévu, en bout de chaîne, de mesurer l'usure professionnelle d'un travailleur. On crée pour ce faire une commission d'usurologues. Peu importent les gestes devenus impossibles, les mouvements limités par la douleur, le manque de souplesse, le vieillissement forcé du corps. Seule compte la lésion et son score. L'amputation des gestes reste invisible. L'incapacité permanente partielle ou « taux d'IPP » n'évalue que les séquelles d'une blessure au travail. Pense-t-on que l'on va maintenir de force au travail des gens qui ne peuvent plus faire leur métier ? Ils seront contraints de quitter le monde du travail bien avant de pouvoir toucher une retraite à taux plein. Quant à ceux qui resteront, c'est bien avec leur corps qu'ils paieront leur retraite. ■

« Peu importent les gestes devenus impossibles, les mouvements limités par la douleur, le manque de souplesse, le vieillissement forcé du corps. Seule compte la lésion et son score. »

Servir la politique d'expulsion

■ **Jean-François Martini**, juriste permanent au GISTI*

Aussi étonnant que cela puisse paraître, chaque année le sort de quelques centaines (milliers ?) de jeunes étrangers se joue dans les services radiologiques d'hôpitaux français ou étrangers.

Certains droits, comme la possibilité pour un enfant étranger de venir rejoindre un de ses parents résidant en France, par la procédure dite du « regroupement familial », sont strictement réservés aux mineurs. Par ailleurs, l'obligation de détenir un titre de séjour est fixée à l'âge de 18 ans. C'est aussi à partir de cet âge que l'on peut – à défaut d'avoir obtenu un titre de séjour – devenir un « sans-papiers » et faire l'objet d'une mesure d'expulsion. Leur minorité est aussi censée garantir aux enfants étrangers isolés – il y en aurait entre 4 000 et 6 000 en France, sans parents ou tuteurs – leur prise en charge par les services de l'Aide sociale à l'enfance.

La preuve de la minorité représente donc pour les jeunes étrangers un enjeu considérable. En l'absence de cette preuve, un jeune peut passer d'un foyer de protection de l'enfance à un centre de rétention administratif ou d'une salle de classe à une cellule de prison.

Un article de presse relatait ainsi le parcours de « Samuel Johnson, le jeune ghanéen de Pau arrêté dans son collège pour être expulsé sous le prétexte qu'il aurait été majeur, puis emprisonné pour refus d'embarquement, relâché dans la neige parisienne à trois heures du matin, mais obligé de se cacher [...] »¹. Ce jeune avait pourtant été reconnu mineur par un juge des enfants qui l'avait placé par ordonnance dans un foyer des Pyrénées-Atlantiques. Cela n'avait pas empêché les services de police de tenter de l'expulser, en se fondant sur une expertise osseuse concluant à sa majorité. Après des recherches effectuées sur son état civil, il s'est avéré qu'il était pourtant bien mineur.

Plus récemment, le jeune J., mineur étranger isolé sous tutelle des services de l'Aide sociale à l'enfance d'Ille-et-Vilaine, a été placé en rétention administrative dans l'attente de son expulsion après avoir été « déclaré majeur » à l'issue d'une expertise osseuse².

Depuis une quinzaine d'années, les préfetures, les

services consulaires, les procureurs de la République, mais aussi, de façon encore plus inquiétante, les juges des enfants et certains services de l'Aide sociale à l'enfance réclament et obtiennent des expertises osseuses en cas de doute sur la minorité d'un jeune étranger.

Le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé a établi que « la méthode d'évaluation de l'âge la plus couramment utilisée se fonde alors sur la radiographie de la main et du poignet gauche par comparaison avec des clichés de référence, existant sur des tables de clichés d'une population américaine "d'origine caucasienne", décrite dans les années 30 et 40 dans l'atlas de Greulich et Pyle ou d'une population britannique de classe moyenne des années 50 selon la méthode de Tanner et Whitehouse »³. Comme le relève le Comité, la finalité initiale de ces radiographies n'a jamais été juridique, mais purement médicale. C'est pourtant bien dans le cadre de procédures juridiques mettant en cause des jeunes étrangers qu'elles sont souvent utilisées. Ces expertises peuvent ainsi être opposées par les services consulaires français pour refuser un visa à un enfant désirant rejoindre ses parents en France, l'examen étant alors réalisé par un service hospitalier dans le pays d'origine. Elles servent aussi aux services de la protection de l'enfance pour refuser la prise en charge de certains enfants isolés, la plupart vivant dans la rue en situation de grande détresse. A ce propos, l'inspection générale des affaires sociales a clairement établi dans un rapport de 2005 que « le recours à l'expertise d'âge, prescrite, pratiquée, utilisée de manière variable et contestée pour le caractère peu fiable de ses résultats, joue souvent un rôle de régulation pour les prises en charge⁴ » des mineurs étrangers isolés. Enfin, les tribunaux s'appuient régulièrement sur ces expertises pour valider des mesures d'éloignement à l'égard de « mineurs contestés ».

Ces méthodes d'évaluation de l'âge par radiographie sont pourtant d'une fiabilité très contestable, même

* Groupe d'information et de soutien des immigrés

<http://gisti.org>

« Ces expertises servent aussi aux services de la protection de l'enfance pour refuser la prise en charge de certains enfants isolés, la plupart vivant dans la rue en situation de grande détresse. »

§ Immigration, Sans papiers

§ Surveillance, contrôle, fichage

§ Pays en voie de développement,

Sous développement,

Relations Nord-Sud

.../...

.../...

lorsqu'elles sont complétées par un examen clinique du développement pubertaire.

Dès 2000, le professeur Diamant-Berger, chef du service médico-judiciaire de l'Hôtel-Dieu à Paris déclarait : « Cela peut paraître curieux, mais je n'y ai jamais cru. Scientifiquement, c'est une méthode qui, dès le début n'était pas satisfaisante, mais on n'en trouvait pas de meilleure... »⁵

Le Comité consultatif national d'éthique écrira par la suite qu'il « confirme l'inadaptation des techniques médicales utilisées actuellement aux fins de fixation d'un âge chronologique ».

Enfin, l'Académie de médecine considèrera que « la lecture de l'âge osseux, par la méthode de Greulich et Pyle universellement utilisée, permet d'apprécier avec une bonne approximation l'âge de développement d'un adolescent en dessous de 16 ans » mais que « cette méthode ne permet pas de distinction nette entre 16 et 18 ans », sans manifestement mesurer que c'est presque exclusivement pour la tranche d'âge des 16/18 ans que se pose le problème⁶!

Lors d'un colloque organisée par la Défenseure des enfants, le Pr. Adamsbaum, radiologiste déclarait : « On estime le taux de reproductibilité acceptable, autour d'un an à dix-huit mois, sans qu'il y ait de preuves scientifiques à cette fourchette, à condition que le lecteur soit bien entraîné – il faut que ce soit un radiopédiatre, un endocrino-pédiatre, un médecin légiste, etc. » Il ajoutait : « L'appréciation de l'âge osseux est difficile, voire impossible, pour certains mineurs entre 16 et 18 ans. Certains portent même cette barre à 14 ans » et de conclure qu'« il faut aussi assumer l'incertitude du résultat, c'est-à-dire qu'une fourchette doit absolument être donnée.⁷ »

La fourchette d'âge fournie par l'expertise est donc censée refléter l'« incertitude du résultat ». Les médecins pratiquant ce type d'expertise ne sont malheureusement pas toujours aussi précautionneux. Ainsi, il est fréquent de tomber sur des expertises rédigées de manière péremptoire. Pour un jeune se disant âgé de seize ans et sept mois, un médecin de l'Hôpital d'enfants Armand-Trousseau concluait : « De mon examen, compte tenu du développement morphologique et du degré de maturation osseuse du sujet examiné ce jour, je conclus à un âge physiologique SUPERIEUR A DIX HUIT ANS (majeur), non compatible avec l'âge allégué »⁸. Où est l'incertitude du résultat ?

L'utilisation de l'imagerie médicale pour déterminer l'âge chronologique des jeunes étrangers aboutit à des erreurs dramatiques. On ne compte plus les mineurs déclarés majeurs à l'issue d'une expertise osseuse et qui, après avoir échappé de peu à une mesure d'éloignement ou passé plusieurs mois dans la rue, ont pu récupérer un acte d'état civil établissant de façon certaine leur minorité. Mais la plupart d'entre eux ne sont jamais en mesure d'apporter cette preuve à temps et restent privés de leurs droits les plus fondamentaux : droit de vivre en famille, droit à la sécurité ou droit à la dignité.

Dans ces conditions, le corps médical ne peut se dégager de sa responsabilité en se retranchant derrière le strict respect d'un protocole médical ou l'utilisation d'une technique aussi sophistiquée soit-elle, dès lors qu'il existe un risque réel que les résultats fournis soient utilisés de façon malveillante ou contre l'intérêt de l'enfant. Si en l'état actuel de la science, en particulier des techniques d'imagerie médicale, les experts sont incapables de répondre à la question « est-il mineur ou majeur ? » que leur pose l'administration ou les services judiciaires, qu'ils le disent clairement et refusent de pratiquer ces examens. Il semble vain, comme a tenté de le faire le Comité consultatif national d'éthique, de « suggérer » que leur emploi « soit relativisé de façon telle que le statut de mineur ne puisse en dépendre exclusivement » ou d'en appeler, comme l'Académie de médecine au respect « des règles de bonne pratique médicale » et de l'individu. ■

1. « Un espoir pour Samuel ? », *L'Humanité*, 17 juin 2005.

2. Centre et locaux de rétention administrative, rapport 2008, Cimade.

3. Avis CCNE n°88 du 23 juin 2005 sur les méthodes de détermination de l'âge à des fins juridiques.

4. Mission d'analyse et de proposition sur les conditions d'accueil des mineurs étrangers isolés en France, Rapport IGAS n° 2005/010, janv. 2005.

5. Pr. Diamant-Berger, responsable des urgences médico-judiciaires de l'Hôtel-Dieu, « Une méthode qui n'a jamais été satisfaisante... », *Justice* n° 166, nov. 2000, p. 3.

6. Académie nationale de médecine, Jean-Louis Chaussain et Yves Chapuis, rapport sur la fiabilité des examens médicaux visant à déterminer l'âge à des fins judiciaires et la possibilité d'amélioration en la matière pour les mineurs étrangers isolés, janvier 2007.

7. Colloque de la Défenseure des enfants, « Mineurs étrangers isolés, vers une harmonisation des pratiques dans l'intérêt supérieur de l'enfant », 20 juin 2008.

8. Reproduit dans le *Journal du droit des jeunes* n° 285, mai 2009, p. 44.

« La fourchette d'âge fournie par l'expertise est donc censée refléter l'incertitude du résultat ». Les médecins pratiquant ce type d'expertise ne sont malheureusement pas toujours aussi précautionneux. »

Quels impacts sur les représentations du corps ?

Ce numéro veut aussi aborder des formes d'imagerie plus novatrices, plus spécifiques, dont les effets sont liés à de récents progrès technologiques : robotisation chirurgicale, téléradiologie, nouveaux dispositifs informatiques. Il ne s'agit nullement de pratiquer ici un « misonéisme » (la haine frileuse de tout ce qui est nouveau), non plus qu'une fascination béate, mais au contraire d'analyser cette émergence pour l'interroger sans s'y soumettre aveuglément.

En l'interrogeant, on montre comment les questions liées aux transformations de l'imagerie médicale n'engagent pas seulement le devenir de la médecine, mais, beaucoup plus largement, le devenir des représentations du corps. Les interactions sont nombreuses entre les normes édictées par la mode, celles qu'édicte en réponse la parapharmacie ou la chirurgie esthétique, et celles qui vont déterminer chez des sujets un sentiment de non-adéquation, voire des effets de perversion des représentations de soi. On aborde ici ces dimensions complexes, sans évidemment prétendre en faire le tour, mais en proposant des pistes d'investigation et de réflexion, à partir d'une confrontation entre la manière dont le corps s'éprouve de l'intérieur, et la manière dont les standards qui lui sont imposés peuvent lui devenir pathogènes. ■

Robotique et chirurgie au Japon

■ **Marie-Christine Pouchelle**, anthropologue, directeur de recherche au CNRS

§ Comparaison internationale

§ Informatisation

§ Fiction, imaginaire

§ Jeu, création, invention

Marie-Christine Pouchelle, anthropologue, directeur de recherches au CNRS, travaille depuis quelques années sur la robotique chirurgicale en France¹. Elle a rapporté du Japon, où elle a fait plusieurs missions de 2007 à 2009, de très précieuses observations sur les relations qui unissent l'ingénierie de la robotique chirurgicale à l'imaginaire collectif et à la culture japonaise. Elle a bien voulu nous en donner ici communication.

L'anthropologie ne s'intéresse pas seulement aux faits et aux événements en eux-mêmes (pour autant qu'il en existe), mais au climat intellectuel, social, professionnel et affectif – en un mot culturel – dans lesquels ils sont produits ou se produisent. Les usages de la robotique en chirurgie au Japon sont à replacer dans l'évolution de la culture chirurgicale japonaise et dans l'ensemble des outils techniques aujourd'hui à la disposition des chirurgiens. Ils sont aussi à intégrer dans le large panorama de la robotique et des rapports privilégiés que la société japonaise entretient avec ce domaine.

J'ai voulu enquêter sur la robotique chirurgicale au Japon parce que ce pays est l'un des leaders actuels de la recherche en robotique et que, de plus, les robots et les machines font partie de l'imaginaire quotidien des japonais, quel que soit leur milieu social. Première observation – et d'abord déception : bien que quatre « robots » da Vinci™ aient été achetés à titre expérimental, la robotique chirurgicale, telle qu'elle est représentée par le « robot » da Vinci™ (Intuitive Surgical) que je connaissais, n'avait guère cours en 2007 et 2008 au Japon, où ce « robot » n'a obtenu que tout récemment l'autorisation de mise sur le marché. Ainsi, bien que le domaine de la robotique médico-chirurgicale ne soit pas absent du paysage de la recherche au Japon (qu'il s'agisse par exemple des hôpitaux universitaires à Kyushu ou Tokyo, ou des laboratoires de robotique et de mécatronique à Osaka, Nagoya et Sendai), les Japonais, obsédés par le vieillissement de leur population, se sont bien davantage tournés vers la robotique d'assistance aux personnes âgées et/ou handicapées.

Christiane Voltaire a bien voulu faire un choix

dans les documents que j'ai été amenée à rédiger pour l'Ambassade de France à Tokyo². J'y ai apporté quelques modifications pour adapter le contenu des extraits à la revue. Sans son aide, pour laquelle je la remercie vivement, je n'aurais pas été en mesure de livrer la mosaïque qui suit, qui n'a d'autre prétention que de fournir quelques pistes, et où l'on trouvera aussi quelques éléments sur la France. Il n'y aura pas de conclusion : le champ est ouvert...

Robotique et téléchirurgie

A Fukuoka, le Pr Hashizume, chirurgien digestif, est un pionnier de la chirurgie endoscopique et robotique, et plus exactement de la chirurgie assistée par ordinateur. Il a fondé à la Faculté des Sciences Médicales de l'Université de Kyushu un centre dédié à l'application des innovations technologiques à la médecine de pointe. Tout en continuant à pratiquer la chirurgie endoscopique (30 % de l'activité de son service), il s'intéresse à la réalité augmentée et aux méthodes de navigation. Est en cours dans son laboratoire le projet MRI (*Movement Resolution Image guided robotic surgery*) : il s'agit de réduire la déformation des images par le champ magnétique, ou encore de superposer les images en 3D et en 2D, en temps réel, et d'obtenir pour le chirurgien une stabilisation visuelle correspondant à la synchronisation, sur le site opératoire, du mouvement des instruments et de celui des organes.

Est aussi imaginée une capsule-robot à ingérer par le patient, point d'aboutissement du projet NOTAES (*Natural Orifice TransAbdominal Endoscopic Surgery*). Cette chirurgie de moins en moins invasive et traumatique conviendrait particulièrement à une population de plus en plus âgée, et permet d'envisager de supprimer l'hospitalisation classique, au profit de l'ambulatoire. Ainsi l'avenir, pour le Pr Hashizume, c'est la *NanoRobotSurgery*.

Ce Professeur est aussi à l'origine de la première expérience de téléchirurgie au Japon (pour la France cf. l'opération Lindberg réalisée en 2001 par le Pr Marescaux entre New-York et Strasbourg). Elle a été menée le 8 août 2002 entre

Tokyo et le Mont Fuji au moyen d'une liaison téléphonique. D'autres essais ont suivi, avec une liaison Internet entre Kyushu (Fukuoka) et la Corée, puis entre Fukuoka et Bangkok. L'un des enjeux de la téléchirurgie c'est, au Japon comme ailleurs, la formation du personnel qui agira concrètement sur le patient (anesthésie, pose des trocarts, etc.). Ce personnel, chirurgical ou non, risque de ne pas bénéficier d'un statut aussi prestigieux que celui du chirurgien placé aux commandes de la console-maître. D'après le Pr Hashizume, il pourrait même suffire d'infirmières pour introduire dans le corps des patients les trocarts nécessaires à l'insertion des instruments. Cette réflexion est d'autant moins anodine que les infirmières japonaises font en général assez peu d'actes techniques. Elle témoigne peut-être d'une influence américaine.

L'enseignement à distance est également envisagé par le Pr Hashizume. Parallèlement, ce dernier souligne l'importance de la simulation de patients pour l'apprentissage des praticiens. Dans ces perspectives, le futur rôle du chirurgien serait celui d'un chef d'orchestre, placé au centre d'actions multiples, dont certaines éloignées dans l'espace. Le chirurgien n'aurait plus à toucher directement le corps, le toucher étant remplacé par la vision et différents modes d'information.

A Kanazawa, hôpital universitaire récemment reconstruit (2005), où les salles d'opération sont très équipées en informatique (transmission de l'imagerie, accès au dossier du patient, entrées de données), le Pr Oda est spécialisé en endo-chirurgie thoracique. Il souligne l'intérêt de la vidéo pour mieux voir le site opératoire et faire son geste plus rapidement, ainsi que pour l'apprentissage des jeunes chirurgiens. En revanche, il trouve trop long de faire complètement la procédure avec la vidéo.

Le service de chirurgie cardiaque du même hôpital dispose, depuis 2006, d'un système da Vinci™, mais au printemps 2007, l'usage de ce dernier était limité à la dissection de l'artère mammaire. Il était envisagé de s'en servir dans le futur pour les pontages coronariens et, en chirurgie thoracique, pour l'exérèse des tumeurs du médiastin. A été manifestée une grande réticence à l'utiliser pour les organes mobiles, par crainte d'hémorragies impossibles à arrêter immédiatement. Ceci dans un contexte où les plaintes des usagers sont de plus en plus redoutées (d'après les praticiens, le nombre de procès intentés par les usagers serait en forte augmentation, surtout en chirurgie et en pédiatrie).

Parmi les freins qui ralentissent l'adoption de nouvelles technologies en milieu chirurgical, il faut compter, au Japon comme ailleurs, avec les conditions socioprofessionnelles de l'exercice du

métier. D'après un praticien français (chef de service de chirurgie cardiaque en CHU) ayant une certaine expérience du milieu chirurgical japonais, les freins principaux à l'utilisation du « robot » d'*Intuitive Surgical* au Japon sont d'une part le « népotisme » (qui conduirait au refus d'innovations portées par de plus jeunes et à l'étroit contrôle des activités des praticiens non chefs de service), et d'autre part l'existence d'une « pléthore de chirurgiens », d'où il résulterait que chaque chirurgien opère peu et a donc peu d'occasions de s'approprier une nouvelle technique.

Astro Boy et Black Jack : l'imaginaire robotique et chirurgical

La perception des robots est globalement plus positive au Japon que dans les pays occidentaux. Le plaisir et le rêve sont communément associés aux robots par les Japonais de tout niveau : par exemple, cela a été spontanément mentionné à l'université de Nagoya par le Pr Fukuda, roboticien, et ses collaborateurs, comme par un créateur de robots relativement marginal et non universitaire interviewé par la NHK. La robotique est particulièrement « bonne à imaginer » au Japon, et il faut mentionner ici le rôle majeur qu'a joué dans ce phénomène le célèbre auteur de mangas, Osamu Tezuka (auquel le Japon a fait des funérailles nationales en 1988). La remarque du japonologue Jean-François Sabouret rejoint mes propres observations : « La quasi-totalité des ingénieurs japonais nés après la guerre reconnaît sa dette à l'égard de Tezuka » et de son robot au cœur d'enfant, Astro Boy (*Tetsuwan Atomu* en japonais). Bien que les robots soient plutôt considérés comme des « affaires de garçons », la Professeure Masako Watanabe, sociologue à l'Université de Nagoya, se souvient encore de la chanson d'Astro Boy maintes fois entendue dans son enfance à la télévision, au tournant des années 60-70 : « C'était aussi connu que la Marseillaise pour les Français ». Le Pr Fukuda évoque sa lecture des mangas (*Gundam*) quand il était enfant. Dès 13-15 ans, il a acheté des livres expliquant le fonctionnement des robots. Il aimait la mécanique caractéristique des robots et aurait souhaité fabriquer un Gandara (dragon guerrier). Il voulait surtout « créer quelque chose qui n'existe pas dans la nature ». Compte tenu de la spécificité du rapport à la nature au Japon (là-dessus voir les travaux d'Augustin Berque), c'est un trait qui reste à interpréter, sachant qu'il n'y a pas au Japon d'interdit sur la démiurgie comme on en a connu dans la culture occidentale.

Il n'est peut-être pas indifférent qu'Osamu Tezuka ait été médecin au départ et qu'il ait non seulement

« La robotique est particulièrement "bonne à imaginer" au Japon, et il faut mentionner ici le rôle majeur qu'a joué dans ce phénomène le célèbre auteur de mangas, Osamu Tezuka. »

.../...

.../... inventé Astro Boy, mais un personnage de chirurgien thaumaturge, japonais en dépit de son nom anglo-saxon : Black Jack. Formé en Occident, ce dernier aurait été lui-même dans son enfance un miraculé de la chirurgie, sauvé par de multiples greffes (opérations alors complètement interdites au Japon). Parmi les miracles que Tezuka lui fait accomplir, il y a la fabrication d'une femme-enfant à partir d'une tumeur... (les aventures de Black Jack, que j'ai connues grâce à Philippe Bazin, sont disponibles en français : dix-sept volumes).

Les travaux du département des micro-nano systèmes à l'Université de Nagoya

En ce qui concerne la place de la chirurgie robotique dans ce laboratoire, on notera que sur Internet, la page d'accueil du laboratoire présente un cœur (en partie ouvert) où circulent des microsystèmes robotisés (image de synthèse). A destination du web, et donc à vocation universelle, cette image du futur fait question en raison de l'impact de l'imaginaire du cœur (en tous cas chez les Occidentaux), dans le public comme chez les professionnels. Pour les chirurgiens occidentaux, les interventions intracardiaques sont les plus valorisantes et correspondent à la dimension traditionnellement démiurgique de leur métier. Beaucoup de praticiens japonais ont reçu une formation aux Etats-Unis et ont peut-être été influencés par cet imaginaire. Comment se placent exactement les chirurgiens et les roboticiens japonais dans ce domaine ? Ces microsystèmes robotisés, imaginés par les ingénieurs, ne priveront-ils pas, à terme, les chirurgiens d'une partie de leur prestige ?

Le rapport d'activité du laboratoire (2006) souligne une « forte collaboration avec des industries et d'autres instituts de recherche ». Le laboratoire participe à de vastes projets nationaux. Il organise tous les ans un Symposium International de Micro-mechatronics and Human Science. Indépendamment des articulations institutionnelles Université/Industrie, on y trouve un mélange intéressant entre recherche fondamentale, forte dynamique scientifique, position philosophique voire métaphysique et éthique, et empirisme (c'est-à-dire importance accordée aux aspects pratiques). A relever une certaine méfiance envers la spéculation théorique : on ne peut pas prouver le Big Bang, mais on peut faire fonctionner un robot. Le tout, avec une certaine coloration ludique.

Une exposition internationale de robots à Tokyo

En 2008, j'ai visité à Tokyo une exposition internationale de robots. De taille imposante, cette exposition tournait en majorité autour des robots industriels. Etaient aussi exposés des robots de service, avec parfois un côté ludique : robot capable de réordonner un Rubik's Cube, robot joueur de

ping-pong, etc. Relativement peu de choses sur la santé, en dehors de dispositifs destinés aux handicapés, de quelques « robots » d'apprentissage des gestes quotidiens tels qu'un « bébé-robot » de 3 kg et 50 cm commercialisé par Yamazaki et destiné aux personnes ayant à s'occuper de bébés, et de trois robots « thérapeutiques » sur le plan psychophysologique :

- HERBY, *Human Interface Robot Baby*, destiné plutôt aux personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ;
- TOCCO, petit panda supposé pouvoir redonner le goût de vivre aux personnes âgées ;
- PARO, *therapeutic robot*, petit phoque blanc recouvert de fourrure artificielle « antibiotique ». Il était également présent et abondamment caressé par enfants et adultes à l'Exposition du Musée de la Science et de la Nature, spécialement construit sur une visée thérapeutique : ses effets sont conçus comme psychologiques (relaxation, motivation), physiologiques (amélioration des paramètres vitaux), sociaux (amélioration de la communication entre les patients hospitalisés et les soignants). Sur le site Internet du fabricant, on trouve des images de Paro « accompagnant » un enfant en réanimation et deux personnes âgées.

Dans cette exposition, on peut noter l'absence de la chirurgie, sauf deux exceptions. Etait en effet présenté au Salon, par la compagnie Kokoro qui avait antérieurement créé une réceptionniste-robot (Actroid), la patiente-robot Simroid aux dents sensibles, destinée à l'apprentissage des chirurgiens-dentistes (film vidéo sur le site Internet qui lui est dédié). D'autre part, sur un stand placé sur une bordure peu passante de l'exposition, l'Institut de Technologie de Tokyo présentait une « main » assemblable à l'intérieur du site opératoire, ainsi qu'un système destiné aux sutures.

Robots et insectes : deux expositions au Musée de la Science et de la Nature à l'automne 2007

The Great Robot Exhibition – Le clou de cette exposition grand public consacrée aux robots était sans conteste le robot Asimo, présenté dans une salle spéciale par Honda, avec séances de démonstration (longues files d'attente pour être admis). L'enthousiasme de mes accompagnatrices (une anthropologue et une infirmière) fut très significatif.

L'exposition était divisée en trois secteurs : « Karakuri » (les japonais et les automates dans l'histoire), « Robot » (réalisations actuelles), « Imagination » (la part du rêve), qui commence évidemment par Astro Boy. Une série impressionnante de « robots guerriers » tirés des mangas a retenu l'attention de nombreux visiteurs.

La couverture du catalogue est très suggestive : sur fond d'un décor archaïsant (motif du yin et du yang), une créature de rêve, style science-fiction, à allure

féminine, possédant six bras (comme certaines déités du panthéon bouddhique) et au « ventre » lumineux. Dispersés sur la couverture et de la taille du visage de la créature en question, trois automates anciens (de type karakuri), avec l'incontournable Astro Boy (Atomu) de Tezuka, ainsi que sept robots récents humanoïdes (dont Asimo), PaPeRo (*Partner Personal Robot, NEC Corporation*), enfin le chien Aibo de Sony et un robot de type industriel (« bras » sur un socle). Ce dernier est un robot de service. Dénommé Myspoon, il est destiné à faire manger les personnes âgées et handicapées. Dans un cas de ce genre, par rapport à une aide humaine, le robot représente un soulagement psychologique pour la personne aidée : d'après une Japonaise (vivant à Paris) il est facile de « dire non » à un robot, alors que, compte tenu des codes de comportement au Japon, il est très difficile de refuser la proposition de quelqu'un.

Apprendre avec Jean-Henri Fabre – Parallèlement à cette exposition de robots s'en tenait une, dans une autre partie du Musée, consacrée à l'entomologiste français Jean-Henri Fabre. Fabre est très célèbre au Japon où il a été traduit dès 1922. Ses œuvres complètes ont été rééditées en 2005. Il y a un Musée Fabre à Tokyo, et Fabre serait apprécié au moins autant comme poète que comme scientifique dans un pays où certains guerriers sont aussi poètes : ce sont au Japon des catégories qui ne s'excluent pas. Cette exposition a circulé au Japon, dans le cadre du cent-cinquantième des relations franco-japonaises.

Ainsi avions-nous, à Tokyo, en cet automne 2007, d'un côté des robots « humanisés », de l'autre côté un entomologiste qui a consacré toute sa vie à la vie biologique et sociale des insectes (ce qui n'a pas manqué de le faire parfois considérer comme un « extraterrestre » par ses voisins provençaux). Dans notre imaginaire occidental, les insectes (au sens large) sont les animaux les plus éloignés de l'humanité, mais leur vie sociale est parfois le modèle explicite, en particulier au Japon, de la coopération envisagée pour les robots. Certains robots tous-terrains sont d'ailleurs conçus sur le modèle des insectes (locomotion à pattes multiples), et pas seulement au Japon. Le parallélisme des deux expositions n'était donc peut-être pas une pure coïncidence. ■

1. Voir par exemple son article « La robotique en chirurgie cardiaque » paru dans *Communications*, 2007, n° 81 et repris dans *L'Hôpital ou le Théâtre des Opérations, Essais d'Anthropologie Hospitalière 2*, Paris, Seli Arslan, 2008.
2. Téléchargeables gratuitement : Marie-Christine Pouchelle, « Chirurgie, robotique et culture japonaise : une première esquisse, mars 2008 », 21 pages, www.bulletins-electroniques.com/rapports/smm08_018.htm ; Etienne Dombre, Jacques Gangloff, Guillaume Morel, Marie-Christine Pouchelle, septembre 2008, « La Robotique Chirurgicale au Japon », (MCP : pp.34 à 63) www.bulletins-electroniques.com/rapports/smm08_047.htm ; Marie-Christine Pouchelle, « La robotique chirurgicale dans son contexte : corps, patients, médecine et chirurgie aujourd'hui au Japon », novembre 2009, 22 pages, http://www.bulletins-electroniques.com/rapports/smm09_072.htm



Informatique et radiologie

■ **Jean-Philippe Masson**, radiologue, secrétaire général de la Fédération Nationale des Médecins Radiologues

Le développement de l'imagerie médicale, née il y a plus d'un siècle lors de la découverte des rayons X par Roetgen, a toujours été lié à l'évolution des technologies.

Ainsi, depuis quarante ans environ, l'apparition et l'essor rapide de l'informatique ont permis à l'imagerie médicale d'étendre ses applications diagnostiques des rayons X, ionisants, à celles des ultrasons et de la résonance magnétique.

Récemment, l'arrivée de nouvelles technologies proches d'Internet a ouvert d'autres perspectives de transfert et de partage de l'information médicale entre les professionnels de santé.

Rappel historique

En 1899, Roetgen découvrait les rayons X. Jusque dans les années 70, l'imagerie médicale était limitée à leur utilisation, améliorant leur efficacité par les progrès liés aux écrans impressionnant les films radiologiques et par l'utilisation de techniques dérivées de règles de géométrie (tomographie) pour affiner les images.

Par la banalisation et la miniaturisation de l'informatique, de nouvelles techniques sont apparues, comme le scanner et l'échographie. Balbutiant au début, ces moyens diagnostiques se sont perfectionnés pour aboutir aujourd'hui à des matériels de haute technologie qui permettent d'obtenir des images en 3D, par exemple, avec une définition d'une précision impressionnante.

Dans les années 80, une nouvelle technique a vu le jour : la résonance magnétique. Là encore son évolution foudroyante a permis d'apporter une aide incalculable pour des diagnostics de plus en plus précis, grâce à l'imagerie moléculaire pour ne citer qu'elle. Les années 90 ont vu la naissance de la numérisation directe des images par l'apparition, notamment, de capteurs semblables à ceux des appareils photo numériques, mais avec des dimensions sans comparaison (43x43 cm) et avec une résolution équivalente à celle des meilleures pellicules, comme en témoigne leur utilisation en mammographie numérique.

L'informatique dans la radiologie de maintenant

L'informatique tient, dans les services d'imagerie médicale, une place essentielle.

Outre les « outils diagnostiques » évoqués plus haut, la quasi-totalité des structures sont maintenant équipée de Systèmes d'Information Radiologique (SIR).

Ces équipements permettent de gérer la totalité

des services et de leur « workflow » depuis l'accueil du patient, avec la saisie de ses informations personnelles, jusqu'à la rédaction des compte-rendus d'examens. Il s'agit là, bien sûr, d'un raccourci saisissant car ces systèmes sont le cœur des services. En étant connectés sur les modalités d'acquisition des images, ils permettent d'assurer une meilleure sécurité des patients, en évitant les erreurs d'identification des malades eux-mêmes, mais aussi en renseignant la modalité sur l'examen à réaliser, optimisant ainsi, pour les examens utilisant les rayons X, la dose à délivrer.

Ils permettent aussi d'assurer la traçabilité des produits de contraste utilisés, de connaître les antécédents pathologiques, donc d'améliorer la prise en charge et la sécurité de nos patients.

Ces équipements permettent également d'améliorer et de faciliter la gestion des services et simplifient la vie de nos secrétaires submergées par les impératifs des organismes payeurs et par la complexité de la nomenclature (CCAM).

Enfin, les modules statistiques qui y sont associés permettent des évaluations qui sont maintenant systématiquement réclamées lors de la première demande d'équipements d'imagerie en coupe ou de leur renouvellement.

Depuis quelques années, du fait de l'utilisation commune des images numériques et de l'augmentation des capacités des systèmes de stockage informatique, est apparue parallèlement la gestion de l'image.

Ce n'était, au début, que des systèmes d'archivage mais, rapidement, les radiologues ont éprouvé le besoin de pouvoir revoir les images, pour comparer les examens réalisés, ce qui permet ainsi d'améliorer la prise en charge de certaines pathologies (notamment cancéreuses) et de diminuer encore la redondance des examens. Ces nouveaux instruments, les PACS, permettent en outre de pouvoir diffuser les images à l'intérieur d'un établissement, voire vers des correspondants extérieurs.

Cette technologie, très développée depuis longtemps dans de nombreux pays (Etats-Unis, Canada, Australie...), mais en retard en France, a connu une accélération lors de la mise en place d'une « aide » à son déploiement en France par la CNAMTS, grâce à la création d'un forfait d'archivage. Malheureusement, des aléas syndicaux ont entraîné, récemment, la suppression de celui-ci et risquent donc de ralentir le déploiement de cette technique médicale fondamentale.

La téléradiologie dans la pratique actuelle de l'imagerie médicale

Ce n'est un secret pour personne, l'évolution de la démographie médicale en France est très inquiétante. En ce qui concerne la radiologie, s'il y a, actuellement, environ 8 000 radiologues (publics et privés confondus), ce nombre devrait tomber à 5 400 en 2020. Si l'on veut garantir par un maillage territorial correct un accès facile aux examens d'imagerie pour nos patients, des solutions doivent être trouvées. Le gouvernement (bien qu'il conteste cette situation démographique) est d'ailleurs conscient de ce problème puisque dans la loi HPST, récemment promulguée, un chapitre entier est consacré à la télé-médecine. La téléradiologie en fait bien évidemment partie, et en est même un élément primordial, l'imagerie médicale étant au centre de la démarche diagnostique.

Grâce au déploiement des systèmes numériques, des possibilités d'archivage et des PACS, la mise en place de cette nouvelle technique médicale de diagnostic, la téléimagerie, est possible. Il reste cependant à mettre en place un réseau haut débit homogène sur le territoire français, ce qui est loin d'être le cas.

Un rapport (Simon – Acker), publié en 2009, dressait déjà un état des lieux très documenté qui faisait apparaître les bénéfices et les difficultés de mise en place de cette « nouvelle médecine ». Il attirait notamment l'attention sur le risque de dérive vers une radiologie « low cost », comme cela a été le cas en Grande-Bretagne ou aux Etats-Unis, à une certaine période, où des examens étaient envoyés pour lecture vers des pays émergents. Si l'interprétation était moins coûteuse que celle réalisée par les radiologues locaux, la méconnaissance du contexte clinique entraînait des approximations sur les diagnostics. De nouveaux examens étaient demandés, majorant fortement le montant des explorations complémentaires.

Par ailleurs, dans ce type de fonctionnement se pose le problème de la responsabilité du diagnostic. Celle-ci repose alors totalement sur le demandeur

puisque le radiologue effecteur n'est pas soumis aux mêmes règles ordinaires, règles qui peuvent même ne pas exister, selon les pays.

La téléradiologie ne doit donc pas être mise en place à n'importe quel prix. Comme tout acte médical, elle obéit au code de déontologie édicté par le Conseil de l'Ordre pour la sécurité de nos patients. La profession, dans son ensemble, l'a parfaitement compris et a, tout d'abord, défini le champ de cette technique : deux domaines sont identifiés, le télé-diagnostic et la téléexpertise.

Le Conseil Professionnel de la Radiologie (G4) a ainsi rédigé une Charte de la téléradiologie et un protocole de convention de téléradiologie (téléchargeables sur le site de la Société Française de Radiologie) qui précisent les limites et les impératifs techniques, pour garantir une prise en charge des patients équivalente à celle dont ils bénéficieraient lors d'un examen « conventionnel ».

Malheureusement, certains directeurs d'hôpitaux ne l'ont pas compris et signent des contrats avec des sociétés de téléradiologie peu scrupuleuses. Celles-ci respectent peu les contraintes techniques et pratiquent des prix « au forfait ». Elles vont ainsi contre la définition d'un acte médical, les règles déontologiques qui y sont liées et faisant fi des problèmes de responsabilité professionnelle.

Cette brève analyse des relations entre l'imagerie médicale et l'informatique montre que notre profession a toujours su accompagner ces nouvelles technologies et s'y adapter.

La vitesse de leur évolution, associée aux bouleversements à venir de notre mode d'exercice, doit cependant nous inciter à la plus grande vigilance, afin de pouvoir assurer à nos patients la qualité et la sécurité de la prise en charge dont ils ont bénéficié jusqu'à maintenant.

C'est grâce à l'unité de la profession radiologique et à la confiance de nos patients envers notre spécialité que nous pourrions continuer notre évolution, inéluctable mais exaltante. ■

Le cabas des radios

■ **Didier Ménard**, médecin généraliste

Ils sont repérables dans toutes les salles d'attentes des médecins de France, ils ont leurs cabas à radios. Les plus luxueux sont en toiles de marques, les autres traînent un sac Carrefour ! Dedans, il y a les indispensables clichés, qui témoignent de leurs douloureuses histoires médicales. Les uns les rangent par ordre chronologiques, les autres par types de radios, et enfin la majorité les triment en vrac. Sur les documents de la CPAM pour chaque convocation chez le médecin

conseil, il est bien inscrit de venir avec toutes les radios, alors par peur de ne pas être pris au sérieux de leur maladie, ils les amènent, enfin ceux qui sont inquiets, les autres, bof ils oublient et de toutes façons, le docteur de la Sécu n'a même pas regardé les radios alors... plus le sac devient lourd, plus tu es malade, plus tu fais de radios, plus tu vois de médecins et plus tu es fatigué, plus il te faut porter ce damné sac ! C'est bien un sac de malheur ! Qui donne le statut de malade, mais qui ne garantit pas forcément l'empathie souhaitée. ■

Enjeux psychiques de l'image

■ **Rémy Potier**, psychanalyste, chercheur à l'université Paris 7

SPsychanalyse

SEcoute, empathie,

Relation soignant soigné

SImages, imagerie médicale

L'imagerie médicale nous renseigne et nous concerne, nous représente aussi, mais elle est surtout la médiation à travers laquelle le corps est rencontré et lu par le médecin. L'examen d'imagerie médicale peut-être vécu comme une expérience limite de perplexité et de sidération face à l'image illisible et opaque pour le patient, c'est ce que révèle la clinique, à l'écoute du vécu des patients à propos de leur maladie.

Trois questions vont guider mon propos : Quel rôle l'imagerie médicale joue-t-elle dans la représentation du corps contemporain ? Quels effets psychiques produit son dispositif et pourquoi ? De quelle façon l'image de soi est-elle mise à l'épreuve par l'imagerie médicale ?

Je souhaite par ce biais mettre en exergue ce qui peut être dit en propre à partir d'un point de vue psychanalytique à propos de l'examen d'imagerie médicale. Loin de tout misoneïsme (refus de la nouveauté), cet éclairage invite bien plutôt au dialogue interdisciplinaire, dont tout questionnement éthique est issu.

La construction du corps contemporain à l'aune de l'image médicale

Pour situer la médecine aujourd'hui, il faut prendre acte de l'implication de la technique et tenter d'en repérer les enjeux dans le cadre de son exercice même. Le gain en savoir et en efficacité que tout le monde reconnaît à la médecine contemporaine produit comme corrélat un manque d'attention concernant le malade, son environnement social et familial, ainsi que les dimensions psychologiques qui ne manquent pas d'accompagner le vécu de la maladie. La médecine

hospitalière continue donc à s'intéresser plus à la maladie qu'au malade et à traiter le patient et sa maladie en termes techniques plus qu'humains¹.

Or le scanner, l'échographie, l'IRM, ont désormais leur place à côté de la radiographie conventionnelle dans le parcours de santé de l'individu aujourd'hui. « Mon scanner n'a pas inquiété mon médecin », « Mon écho était bizarre », depuis ces paroles de patients, je voudrais souligner l'implication des techniques d'imagerie médicale dans le voca-

bulaire commun contemporain. Cette évolution dans la langue doit étonner, au sens où il s'agit d'entendre ce que l'Inconscient a pu y former à partir d'expériences personnelles vécues dans un corps à corps avec ces techniques, le plus souvent à partir d'une ignorance totale du fonctionnement et des implications de celles-ci. Dans ces paroles, le corps est désigné par ce qui le révèle, l'organe laisse la place à la technique d'investigation, et l'expérience vécue, condensée dans une formule magique relevant du *high tech*. On ne saurait plus aujourd'hui parler de notre corps et de son fonctionnement sans recourir au vocabulaire médical.

Or, si le savoir médical nourrit bien la langue et les représentations, il reste cependant hermétique aux patients. Ces emprunts de mots orientent notre représentation et notre expérience du corps, et le vocabulaire technique utilisé permet de faire de notre corps un objet extérieur avec lequel il est possible de prendre un minimum de distance, voire de conjurer les inquiétudes qu'il nous inspire. Mais un reste fait retour. C'est ce reste qui intéresse l'investigation psychanalytique.

Les effets psychiques de l'imagerie médicale

Il faut surtout repérer que *la vision s'impose comme le mode privilégié de la médecine*, ce qui se traduit dans l'archéologie à laquelle Foucault a travaillé. Mais un pas de plus est fait à l'heure de l'imagerie, qui situe la médecine au-delà de quelque grossier réalisme du « voir ». Les travaux de Monique Sicard permettent de penser en quoi et comment le regard humain est toujours « fabriqué ». L'histoire de la médecine, des planches anatomiques de Vésale aux représentations virtuelles de l'univers ou des particules, témoigne de la construction de l'idéal médical. Or, cet idéal trouve des alliés dans le développement des technosciences grâce auxquelles se déploie une *technologie du regard* des plus sophistiquées.

Chez Freud, le visuel témoigne de l'articulation entre le sexuel et le sensoriel, ce qui requiert de lever le refoulement, que le regard posé sur l'image médicale induit de façon différente chez le malade et le médecin. L'impression optique, nous dit Freud dans les *Trois essais*, reste le chemin par lequel

« Chez Freud, le visuel témoigne de l'articulation entre le sexuel et le sensoriel, ce qui requiert de lever le refoulement, que le regard posé sur l'image médicale induit de façon différente chez le malade et le médecin. »

l'excitation libidinale est le plus fréquemment éveillée. Il convient donc d'avancer dans l'élucidation des spécificités du regard, et ainsi tenir bon la question du plaisir lié à la vision.

Le corps et ses images

Un autre éclaircissement est essentiel : c'est celui qu'apporte la psychanalyse à propos de l'image du corps (Schilder, Dolto, Lacan). De quelle façon l'image de soi est-elle mise à l'épreuve par l'imagerie médicale ? La rencontre avec l'imagerie engage le regard, l'imagerie médicale se fait miroir. Il convient de mettre en relief ce qui s'y joue en m'appuyant sur ce que Lacan développe à propos du stade du miroir et qu'il nommera de spéculaire. Mais avant de prendre la mesure de cette dimension, il convient de préciser ce que l'appareillage technique et l'image numérisée engagent spécifiquement.

Les nouvelles technologies reflètent l'extériorisation de nos représentations et constituent une composante essentielle de notre culture, qui participe à notre identité. Dans L'environnement non humain, le psychanalyste Harold Searle fait remarquer que l'élément non humain de l'environnement de l'homme forme l'un des constituants les plus fondamentaux de la vie psychique. Or, cette fusion subjective initiale avec le milieu non humain du nouveau-né a des répercussions tout au long du développement ultérieur normal et pathologique de la personnalité car, inconsciemment, chez l'individu normal cette fusion subjective persiste tout au long de la vie.

Et par ailleurs, Lacan précise que le processus de maturation physiologique permet au sujet d'intégrer effectivement ses fonctions motrices, et d'accéder à une maîtrise réelle de son corps. La seule vue de la forme totale du corps humain donne ainsi au sujet une maîtrise imaginaire de son corps, prématurée par rapport à sa maîtrise réelle.

Cette approche de l'imagerie médicale conduit à interroger l'enjeu spéculaire qui s'y joue, dès lors que c'est à l'image de soi proposée par la construction médicale qu'est confronté le patient. L'image obstétricale en est exemplaire, et par ailleurs bien différente de celle qui engage la modélisation du corps interne. C'est d'emblée la représentation de l'enfant, à un moment où il est encore fan-

tasmé, que cette composition numérique propose. La virtualisation échographique est un rituel de passage symboliquement efficace qui favorise l'anticipation, mais il est nécessaire pour le clinicien d'être attentif aux enjeux auxquels elle soumet les parents.

Quand l'échographie contredit l'enfant tel qu'il est encore fantasmé et attendu, il arrive que le processus de parentalisation soit particulièrement mis en défaut. L'image du fœtus sème l'effroi d'une Gorgone pétrifiante et le regard échographique n'a pas d'efficacité symbolique : il perd sa fonction de liaison rituelle.

Cliniques psychanalytiques autour de l'imagerie médicale

Ce qui domine lors de ce type d'examen, c'est le sentiment intense d'un brouillage de l'image de soi. Au début de la gestation, le corps de la femme prend valeur de corps de mère et semble venir se confondre avec le corps oublié de la mère. Il ravive chez la femme des fantasmes de vie intra-utérine dans le corps de sa mère, faisant refluer en elle un passé perdu. Il en est de l'échographie comme des autres techniques d'imagerie médicale, la barrière de la peau est dépassée, l'intérieur du corps devient accessible à la perception. Ainsi, l'ensemble des moyens, que sont la radiologie, l'échographie ou le scanner, permet de voir l'intérieur du corps, de connaître le sexe de l'enfant attendu dans l'examen anténatal, de lire les lésions, diagnostiquer des tumeurs, de donner un sens aux symptômes physiques et à la douleur. Il y aurait dès lors une promesse d'en savoir toujours plus, grâce aux possibilités offertes par la technique.

Néanmoins, l'effet d'*inquiétante étrangeté* que ces visualisations peuvent produire pourrait être interrogé davantage si l'on met à jour ce qui n'est pas objectif, à partir du pas de côté que permet la psychanalyse en dévoilant la dimension sexuelle investie dans cette expérience du regard.

Le dispositif imagier produit ses effets spécifiques. Ce qui semble important dans cette rencontre médiatisée par la médecine technicienne, c'est donc d'abord la fonction du regard qui est au centre de la relation qu'instaure l'imagerie médicale comme technique. ■

■ 1. Georges Ganguilhem, *Ecrits sur la médecine*, coll. Champ Freudien, Le Seuil, 2002.

Les pom-pom girls de la médecine

■ Didier Ménard, médecin généraliste

Quand il s'agit de représenter la médecine au cinéma ou à la télévision, on utilise les clichés éculés du docteur en blouse blanche, le stéthoscope autour du cou, et il y a toujours une scène qui montre un négatoscope avec une radio, si possible un scanner, voir une image par résonance magnétique, le top du top. Cette représentation de la médecine, souvent hospitalière, a besoin d'afficher l'image du progrès au travers du cliché radiologique. Une série télé avec des docteurs sans image de radiologie, c'est comme un match de foot américain sans pom-pom girls. ■

Docteur House versus Mr T

■ **Christiane Vollaire**, philosophe

Dans un dossier intitulé « Pourquoi Dr House est-il si méchant ? », une revue de philosophie présentait en novembre 2009 un entretien avec un philosophe. Ce dernier y posait la question : « Que se passerait-il si on bousculait l'éthique médicale ? ». Il présupposait par là que l'éthique serait une sorte de dogme abusif, arbitrairement imposé et universellement respecté par une corporation médicale trop soumise aux exigences morales, et de ce fait même aveugle au principe de réalité. Et il prétendait dénoncer dans cet entretien « les excès auxquels les théories du care ont donné lieu », ajoutant :

Un malade ne peut être entièrement autonome. Par définition, son jugement est troublé par son affection. La surenchère aux bons sentiments s'avère donc parfois contre-productive en matière de soins¹.

L'auteur reprenait ainsi intégralement à son compte, et légitimait par son onction philosophique, l'esprit même du feuilleton américain *Dr House*, et son essence : ce qu'on appelle dans les pays anglo-saxons l'*Evidence-Based-Medicine*, médecine fondée sur la preuve, qui dénie toute valeur aux dimensions de la subjectivité dans le savoir médical, et pour laquelle l'expertise médicale est juste une somme positiviste de savoirs incontestables, dont le patient serait la simple matière-objet. De cette *Evidence-Based-Medicine*, l'imagerie est l'un des piliers, puisqu'*evidence* signifie originellement ce qui apparaît à la vue.

Une éthique de Disneyland

Dans le texte précédemment cité, l'auteur en question commet bien évidemment une double imposture. La première est d'identifier l'éthique aux « bons sentiments », d'en faire un repaire de bonnes sœurs et d'affects désuets, confondant ainsi la rationalité de l'exigence éthique avec un sentimentalisme irréfléchi. C'est de cette manière qu'on a toujours procédé pour discréditer tous les combats contre les abus de pouvoir : en les présentant juste comme des attitudes émotionnelles sans valeur rationnelle. L'appel qu'il fait à « ne s'embarrasser d'aucun scrupule éthique » évoque

à cet égard très fortement ce que le dernier numéro de la revue *Lignes*, consacré de façon critique au vocabulaire du pouvoir actuel en France, désigne sous le terme « décomplexé » : il s'agit de mettre fin à toute forme de scrupule éthique, pour laisser jouer, sans aucun frein ni contrepoids, les rapports de domination économique et politique, dans le domaine de la santé comme ailleurs.

La deuxième imposture de ce texte ne peut être attribuée qu'à une extrême naïveté ou à une extrême mauvaise foi. Ou l'auteur croit réellement à ce lieu médical imaginaire, sorte de Disneyland caricatural, où l'éthique serait reine et où de ce fait selon lui le discours scientifique serait invalidé et menacé. Ou il vit sur terre comme vous et moi, et il sait pertinemment que ce sont déjà des critères prétendument objectivants, des savoirs quasi-exclusivement quantifiables et mesurables, qui décident depuis longtemps de la formation des futurs médecins et de l'organisation hospitalière.

Et il ne peut ignorer que Dr House n'est nullement, contrairement à ce que laisse entendre l'ambivalence du scénario, cet homme seul face à une institution hostile à sa rationalité parce qu'elle serait peuplée d'adeptes de l'éthique et des « bons sentiments », mais au contraire le modèle universellement offert à tout médecin, le référent idéal de ce que doit être, pour l'institution médicale et hospitalière telle qu'elle existe réellement, une médecine digne de ce nom. L'héritier direct des grands patrons du XIX^e siècle, entouré d'un staff émerveillé, galvanisé par sa redoutable intelligence.

Une esthétique de propagande

De ce point de vue, l'auteur de l'entretien a raison de dire que *Dr House* est moins une série médicale qu'une série policière, et que le personnage de Dr House serait plutôt un double de Sherlock Holmes, ou du détective Dupin chez Edgar Poe. Dans les deux cas, la position est celle de l'investigateur à la recherche d'indices, et c'est ce caractère indicial de l'image médicale qui indexe le regard porté sur elle.

Mais là précisément intervient l'esthétique même du feuilleton, ce qui le distingue radicalement d'autres séries médicales comme *Urgences*, et en fait véritablement une œuvre de propagande à la gloire de l'institution. Dr House n'est solitaire qu'à la manière des grands savants reconnus, et non pas à la manière des opposants persécutés. Et, pour nous le montrer, le réalisateur intègre son regard comme le regard neutre, objectif et omniscient de la machine d'imagerie. La perception directe du corps, à tous les épisodes du feuilleton, est ainsi systématiquement relayée par la production machinique de l'endoscope ou du scanner, comme si l'une était le prolongement naturel de l'autre. Et ce dispositif esthétique de la réalisation, comme dispositif d'identification du regard du médecin à la production mécanique des images, est un dispositif d'accréditation corrélative des technologies de l'image comme source d'omniscience, et de la figure du médecin comme sujet de cette omniscience.

La caméra prend le patient en plan large, puis zoome progressivement en plan rapproché, puis en gros plan, et de là le montage passe sans transition dans la cavité buccale, suivant le trajet de l'endoscope dans le tube digestif jusqu'aux intestins, comme s'il s'agissait du même dispositif optique que celui qui permet de regarder la personne. Patient en effet réduit à son état objectal, cible indifférenciée d'un regard investigateur dont l'acuité suppose une neutralisation absolue des affects chez le soignant. A cette rupture radicale de toute position relationnelle se réduit, pour le plus grand bien du patient et comme condition de l'efficacité du diagnostic, le face-à-face médecin-malade.

Un fantasme de toute-puissance

Ce dispositif est une fiction : le médecin ne se trompe jamais, l'image dit toujours la vérité, l'interprétation des signes fournis par l'image est toujours sans ambiguïté, ou la moindre trace d'ambiguïté est immédiatement levée par l'investigateur. Le message est clair : si vous voulez être bien soigné, il vous faut ce corps médical parfaitement dressé à suivre son chef omniscient, avec pour seule médiation la mécanique d'imagerie comme relais sans perte de la vision du docteur. On est bel et bien dans un panoptique, où rien ne doit échapper à la visibilité, dans la mesure même où rien ne fait écho comme intersubjectivité.

Si ce fantasme était réalisable, s'il donnait réellement lieu à ce savoir achevé qui nous est montré dans le feuilleton, et permet un combat sans faille

contre la maladie, il n'y aurait rien de mal à le présenter comme un idéal à viser. S'il se présentait au contraire comme une pure fiction, il n'y aurait aucun mal non plus à en faire l'objet (quelque peu inquiétant malgré tout) d'une œuvre de science-fiction. Mais l'imaginaire véhiculé ici est juste un fantasme de toute-puissance médicale pure, à la manière dont les films de Léni Riefenstahl, dans l'Allemagne nazie, véhiculaient un fantasme de toute-puissance du corps pur. Un fantasme qui, dans l'un comme dans l'autre cas, ne reste pas seulement dans l'imaginaire, mais produit aussi du réel.

Le fantasme est en ce sens performatif : cette représentation archétypale d'un savoir médical identifié à l'objectivation de l'image produit de réels effets d'intimidation sur le patient, et de réels comportements de pouvoir chez le soignant, elle produit cette institution « décomplexée », sûre de sa pertinence et de son bon droit quand elle tient le patient pour pur objet de sa science. Elle produit ces médecins le nez sur leurs ordinateurs, leurs endoscopes et leurs scanners, qui ne jettent pas un regard à la personne assise ou couchée en face d'eux.

Elle légitime ces « visites du patron » où un staff asservi suit un chef de service autiste. Et le fantasme de véridiction absolue de l'imagerie est en ce sens un fantasme d'autorité absolue de l'institution.

Elle légitime ces « visites du patron » où un staff asservi suit un chef de service autiste. Et le fantasme de véridiction absolue de l'imagerie est en ce sens un fantasme d'autorité absolue de l'institution.

Un regard troublant sur le corps

A cette esthétique de propagande, on peut opposer le regard d'un artiste qui ne cesse d'interroger l'ambivalence de notre rapport à l'image, et en particulier le trouble où elle nous jette. Le regard porté par le photographe Yves Trémorin sur le corps est bien un regard intentionnellement clinique. Mais il met en place un dispositif optique construit pour troubler. Regard en série sur la nourriture, où des restes dans une assiette allient la beauté plastique des couleurs à l'effet glauque des reliefs organiques. Regard en série sur des objets, armes-jouets ou têtes de mannequins, dans l'ambivalence optique du vrai et du faux (imitation du métal par le plastique, ou de la chair par le celluloïd). Mais aussi, indétermination entre le vivant et le mort, entre le corps construit et sa déconstruction par l'image, à la manière dont opérait l'esthétique surréaliste du collage.

Dans ce dispositif, la place du sujet, l'effet optique de proximité ou d'éloignement qui génère le net et le flou, la précision de la mise au point, la radicalité du cadrage, produisent ce rapport troublant au corps de l'autre comme part de soi. Le regard, précisément parce qu'il est clinique, précis et

« Ce que disent ces images, c'est que la perception du corps ne peut se réduire à aucune des formes de l'imagerie médicale, non plus qu'aux artifices euphorisants de l'imagerie médiatique. »

.../...

.../... méthodique, s'interdit de prétendre à l'objectivité. Et c'est par là qu'il peut devenir captivant, produisant une image à la fois répulsive et attractive : une image forte dans la mesure même où elle n'est pas, au sens classique, belle. Et où pourtant ce qui en elle est répulsif participe d'une véritable beauté. Des photographies de détail d'une femme enceinte, de corps étrangement juxtaposés, d'une jeune femme atteinte par la maladie, rendent indistincte la part d'humanité et d'animalité en nous, la part de l'inachevé et du dégradé. Ce que disent ces images, c'est que la perception du corps ne peut se réduire à aucune des formes de l'imagerie médicale, non plus qu'aux artifices euphorisants de l'imagerie médiatique. Et le travail de Mr T., de ce point de vue, prend toujours le spectateur à rebours, à l'encontre des évidences de tous les Dr House.

Une mathématique ouverte à l'esthétique

La série des huîtres hors de leur coquille, prises dans un dispositif luminescent qui évoque la radiographie, joue de la transparence et de l'opacité, des infinies variations du vert et du gris sur le fond blanc, de la matière translucide et par endroits dématérialisée, pour désorienter le regard centré sur l'objet. Et c'est de ce jeu entre recentrement et désorientation que se nourrit le travail photographique présenté dans ce numéro. L'huître est un corps sans en être un, quelque chose qui dans l'expérience médicale et les discours de carabin renvoie à la représentation des glaires et du crachat : une source d'abjection et de dégoût. Mais l'image ici lui confère un autre statut, celui d'une dignité esthétique.

Il n'y a absolument rien, dans le travail d'Yves Trémorin, de ces « bons sentiments » auxquels le texte cité précédemment prétendait réduire les questionnements éthiques. On entre bien plutôt souvent dans une ironie, une distance, et aussi une redoutable précision qui a quelque chose à voir avec sa formation initiale de mathématicien. A l'opposé des représentations romantiques de l'artiste maudit, désespéré ou « s'évadant dans l'imaginaire », s'affirme ici une volonté radicale d'interroger le réel. Mais, précisément parce que l'objet mathématique est infini, l'investigation du réel ne conduit pas aux dogmes étroits du positivisme scientiste : elle ouvre à la multiplicité des variations possibles, et, en quelque sorte, à une combinatoire des effets d'accommodation du regard.

Les grands mathématiciens du XVII^e siècle, tels Descartes ou Pascal, Spinoza ou Leibniz, travaillaient sur les questions d'optique, et savaient tout ce qu'il

y a d'incommensurable dans l'infini offert à notre regard. En ce sens, l'émotion que peut susciter en nous le travail de Trémorin sur les corps n'est pas de l'ordre du compassionnel ou du pathétique, mais renvoie à une reconnaissance, insidieuse et parfois infinitésimale, de la vie à travers les formes mêmes de sa déconstruction.

Dans *Le Partage du sensible*, Jacques Rancière mettait en évidence le double sens du mot « partage » : d'un côté ce qui permet qu'ait lieu un véritable échange, de l'autre ce qui au contraire produit une partition, et devient un principe de ségrégation. Et il montrait à quel point les questionnements esthétiques autour de l'image relèvent de cet enjeu. L'imagerie médicale n'échappe pas à cette dualité : elle est objet d'échange et permet la communication autour d'un référent commun, dans l'élaboration du diagnostic et dans la transmission. Mais elle est aussi cette source de pouvoir qui participe de la propagande des Dr House.

Une telle dualité se retrouve dans l'ouvrage de la philosophe Marie-José Mondzain, *Le Commerce des regards*. Donnant au mot commerce son double sens relationnel et économique, elle écrit :

Ce partage des regards concerne toutes les figures de l'altérité, depuis l'intimité d'une relation duelle jusqu'à la communauté la plus vaste. Quelque chose de la notion même d'humanité est en jeu dans le partage du visible. Il n'est pour s'en convaincre que de constater que tout impérialisme planétaire se caractérise désormais par la maîtrise d'un monopole iconique².

Le monopole iconique dont il est question ici est bien évidemment celui qui réduit la production des images aux standards des exigences médiatiques (pour ce qui concerne la photographie : photo de mode et photojournalisme). Or l'imagerie médicale, de plus en plus diffusée et médiatisée, finit par créer un autre « monopole iconique » : celui de la représentation des corps, prétendant dire à elle seule, et par les indices qu'elle porte, le tout de leur réalité. Que le vécu d'un corps, et son devenir, ne puissent se réduire ni aux signes lus sur un scanner, ni aux formes apparues sur une radio, ni aux couleurs d'une densitométrie, c'est ce que nous dit un autre travail des images : celui dont la recherche artistique, le plus souvent à contre-courant des standards, se veut porteuse, en nous donnant accès à d'autres formes de subjectivation et de représentation de soi. ■

1. *Philosophie Magazine*, n° 34, novembre 2009, p. 85.

2. Marie-José Mondzain, *Le Commerce des regards*, Seuil, 2003, p. 18.

La trop belle image

■ **Nathalie Féton-Danou**, dermatologue, présidente de la Société Francophone de Dermatologie Psychosomatique

L'imagerie médicale a une place restreinte en dermatologie, au sens où on entend par imagerie tous les procédés physiques de type rayons X, ultra-sons, résonance magnétique... L'étude de la peau ne fait pas appel à la radiologie conventionnelle, et les échographies et scanners ne sont utiles qu'à l'étude des tissus sous-cutanés. En revanche, en dermatologie, l'iconographie médicale a une place de premier plan à la fois comme connaissance scientifique de savoirs partagés et comme outil pédagogique.

La peau – enveloppe, écorce – est l'organe immédiatement donné à voir. Celui que l'on doit ôter pour accéder aux muscles, aux vaisseaux sanguins puis aux organes internes. Ainsi le célèbre *Ecorché* de Vésale offre une vue anatomique, l'homme dépourvu de son écorce tendant le bras et tenant sa peau comme un manteau. Cette visibilité immédiate de la peau au regard de l'autre lui permet de s'abstraire, de s'affranchir de l'imagerie médicale au sens classique du terme. L'image par contre s'est imposée au cours de l'histoire de la dermatologie¹. A la fin du XVIII^e siècle, les gravures en couleurs illustrent les traités célèbres de dermatologues comme Alibert, Cazenave... puis les moulages de dermatoses apparaissent au milieu du XIX^e siècle. Ils sont actuellement conservés au Musée de l'Hôpital Saint-Louis à Paris. Ces premières représentations visuelles sont l'œuvre d'un graveur, d'un sculpteur ou d'un peintre qui rehausse de couleurs. Ce travail lent est une composition où généralement le malade « idéal » plus que le malade « réel » est représenté. La belle image est parfois la synthèse de plusieurs cas. La photographie naît à la fin des années 1860 et ses processus sont rapidement appliqués en médecine. En 1868 à Paris, Hardy réalise le premier ouvrage de photographie médicale dermatologique : *Clinique photographique de l'hôpital St-Louis*. Les clichés secondairement colorisés gagnent en réalisme sur les gravures. Actuellement, une large place est faite à l'image tant du côté du médecin avec la photographie médicale, support de discussions collégiales pour affirmer ou affiner un diagnostic et support d'enseignement, que du côté du patient où il est parfois auteur de photographies de son propre corps malade et pour lequel par ailleurs les images véhiculées par les médias, figures de modèle, ont le poids de ce qui doit être montré, de ce qui est regardable.

Du côté de la photographie médicale, de multiples clichés jalonnent les dossiers des patients. Je soulèverai deux points particuliers :

– Le temps : la gravure ancienne tributaire du travail du graveur occultait l'instantanéité. La photographie aujourd'hui fixe l'image instantanée et en parallèle à l'évolution clinique de la dermatose, les clichés successifs comparatifs approchent une figuration dynamique de la maladie. Le patient œuvre d'ailleurs à l'anamnèse en apportant sur des supports de téléphonie mobile ou informatique (clés USB...) des « autoportraits », tentatives de fixation de ce qui pourrait disparaître, dont les limites de décryptage, fonction de la qualité, sont étayées par le regard du patient lui-même : « C'était en fait plus gonflé, plus rouge que ce que vous voyez... ça ne rend pas très bien... ». La frontière est bien souvent floue entre la qualité technique et l'interprétation du patient. La déception du malade face au « rendu » de la photographie tient souvent à l'absence de prise de vue en macrophotographie et à la subjectivité qui s'efface une fois la maladie fixée sur le papier. « Ce qu'il vit, ou a vécu, est bien plus terrible ». Sur le papier, le drame s'affadit. Ces images ont toutefois le mérite d'apporter des informations parfois plus efficaces qu'une longue explication.

– Le détail : l'objectivation des signes de la maladie est soulignée par le gros plan. Le sujet ne pose pas en pied pour une photographie d'identification... Seuls les signes à visée diagnostique sont inventoriés. Je suis souvent étonnée de la réaction de non-dermatologues devant un cliché médical : « C'est monstrueux ». Le gros plan fait reculer, dégoûte ou fait peur. Cette notion de monstruosité naît du détail, de la révélation artificielle au fort grossissement, en excès de l'anormalité. Il n'y a donc réellement rien en fait de monstrueux et, en pratique clinique, pour le médecin, ce détail épars au milieu de la personne perd ce caractère imaginaire repoussant et de dégoût. Ces détails cliniques fixés en gros plan appartiennent au sujet et ne sont pas un grossissement du sujet qui le déformerait tel un monstre. Ils sont en quelque sorte mis à part juste le temps de l'étude. Par contre, si cette photographie du détail est observée en dehors du temps de la consultation, le sujet qui regarde peut y voir le détail comme entité détachable signe de la maladie – ou comme exemple représentatif du tout – signe du malade. Le détail suffit à imaginer le sujet entier, dans un mouvement inverse vers un plan d'ensemble. L'émotion négative, ainsi suscitée par le gros plan, ébranle le sujet qui regarde et varie selon le degré d'initiation de chacun de nous à ce type d'images. Les médecins familiers des images morbides seront moins touchés

§Pratique médicale

§Adolescent, Jeune §Société

.../...

.../... que les autres. Et même, dans cette image, qui pourrait être qualifiée de repoussante, les médecins y verront la « belle image » : les détails révélés apparaissant plus vrais que nature (une pellicule de peau discrètement fripée aux bords d'une boursouffure, une palette de couleurs du blanc laiteux au noir charbonneux en passant par le jaune verdâtre ou le pourpre) ou traduisant une forme évoluée dite « historique » que les progrès de la médecine du XX^e siècle ont fait reculer au rang des raretés, mais où le médecin, dans la compassion, retrouve réunis l'attrait du morbide et « la fascination de la laideur » selon l'expression de Murielle Gagnebin.

Le cliché photographique ne résume pas le sujet privé de toute son histoire. La couleur qui a une valeur diagnostique est assujettie à de multiples facteurs techniques. La palpation des lésions, élément essentiel à la sémiologie, échappe à l'iconographie et place le toucher aux côtés de la vue. L'iconographie ne remplace pas l'interrogatoire, ni l'examen clinique. Elle est une aide diagnostique, intra-médicale si j'ose dire, où le patient n'y retrouve pas un surplus de sens de sa maladie. Au contraire d'un scanner, par exemple, qui objectivera le pincement discal vertébral et apportera au patient l'explication physiopathologique de sa douleur lombaire, la photographie dermatologique reste descriptive : « Bulles transparentes sur base érythémateuse, confluentes à la base du cou... » et ne concourt en rien pour le patient à l'hypothèse étiologique. Ce qui est capturé est ce qui est – arrêt sur image. De même, à l'inverse d'une suite d'investigations type radiologie standard – échographie, scanner, IRM – où le patient a le sentiment qu'on pénètre chaque fois un peu plus profondément vers la cause, un peu plus intimement vers la maladie, les clichés dermatologiques contemplent la surface. Une patiente forte d'un dossier photographique personnel, dont les tirages incertains reflétaient les caprices de son imprimante, qui se plaignait par intermittence d'un visage rouge en plaques dont l'étiologie probablement multifactorielle restait de ce fait imprécise selon les poussées, me dit : « Si je meurs, je veux qu'on fasse une autopsie pour qu'on trouve la cause ».

Du côté de l'image médiatisée : l'image de soi n'est pas une figuration anatomique du corps, mais la représentation qu'on s'en fait au sens d'une mise en scène et l'estime qu'on y accorde, et il est une évidence de rapporter que les médias véhiculent une image idéale des corps où la perfection devient synonyme de valeur ajoutée. Annie Biraux, psychanalyste, dénonce dans son ouvrage *Le corps adolescent* ² : « La soumission aux clichés et aux modes... où ces moments d'appropriation fugitive d'une « image idéale » est une « fausse mesure de l'estime de soi » ». Elle cite Freud en 1911, à la Société de Psychanalyse lors d'un débat sur le corset : « C'est comme si une femme qui suit la mode disait : moi aussi j'ap-

partiens à l'idéal... je peux en toute tranquillité me mesurer aux autres ». Pour le malade, la dermatose s'affiche malgré lui et il cache ses lésions du corps sous des vêtements longs, camoufle ses lésions du visage. Aujourd'hui, la tentation de mimer l'image idéale, de s'imaginer parfait est grande et la moindre irrégularité cutanée est jugée « inmontrable ». On a vu croître ces dernières années le nombre de consultations, où la moindre anomalie (bien différente de l'anormalité ³) antérieurement acceptée et qui signe la singularité, est rejetée, devient insupportable au regard du modèle non anatomique, mais plastique, c'est-à-dire aussi dans un modelage des corps imposé par la société. Ainsi par exemple, par adhésion au rejet de toute disgrâce, la fréquence des dysmorphophobies, patients qui se perçoivent comme « affublés de défauts cutanés » sans objectivation médicale d'un quelconque défaut, a suivi l'inflation des images de magazines. Le sujet se vit comme monstrueux : l'oreille serait trop ourlée, la joue présente un creux, un défaut, la tache sur l'arête nasale saute aux yeux. Ces défauts accusés ne sont pas visibles à l'œil du dermatologue. Ils sont une construction d'image liée aux ombres des reliefs osseux, ou une simple variation anatomique normale, mais sur laquelle ils ont fixé leur regard parfois à la suite d'une réflexion banale de l'entourage. Le patient interprète cette anomalie, cette variation de la nature comme une anormalité, et plus il la regarde dans le miroir, plus il se convainc de son anormalité et de sa présence indésirable.

Les médias, par une dictature des images, imposent une nouvelle « Fabrique du corps humain » dans sa primauté du visible, comme un objet modelable à souhait auquel le médecin doit répondre. Et il y a bien un risque d'une image corporelle de référence, risque d'une pathologisation du normal et d'une dévaluation des corps. Si la dysmorphophobie est décrite en dermatologie en lien avec la psychiatrie depuis la fin du XIX^e siècle, on rencontre aujourd'hui des sujets présentant des traits dysmorphophobiques, c'est-à-dire ayant le sentiment de ne pas correspondre à « l'image idéale » que la société attend d'eux, superposant en décalque la valeur à l'image corporelle. L'histoire récente a dénoncé ce risque de l'image de référence chez les mannequins, où la maigre extrême sublimée a été l'instrument de fabrique d'anorexiques. La société actuelle fabrique des images de corps anormaux, en dehors de la norme, la norme se réduisant à une seule image imposée et n'étant plus un ensemble de variations.

Pour conclure : dans l'image en dermatologie, ce travail soulève la question du monstrueux, qu'elle soit du côté médical de l'ordre de la présentation par l'artifice du gros plan, ou du côté du patient de l'ordre de la représentation par l'imagination, mimétique ou fantasmatique ; et la question du sens de l'excès où l'image, trop belle, a valeur d'une icône. ■

- 1. Tilles G., « Les débuts de la photographie à l'hôpital Saint-Louis », *Nouv Dermatol* 1998,17 :271-275.
- 2. Biraux A., *Le corps adolescent*, Paris 2004, Ed. Bayard.
- 3. Canguilhem G., *Le normal et le pathologique*, 1988, septembre 2^e édition « Quadrige », PUF.

Violence et images du corps

I Gérard Chazal, philosophe

Les rapports de l'image du corps et de la médecine sont anciens, comme si le thérapeute ne pouvait bien s'approprier le corps qu'en s'en donnant une représentation. Cette image a, au cours de l'histoire, participé de la constitution des savoirs anatomiques (depuis Vésale) et physiologiques (avec Duchesne de Boulogne ou Marey par exemple). Elle est devenue un outil d'exploration du corps, même dans son intériorité la plus profonde, éclairant le diagnostic et la thérapie (radioscopie, radiographie puis scanner utilisant les rayons X, tomographie par émission de positons (TEP), imagerie par résonance magnétique (IRM), imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf...)). L'historien des sciences comme le philosophe ne peuvent que louer le développement de ces techniques qui éclairent le médecin et améliorent le soin, même si certains ont déjà dénoncé une violence qui découpe et isole les organes et conduit à la perte de l'individu dans sa globalité. Nous ne voudrions pas, toutefois, trop nous attarder à dénoncer une médecine qui grâce à l'imagerie isole l'organe, « dépèce » l'individu, pour soigner « en détail » et en détruit la globalité. Si on a pu percevoir l'imagerie médicale comme une chosification de la personne et donc y voir une certaine forme de violence, il n'en demeure pas moins que la technicisation de la médecine a permis des avancées spectaculaires de la thérapie. Il est donc bon de rappeler avant tout les bienfaits de l'image du corps, comme il aurait fallu dire ses forces émotionnelles dans l'art avant d'examiner ses perversions et ses violences. En effet, cette face lumineuse ne va pas sans une part d'ombres inquiétantes et toujours renaissantes. L'image que l'on prend et que l'on donne du corps comporte dans ses dévoiements scientifiques et ses usages mercantiles, aux services des pouvoirs les plus détestables, une force incroyable de violence.

De la physiognomonie à l'anthropologie criminelle

Montrer c'est déjà, pense-t-on, expliquer et cela vaut pour l'anatomie ou la physiologie. Sous les apparences, on soupçonne une réalité profonde qui se manifesterait dans les singularités des traits extérieurs.

Le visage, le crâne, la stature, le maintien seraient autant de raccourcis vers la personnalité. L'image d'une personne pourrait nous en livrer les caractères essentiels pour peu que l'on élabore la science d'une lecture des apparences qui use des images et y cherche si ce n'est des preuves, tout du moins une caution. D'où une science de la physionomie qui nous livrerait dans la représentation de quelqu'un tout ce que nous voudrions en savoir, ses vertus comme ses défauts les plus secrets, et l'entreprise n'a pas manqué de se renouveler au cours de l'histoire. Mettre cette science au service de l'ordre, d'un pouvoir, de la police ou de la justice, le pas sera rapidement franchi dans des tentatives de contrôle des corps à travers leur représentation. La simple image du corps nous indiquerait l'asocial, le criminel avant même que le crime ou le délit ne soit commis, voire l'« infériorité raciale » ou « l'homosexualité cachée ». La physiognomonie de Lavater au XVIII^e siècle prétend lire le caractère sur le visage et son ouvrage appuie cette prétention sur une multitude d'illustrations. Si elle se place dans une très ancienne tradition du jugement sur l'apparence, elle en ouvre une autre qui de Gall à Lombroso développera cette idée particulièrement dans le champ de la criminalité. Gall passera de la localisation cérébrale des facultés mentales à une topologie indicative des bosses du crâne. Lombroso fondera toute une anthropologie criminelle sur l'apparence des individus. La violence consiste alors dans la manière dont chacun se trouve caractérisé, déterminé, enfermé dans l'image que le médecin, le physiologiste ou l'anatomiste lui renvoie. De l'anthropologie criminelle de Lombroso à l'eugénisme, en passant par le « racisme scientifique », tout au long du XIX^e siècle et au début du XX^e l'image des corps, du « criminel », du « noir », du « juif », a servi de caution aux plus violentes des idéologies. A

« De l'anthropologie criminelle de Lombroso à l'eugénisme, en passant par le "racisme scientifique", l'image des corps, du "criminel", du "noir", du "juif", a servi de caution aux plus violentes des idéologies. »

§ Histoire de la médecine
§ Justice § Violence § Marché

.../...

« Si l'analyse de l'ADN peut, dans certaines circonstances, révéler un acte commis, il en va tout autrement lorsque l'on tente de fonder là-dessus la détermination de quelqu'un comme criminel. »

travers l'image des corps, on impose un destin aux individus.

Très tôt, cet usage de l'image qui vise à une maîtrise des corps développe toute une série de techniques. Chez Lavater, l'image du corps tient encore du coup de crayon. Avec Gall et la phrénologie, le crâne est soumis à une véritable cartographie. Non seulement l'intérieur porteur des capacités psychologiques se manifeste dans l'apparence extérieure, mais il s'agit d'en fournir les localisations les plus précises. Cette rationalisation de la représentation conduit finalement à la pratique de la mesure appliquée à l'homme. Les travaux statistiques de Pearson alimentent alors l'eugénisme et le racisme prétendument scientifique de la fin du XIX^e siècle. La

police et la justice vont trouver dans ces images rationalisées des individus les outils pour maintenir un ordre que « le criminel », « l'asocial », « l'homosexuel », « l'alcoolique », les « classes dangereuses » sont censés menacer. L'image s'insère dans la fiche. Bertillon sera le chantre de cette méthode. Il s'agit de remplacer des descriptions plus ou moins vagues et imprécises par une représentation précise et chiffrée. La fiche anthropométrique individualise l'image de ces catégories « dangereuses » et en retour les confirme. On ajoutera assez vite l'empreinte digitale, cette trace unique que laisse le corps sur les objets qu'il manipule. Puis, les techniques de l'image progressant, viendra la photo, de face et de profil du suspect, déjà condamné par son image avant d'avoir été jugé. Dans une perspective strictement policière, la vérité est inscrite dans l'image des individus. Ce mouvement qui vise à enfermer un individu dans son image, celle

du visage ou encore, plus partielle, celle de l'empreinte digitale ne cessera de se développer au fur et à mesure que techniquement on saura plus précisément fournir ces représentations. Aujourd'hui, à l'image des doigts dans l'empreinte, on ajoute celle du génome. La représentation plonge au plus intime de l'être qu'elle est censée révéler dans son essence la plus secrète. Pire, voilà la personne et son destin violemment réduits à quelques séquences d'ADN. Par cette image du plus intime, non seulement on vise à faire éclater la vérité d'un crime, mais encore on peut fichier. L'anthropologie criminelle de Lombroso se trouve renouvelée par ceux qui veulent croire que l'individu complètement déterminé par son génome se résume dans la représentation que les techniques de la biologie peuvent en fournir. Certes, des analyses génétiques ont pu innocenter celui qui aurait été injustement condamné et désigner le vrai coupable. Mais cette imagerie devient violente lorsque on lui accorde le pouvoir de dévoiler entièrement la personnalité, lorsqu'on essaie d'associer de manière déterministe et rigide telle part du génome à telle caractéristique psycho-

logique et lorsqu'elle permet d'enfermer les individus dans des fiches qui en donnent une image définitive et figée.

Si l'analyse de l'ADN peut, dans certaines circonstances, révéler un acte commis et donner l'image de celui qui l'a commis (un violeur par exemple), il en va tout autrement lorsque l'on tente de fonder là-dessus la détermination de quelqu'un comme criminel. Allons plus loin dans l'usage des images médicales. Il est de plus en plus question d'utiliser devant des tribunaux des images cérébrales du suspect fournies par l'IRM, l'IRMf ou la TEP. Dans l'affaire, il ne s'agit plus de relier l'image à un acte précis et condamnable, mais à une potentialité supposée. L'image de votre cerveau en activité dirait sûrement votre criminalité potentielle, vos tares secrètes. Il ne s'agirait plus de vous condamner sur ce que vous avez fait, mais sur ce que vous êtes ou plutôt sur ce qu'une certaine image est censée dire de ce que vous êtes. Il est vrai qu'aujourd'hui, se souvenant des dérives eugénistes, racistes que l'on a connues, des médecins, des biologistes s'élèvent contre cette dérive dans laquelle on voudrait, au nom d'une idéologie sécuritaire, entraîner l'image médicale. Car alors il ne s'agit plus de soigner, même pas de participer à la construction d'une vérité judiciaire, mais de faire régner un ordre par la vertu d'un fichage que les images autorisent.

La vocation mercantile de l'image du corps

Le médecin a appris à lire sur le corps les traces de la maladie qui le ronge à l'intérieur. L'obésité et à l'inverse une maigreur extrême, les gonflements, les rougeurs et les pâleurs excessives, la façon dont la peau réagit à la pression ou aux pincements sont autant de signes que le clinicien sait interpréter. De ce fait, au cours du XX^e siècle principalement, la médecine a normalisé le corps, donnant indirectement une image du corps sain opposée à celle du corps malade, « syphilitique », « tuberculeux », « alcoolique »... Souvent ces images colorées et excessives illustreront le cours de morale de l'école sur des planches à vocation pédagogique.

Cette image du corps sain qui a une fonction indicative dans le cadre de la médecine passera entre les mains des pédagogues moralistes d'abord, puis des publicitaires qui en feront une forme idéalisée destinée à imposer un modèle vers lequel chacun doit tendre et peut tendre moyennant l'emploi des produits adéquats proposés à la vente. Ainsi se sont multipliées les images de corps « parfaits » invitant chacun à s'y conformer. Ne pas correspondre aux canons ainsi définis relève d'une faute, puisque le marché prétend offrir les moyens d'y parvenir. Les corps étalés sur les affiches, les pages de magazines, à la télévision, se trouvent instrumentalisés et par là instrumentalisent le nôtre dans son invitation insistante à le mimer. L'image du corps est devenue l'instrument d'un désir, d'une envie qu'il s'agit d'exalter. Support de mar-

chandises, il devient marchandise. Il nous impose insidieusement nos comportements quant à nos manières de nous nourrir, de nous vêtir, de nous parfumer, de faire du sport, de construire notre apparence. L'image nous impose par sa multiplication des formes stéréotypées de la séduction, aussi bien masculine que féminine. Pour être insidieuse, la violence n'en est pas moins présente dans la mesure où elle fait que le regard des autres sur nous passe par la médiation des images publicitaires et nous contraint dans notre manière de nous offrir à ce regard de l'autre.

Certes, depuis l'Antiquité peut-être, au moins depuis la Renaissance, la représentation du corps a offert des idéaux qui imposaient avec plus ou moins de force des comportements ou des manières d'être, de se tenir, de se vêtir, etc. La diététique et l'exercice accompagnent le dandy comme le raconte Byron et s'opposent au prestige bourgeois et balzacien du ventripotent. Dès le XIX^e, la gravure de mode normalise le corps. Cependant, avec la publicité, ce phénomène s'est doublé de la violence que suppose l'économie et le profit. Il ne s'agit plus d'imposer quelque idéal en fonction de critères esthétiques, de modes, voire de conceptions de la santé ou de la maladie. Il s'agit de gagner de l'argent en fixant des normes incarnées dans le corps du mannequin ou du « sportif », et qui déterminent des marchés. Les

crèmes, certains produits alimentaires, des cosmétiques, des vêtements... quand ce ne sont pas – comble du détournement – des voitures ou du matériel électronique, se vendent à travers des images de corps minces, séduisants, jeunes. Ce sont ces images qui nous imposent des comportements parfois mortifères pour nous y conformer, rester jeunes, dynamiques... Echapper à cette conformité aux images que nous impose la publicité peut alors être ressenti par certains comme une faute. Indirectement, celui ou celle qui déroge à cet idéal est en quelque sorte stigmatisé dans le regard des autres. L'industrie des régimes de toutes sortes profite du désarroi de celles et ceux qui se sentent trop loin de l'idéal proposé au regard. Les alternances de boulimie et de régimes draconiens liées à l'anorexie qui frappe tant de jeunes filles sont probablement un de ces effets pervers d'un dévoiement de l'image du corps par la publicité au service des profits qu'elle induit. La violence de ce système des corps imposés, à travers les représentations publicitaires, commence aujourd'hui à apparaître et suscite des réactions. Mais le système qui s'est instauré sera difficile à miner parce qu'au service d'intérêts économiques considérables, il s'appuie sur le désir profondément enraciné en chacun d'être toujours « au mieux » dans sa manière d'apparaître sous le regard des autres. ■



Provoquer le regard sur le cancer du sein

Entretien avec **Annick Parent** réalisé par **Valérie Soria**, philosophe

Annick Parent est l'auteur de *Cancer du sein. Un témoignage. Itinéraire d'une amazone*. Clermont-Ferrand. Deuxième Edition, 2010.

www.lesamazones.fr

§Femme, Condition féminine,

Droit des femmes

§Cancer §Art

Le parcours d'Annick Parent est atypique : psychologue clinicienne durant vingt ans puis rédactrice en chef d'une revue consacrée aux praticiens de l'enfance, elle devient viticultrice, comme si s'était dessinée, au fil du temps, une trajectoire centrée sur les possibilités des corps, leur capacité de métamorphose. L'événement qu'a constitué le cancer du sein dont elle a été frappée et qui a conduit à une mastectomie est certainement le point de rupture qui a conduit à cette immersion dans la question du corps et de ses images. L'association « les amazones s'exposent » fondée en 2007 constitue un lieu d'élaboration qui fédère des femmes touchées par la mastectomie et bien décidées à construire de manière autonome une approche visant à faire changer le regard sur l'ablation du sein, et cela à travers diverses démarches artistiques à partir des supports que ces femmes se sont appropriés.

Pouvoir offrir d'autres images du corps que celles que la médecine propose dans le diktat de la reconstruction, telle est l'ambition d'Annick Parent et des Amazones, femmes asymétriques.

Pratiques : Parle-moi de la naissance de « les amazones s'exposent »

Annick Parent : Ça a commencé par l'écriture. J'ai toujours écrit, d'abord pour moi quand j'ai eu ce cancer du sein, puis pour l'autre. En remettant mes notes en ordre, j'ai rencontré la question de la transmission et de la représentation : si nous, femmes touchées par l'ablation du sein, nous ne parlons pas, qui le fera ? Le cancer est venu faire effraction dans mon corps jusque-là sans histoire, plutôt sportif, et à la violence de ce diagnostic et de l'ablation de mon sein est venue se rajouter celle du regard de l'autre, violence surajoutée qui m'a révoltée. Le regard médical tout d'abord dans lequel je ne me retrouvais pas, je ne me représentais pas. Images effrayantes de torses mutilés, décapités, images qui déshumanisent le corps. Et le tabou du corps asymétrique dans la société alors qu'il y a plus de 350 000 Amazones en France.

Face à ce défaut de représentation, j'ai découvert les photos d'Art Myers qui ont tout changé pour moi car elles m'ont permis de me projeter dans l'avenir, de ne pas avoir peur de ce corps devenu différent.

Je me suis dit : « Soyons fous ! Pourquoi ne pas exposer ces photos, faire changer les choses en exposant Art Myers et d'autres artistes, photographes, peintres, sculpteurs. »

L'association « les amazones s'exposent » a été créée à partir de là pour matériellement donner forme à des images, des regards affranchis de l'habituelle représentation fantasmatique assez terrifiante du corps à un seul sein. Elles « s'exposent », c'est une façon de mettre de l'humour, de la provocation et de sortir de l'isolement en donnant à voir, en faisant changer le regard sociétal porté sur le cancer du sein et l'ablation qui font peur, non seulement aux femmes touchées, mais aussi à leur entourage et aux gens en général.

Elles s'exposent, dans la mesure où c'est aussi pour insister sur la nature de ce lieu qui se veut lieu d'élaboration, lieu où les femmes font quelque chose de leur corps, et non lieu de soutien direct. Femmes actrices de leur vie, de leur corps et non victimes mutilées.

Tu parles du regard sur l'ablation. Ce regard est-il sexué ? Est-il différent suivant les hommes et les femmes ?

Je pense que oui. Le regard des hommes sur la femme qui a subi l'ablation du sein est souvent plus positif, peut-être parce que les hommes ne trouvent pas d'équivalent symbolique du sein dans leur propre corps. Lors d'un micro-trottoir, aucun des jeunes hommes interviewés n'a eu de mouvement de recul en voyant des photographies de femmes ayant subi une mastectomie et non reconstruites, plusieurs les ont trouvées belles. Tandis que bien des femmes qui voient ces mêmes images sont dans une sorte de déni, elles ne parlent pas du cancer, elles ne voient pas l'ablation, elles ont une perception globale du corps, elles ont parfois un mouvement de recul parce qu'elles s'identifient à ces femmes et que ça leur fait peur. Nous femmes, sommes touchées plus vitalement par la perte. Je veux dire par là que notre vie est scandée par cette notion : perte de la virginité tout d'abord, pertes des eaux lors de l'accouchement, perte de la fécondité liée à la ménopause, et avec l'ablation c'est la perte du sein qui surgit.

Les seins ont une charge symbolique pour les femmes. Que devient-elle avec l'ablation ?

L'ablation du sein a à voir avec un rituel initiatique, avec la mort aussi. C'est une marque dans le corps qui induit une métamorphose, un mouvement de transformation dans l'image de soi, une inscription dans une temporalité plus vaste dans laquelle le cancer du sein n'est qu'un moment, une scansion, une rupture qui ouvre sur une construction de soi différente, nouvelle ; on peut en faire du vivant. Avec l'ablation du sein, je dirais que la charge symbolique est la même – l'image de la féminité – avec une intégrité physique et psychique qui a été touchée par l'effraction de la maladie. La même avec cette violence faite au corps dans sa globalité. Il est très difficile, en revanche, pour les gens d'imaginer que ça ne puisse pas poser problème de n'avoir plus qu'un sein.

Que retires-tu de tous ces travaux sur l'image du corps engagés par « les amazones s'exposent » ?

Le fait d'avoir posée torse nu, seule puis récemment avec d'autres Amazones, c'est un travail de dépouillement par rapport à la pudeur, une visibilité de l'intime qui amène à des remaniements intérieurs. Le cancer du sein est une épreuve qui fragilise et qui renforce. C'est l'épreuve d'une mise à nu, l'élaboration d'une construction de soi dans un collectif associatif, avec des vécus différents, des sensibilités différentes. Ça pose la question de « Où existe-t-on ? », avec la réponse problématique du regard de l'autre. Ça permet aussi de trouver en soi un refuge qui n'est pas une coquille statique parce que ça change ma texture, ça travaille mon être et ça me permet de gagner en humanité en étant à la place du passeur. Passeur au travers des images du corps que l'art permet de donner à vivre. ■

Intérieurs

■ **Anne Perraut Soliveres**, praticien chercheur, cadre infirmier

L'assistante m'emmène dans une sorte de réduit où elle me demande d'enlever mon pull et d'enfiler une blouse et des chaussons en papier. J'évite soigneusement de penser à la fibro gastrique qui m'attend et que j'ai déjà expérimentée. Le médecin, une femme charmante et douce, me regarde attentivement, cherchant à se souvenir de moi. Je lui rappelle notre premier rendez-vous et lui dis que j'ai attendu un certain temps pour venir du fait de mon appréhension de l'examen. J'avais en effet décidé de le faire sans anesthésie, puis avec, puis finalement sans, malgré mes craintes à l'idée d'avaler de nouveau le tube. J'ai longuement tergiversé entre les inconvénients de l'examen et ceux de l'anesthésie. Elle rit et me signale que j'ai battu tous les records, sa prescription datant d'un an. On passe ensuite aux choses sérieuses.

D'abord l'anesthésie locale. Se faire titiller la luvette par une projection de Xylocaïne® (très amère) est une épreuve en soi et j'ai beau essayer de me concentrer sur ma respiration, comme elle me l'a conseillé, les « haut le cœur » sont particulièrement vifs. Mais je résiste sachant que le pire est à venir.

« Gardez le liquide au fond de la gorge, vous l'avalez quand je vous le dirai... »

Facile à dire, mais j'obéis.

Puis, elle m'installe le cale-dents qui maintient une ouverture de la bouche pour le passage du fibroscope et me dit l'agitant devant mes yeux : « Voyez, c'est tout petit, moins gros qu'une bouchée de pain. »

Malheureusement, ma bouche contrainte au cul de poule autour de l'anneau m'interdit toute protestation orale. Je tente d'exprimer le plus élégamment possible, avec les sourcils, que moi je le trouve très gros, mais je n'ai plus la parole. Elle me demande si je veux voir les images. J'acquiesce pensant que cela m'évitera de trop penser au dés-

agrément de l'examen et, bien sûr, désireuse de voir l'état de mes muqueuses. Elle tourne l'écran vers moi et commence à enfiler le tube, en me donnant les consignes : « Respirez tranquillement, maintenant avalez... »

Je m'exécute, mais n'arrive pas à réfréner les nausées, j'essaie de fermer les yeux pour me concentrer, mais elle me dit : « Ouvrez les yeux, regardez je passe dans votre œsophage ». Je vous épargne les commentaires sur les détails très privés de mon anatomie, mais me voilà descendue au plus profond de mon estomac, visite d'une grotte étrange accompagnée de commentaires sur les villosités et les dimensions de ma hernie hiatale, en fait tout ce qu'elle rencontre dans son exploration et biopsie à tour de bras. Mes couleurs sont belles, on passe du rose bonbon au rouge vif et j'essaie de repérer les particularités qu'elle me signale tout en essayant de réfréner l'envie de vomir que chaque mouvement du fibroscope provoque. On finit par un petit détour dans le vert des sécrétions gastriques et elle remonte en poursuivant ses descriptions comme un guide dans un musée. Chaque réflexe de déglutition (la consigne est de ne pas déglutir, mais de baver dans une serviette) est une petite torture, mais je persiste à regarder avec curiosité et sans trop d'inquiétude sa pince prélever ici et là des petits morceaux de moi que l'assistante met dans des flacons. Puis, je remarque que ça saigne un peu et elle voit que je le vois... Elle m'annonce alors qu'elle ne peut pas continuer, car c'est trop inconfortable pour moi, qu'elle n'est pas à l'aise et qu'elle ne peut pas faire toutes les biopsies qu'elle doit réaliser. Elle préfère qu'on recommence avec une anesthésie... Je ne peux toujours pas en placer une, lui dire que ça va, que j'aimerais mieux qu'elle continue plutôt que recommencer tout ça... ça reste dans ma gorge... Elle retire le tube. Fin de la visite.

Je suis repartie avec une photo de mes intérieurs. ■

Cœur intensif

■ **Eric Hamraoui**, maître de conférences en philosophie à la Chaire de Psychanalyse-Santé-Travail du CNAM (Paris)

« *Le conflit éternel de la raison et du cœur se départage dans ma chair même [...].* »
Artaud, *Manifeste en langage clair*.

*Décrire l'expérience de son propre rapport à la maladie et à l'institution hospitalière soulève plusieurs difficultés dont l'une des moindres n'est pas le choix des mots, du style, du genre et de la syntaxe permettant d'en exprimer la singularité et l'intensité propres. Après un court préambule se déroule ici le fil d'une histoire composée en onze courtes séquences. Outre la quête d'une domestication poétique des retentissements psychiques de la violence de l'acte chirurgical, ce texte constitue un écho aux travaux de Sidi Mohammed Barkat et de Marie-Christine Pouchelle¹, ainsi qu'à l'œuvre du jeune cinéaste Romain Cogitore². Tous trois abordent la question de l'institution, en l'occurrence celle du « corps d'exception » et de l'Hôpital. Hôpital, qui, selon Thomas Bernhard dans *Le souffle. Une décision (1978)*, constitue le « district d'une pensée importante pour la vie et qui décide de l'existence », où l'enfant perçoit clairement l'image du monde³ à travers celle de son propre corps – soigné ou opéré.*

Longtemps incurables, les maladies cardiovasculaires – congénitales ou acquises – peuvent, depuis la mise au point des techniques de réanimation, à la fin des années 1950, être guéries au moyen du recours à la chirurgie. Celle-ci constitue toujours une aventure pour l'opéré, lequel ignore quel sera son détroit de Magellan⁴ et les répercussions de sa traversée sur la définition de son rapport à lui-même, aux autres et aux choses. À son cœur lui-même. Un cœur moins définissable comme organe inscrit dans un système d'organes qu'en tant qu'espace traversé de flux d'intensité plus ou moins grands. Cœur « intense » et « intensif » où la vie est toujours prête à jaillir, lieu d'une vie en puissance retenue en lui. Non déployée faute d'une « extensivité » possible dans un espace commun⁵.

I. Souvenir 1 (les arbres endormis). – La mort interrompt le fil de notre vie à la manière des Parques. Mais c'est un destin de vie qui nous porte plus ou moins précocement vers elle. Ce caractère ambigu de la vie est connu de l'enfant sur le point de mourir. Médité durant une dernière promenade en lisière d'une forêt où les rayons du soleil déclinant traversent les branches des chênes et des hêtres dépouillés de leurs feuilles. Où leur lumière dia-

phane ne dément en rien l'ardeur qui est la leur en d'autres saisons. Arbres endormis. L'annonce d'une plongée prochaine dans un sommeil comparable au leur ? Voué à ne jamais cesser. Sans drame en soi. Une décision de la vie, non de la mort.

II. Dépaysement. – La lumière blafarde éclairant la nuit du ciel de la ville boit le souvenir du village quitté à l'orée du jour, avec son église attirant à elle le sang veineux des âmes pieuses, à la manière d'un cœur qui l'expulse dans l'artère pulmonaire des Saints Sacraments. Loin du fleuve de métal périphérique de la ville capitale, de ses rues sans espace perdu, que gardent d'interminables rangées de véhicules. Soldats impassibles. Grenadiers de quel Empereur ? Chirurgical. Inconnu. Invisible. Le long du mur de l'Hôpital, au croisement des rues Pierre Larousse et Didot. Entrée en chambre. Déshabillage. Programmation de l'intervention. Tristesse. La passion née de l'hospitalité absente de l'institution hospitalière. Effacement du visage des parents. Déréalisé. Vie généalogiquement abstraite. À instituer sur de nouvelles bases. Exclusivement physiologiques. Sans les voiles de la *psychè*.

III. Tour Eiffel. – Le cœur est une pompe. En elle, le vide capable d'absorber un tourbillon de pensées dans l'inconnu parisien d'un matin de février. Une pompe sensible. Comme l'œil poète de l'enfant capable de recueillir et de concentrer en lui les mouvements les plus secrets de la vie. De voir au loin, à travers la fenêtre, la silhouette d'une grande Dame habillée à la mode du siècle passé, au cou voilé de brume. De courir à elle. De rejoindre les nuages. Loin du théâtre des opérations où la vie d'enfants au souffle court est chaque jour sacrifiée. Sacrifice nécessaire à leur rédemption physique. Mais *Dyspneus* mourra ! Quoi qu'il arrive. Qu'il meure ou qu'il vive. Et s'il n'avait pas envie de mourir ainsi ? De mourir à sa vie impossible. À thorax fermé. Comme venait de le faire sa voisine de chambre. « Remontée » du service de réanimation, muette encore sur les effets de cette mort. À thorax ouvert.

IV. Souvenir 2 (le visage de la mort). – Veille d'intervention. Des « trésors » à conserver au cas où le voyage serait sans retour. Confiés à sa mère. Le visage de la mort subitement dessiné sur ses traits. Celui, effrayant, qu'engendrerait sa propre mort. S'efforcer de revenir, quelque aventure qu'il vive

§Enfant, Périnatalité

§Corps, sensations

§Hôpital, réforme hospitalière,

gestion hospitalière

§Mort, décès

en chemin. Le retour devenu idée fixe. Un visage en est d'ores et déjà le panneau indicateur. La mort est d'abord inscription dans les corps de ceux qu'elle touche d'une manière ou d'une autre.

V. À cœur ouvert. – Le cœur. Une base. Une pointe. Une capsule. La pyramide du cœur entourée d'un lacs de vaisseaux sous enveloppe. Abri d'une géographie labyrinthique. Celle de lieux construits au croisement de la dense ramification vasculaire et nerveuse qui sillonne et structure la chair feutrée du cœur. Fond d'une mer ouverte à la navigation par l'isthme de Vieussens et où vient se déverser le sang en provenance du corps avant de gagner les poumons. Double coque d'un navire prenant sans cesse l'eau, dont l'incessant travail des valves en forme de demi-lunes, de frondes et de faux, empêche le naufrage. Comme Sisyphe, le cœur travaille lorsque l'une de ses valves est déchirée. Mitrale. Un triangle au symbole tutélaire défait. L'intervention étrangère jugée nécessaire. Le cœur mis à la torture. Soumis à un régime d'exception. Réduire son chaos. L'œuvre de la rationalité médicale sur fond d'effraction (viol) dérogeant aux principes de préservation de l'intégrité physique et psychique. La théodicée de l'État de droit.

VI. Divagation. – Le cœur devient autre, se métamorphose, dans le pays d'artifice. À l'arrêt. Aux arrêts ? Sous circulation extracorporelle. Ce cœur est antre assoupi contre les parois de laquelle un esprit s'agite pour ne pas se laisser gagner par l'inertie. Une âme sentinelle divague dans un corps qu'elle occupe encore sans plus l'habiter tandis que les doigts du chirurgien suturent les recoins de la valve déchirée. Balai virtuose. Vertige. L'éviction du sentiment du moi. Déjà la vie antérieure semble obsolète. Descendre les marches de l'escalier viscéral jusqu'à l'orée d'une *mort en vie*, d'un corps au cœur ayant cessé de battre sans que le cerveau n'en souffre. L'énergie du corps en coton. Allègement. À proximité de l'astre de la mort. L'accès à ses propres Enfers ? Sur la margelle du puits de l'âme. L'oubli du corps au cœur de son *âme matérielle*⁶. Une mémoire d'outre-matière, réminiscence de la traversée du fleuve d'une vie abolie dans le même temps que recrée. Le miracle comme rétablissement d'une continuité ?

VII. Réveil. – Retour au sentiment de soi évanoui dans le sommeil. Autour, les murs sont blancs. Le ciel est bleu. Un rayon de soleil traverse la pièce. Jaune, blanc et bleu sont les couleurs du drapeau

d'une contrée de vie inespérée. Que sépare cette vie de celle d'avant ? Mais cette vie est-elle seulement révolue ? Est-il certain de n'y avoir plus part ? S'est-il seulement passé quelque chose ? N'est-il pas en train de rêver tout éveillé que quelque chose a eu lieu ? Et si oui, que s'est-il effectivement produit ? En quoi, allongé dans son lit, peut-il être certain qu'il s'est passé quelque chose ? Son esprit vient à douter de ce que son corps éprouve. Mais qu'éprouve-t-il ? Rien encore. Quel vide de sensations ! Mais enfin, l'ont-ils seulement touché ? Rien cette fois encore ne lui permet de le supposer. Comment être sûr d'exister, de vivre, sans éprouver ? S'il avait su, il ne se serait pas laissé opérer ! N'eût-il pas été préférable de mourir pour de bon ? Les sourires de ceux qui l'entourent, apparemment contents d'eux, ne lui apprennent rien. S'est-il seulement passé quelque chose ? Ses mains

attachées l'empêchent de se saisir du courage requis pour en avoir le cœur net. Sortir de ce cauchemar d'insensibilité. Est-ce si sûr ? Insensibilité de quelle sensibilité ? Sensibilité de quelle insensibilité !

VIII. Réanimation. – Un froid vasculaire fige le mouvement des doigts de sa main gauche. Le mouvement silencieux de ses yeux tente en vain d'attirer à lui ceux de la soignante de garde. Sourde à sa demande. Réprimande. Cesser de s'agiter ! Le froid progresse. Tout va bien ! Angoisse. Nouvelle plainte silencieuse. Cette fois ça suffit ! Visage dur. Bande resserée. La solution ! La serrer pour faire remonter le sang au cœur. La certitude de ne rien concéder à l'ennemi. Un poignet suffoqué. Une peau brûlée de l'intérieur. La perfusion a coulé en dehors de la veine...

« Lui au moins ne se plaint pas ! », avait-on dit de lui la veille à son voisin adulte. La misère des *demi-morts* à laquelle Achille lui-même aurait préféré celle des morts. Le cœur de l'enfant n'est pas le talon du héros. Le temps du coup mortel n'en finit pas de durer. Non sur le mode d'une répétition, mais comme indétermination plus ruineuse encore que la dévastation du corps et la douleur. Temporalité indéfinie dont le travail cesse d'être celui de la guérison pour devenir l'œuvre d'une euphémisation de la réalité. L'infinie reproduction d'une structure donnant à voir la lâcheté de l'impensé en tant que simple indifférence – devant la douleur ressentie ce jour-là sur le côté, comme si un crochet s'y trouvait enfoncé. Accusation trop facile. La vérité d'une barbarie. Sans attribution possible d'un nom. Faute de preuves. Dans l'antichambre de la vie. Mais de quelle vie ?

IX. Cicatrice. – L'axe visuel et le signe distinctif de quiconque n'a jamais vécu sans elle. « La matérialisation

.../...

« Double coque d'un navire prenant sans cesse l'eau, dont l'incessant travail des valves en forme de demi-lunes, de frondes et de faux, empêche le naufrage. »

.../... d'une frontière médiane et rectiligne, en quelque sorte parfaite⁷. » La marque d'un franchissement de frontières multiples, aussi. Celles séparant l'intérieur et l'extérieur, le passé et le présent (le premier à jamais confondu avec le second), le cœur malade et le cœur opéré, etc. L'inscription perpétuelle de ces cœurs dans la zone de la mort au monde de la normalité. Le point de fixation des regards qui transpercent. Le cœur à découvert. Trahi. L'indice d'une réduction de son individualité à un organe par la raison et la technique. Opéré. Arraonné. Surveillé. Le prix à payer pour le passage de l'expérience du handicap cardio-moteur à celle de la vulnérabilité cardiaque ? Vulnérabilité oubliée dans la joie de l'acquisition de potentialités physiques accrues et de l'efflorescence de pensées nouvelles. Le conflit entre le caractère intempêtif de la vie et le refoulement de ses forces. Sur la corde raide de l'improbable. Au-dessus de l'abîme.

X. Un cri. – *Un cri traverse les couloirs du service de cardiologie infantile de l'hôpital Jeanne d'Arc de Dommartin-Toul.* Terre de convalescence au ciel subitement ébranlé par l'étouffement de ce cri. « Il ne s'est rien passé ! » Nier la mort de quelqu'un. Nier le fait qu'il ait seulement existé ! Pourtant, tous savaient qu'il avait quinze ans et qu'il jouait de la guitare. Sa manière d'attendre la mort que devait occasionner le cathétérisme cardiaque subi au petit matin ? Sonde d'un voyage sans retour. Sur quelle planète ? Cataldo. L'extinction du « feu élémentaire »⁸ d'une vie, de son « cœur intensif », et du cri qui en accompagne la réalité. Le visage de l'actualité.



1. Marie-Christine Pouchelle, « Transports hospitaliers, extravagances de l'âme » et « Réanimation et rites de passage », in *L'Hôpital corps et âme. Essais d'Anthropologie Hospitalière* (2003), Paris, Seli Arslan ; « Enjeux symboliques en pays de chirurgie : une opération du cœur et sa réanimation », in *L'Hôpital ou le Théâtre des Opérations. Essais d'Anthropologie Hospitalière*, Paris, Seli Arslan, 2008.
2. Romain Cogitore, *Nos Résistances*, film produit par Tom Dercourt, 2010, .
3. Thomas Bernhard. *Le souffle. Une décision*, (1978), traduit de l'allemand par A. Kohn. Paris, Gallimard, 1983.
4. Cf. Sidi Mohammed Barkat, « Partir : du voyage à l'exil », *Faïles*, 2, 2006, p. 162-169.
5. Cf. Éric Hamraoui, E. *Cœur*, Dictionnaire du corps, publié sous la direction de Michela Marzano, Paris, PUF, 2007, pp. 208-212.
6. Jean-Bertrand Sénac, *Traité de la structure du cœur, de son action et de ses maladies*, t. I-II, Paris, Briasson, 1749, préface.
7. Cf. Cogitore, *op. cit.*

XI. Retour. – De retour à la maison. Loin de la terreur inspirée par les dentistes chasseurs d'endocardites. La joie d'une évasion. Son altération par le sentiment d'être devenu étranger à soi-même. Un changement relevant de l'indicible et de l'incommunicable. Une guérison obtenue sur fond de réclusion physique et psychique. L'Hôpital, temps de la formation de sa propre étrangeté. Nulle échappée possible. Le malade à jamais institué comme étranger de l'intérieur.

À neuf ans, la vie de Dyspneus s'est approchée de « la limite de [s]on cœur »⁹. Ce cœur non moins cause de la mort que principe de la vie. À la certitude d'être procurée par les bruits pathologiques du cœur congénital succéda le scepticisme éprouvé par le cœur opéré à l'égard de la réalité d'une nouvelle naissance. Fils de pères immortels : Vésale¹⁰, Dubost¹¹. Ce cœur allait-il pouvoir assurer au corps dont il animerait les parties une existence distincte de la simple présence ? Ou bien ce corps sera-t-il condamné à une inscription perpétuelle dans la faille de l'entre-deux ? Ni vie ni mort ? Comme en salle de réanimation. Soumis au régime de la vie en suspens. Une crise qui perdure. Muée en institution¹². La nécessité d'une pensée. Inspirée comme la chair. « Une chair irriguée de nerfs où l'image annoncée par eux prend la forme de l'intellectualité la plus haute [...] »¹³. La genèse de « la formation d'un concept qui porte en lui la fulguration même des choses qui arrivent sur moi avec un bruit de création ». Cardiosophique ? ■

8 Cf. Sidi Mohammed Barkat, « Octobre-novembre 2005. Les feux élémentaires », *La Rose de Personne (La Rosa di Nessuno)/ Mimesis : Pouvoir destituant (Potere destituente). Les révoltes métropolitaines (Le rivolte metropolitana)*, 3, 2008, p. 95-100.

9. Jean-Luc Nancy, *L'intrus*, Paris, Galilée, 2000.

10. Vésale (1514-1564) est l'auteur de *La Fabrique du corps humain (De Humani corporis Fabrica, 1543)*, ouvrage marquant une rupture fondatrice dans l'élaboration du savoir médical et anatomique.

11. Charles Dubost (1914-1991) a été responsable du Département de chirurgie cardiaque de l'Hôpital Broussais (Paris). Il est l'auteur de la première greffe du cœur techniquement réussie, sur la personne du Père Boulogne, en mai 1968.

12. Cf. Sidi Mohammed Barkat, Éric Hamraoui, « De la crise comme exception à la crise-institution », in *La situation de crise dans l'intervention* (collection Le travail en débats – série séminaire Paris 1), coordonné par F. Hubault, Toulouse, Octarès, 2007, p. 13-23.

13. Antonin Artaud, *Manifeste en langage clair* (1925), in *Œuvres complètes*, Paris, Gallimard, 1956.

C'est moche !

■ Daniel Tiran, éducateur spécialisé auprès d'enfants handicapés

Photographier un enfant donne le plus souvent un résultat acceptable, quelle que soit la photo, posée ou prise sur le vif. On peut toujours la regarder, la jauger. Ou la refaire. Deux ou trois prises suffisent la plupart du temps pour obtenir une image satisfaisante, que l'enfant lui-même, ou son entourage proche, trouveront plaisante. Photographier des enfants handicapés mentaux nécessite dix ou quinze prises de vue. Mais le plus souvent, je ne m'autorise à montrer qu'une seule photo. Ainsi dois-je procéder avec les enfants de l'institut médico-éducatif où je travaille comme éducateur spécialisé. J'y fais des photos à visée éducative pour permettre aux enfants de se reconnaître, de reconnaître les autres, autrement que dans un miroir ou sur une mauvaise photo d'identité. La photo comme le prénom est associée à une identité.

Qui regarde ces photos ? Les enfants parce qu'elles leur sont destinées. Mais de prime abord, moi-même parce que je les ai prises et triées pour ne tirer qu'un ou deux clichés.

Enfin les parents, parce que ces photos finissent souvent entre leurs mains.

Que montrent-elles, ces photos que je ne montre pas ? Elles exposent toute la souffrance intérieure des enfants handicapés qui n'ont souvent d'autres moyens que le corps pour l'exprimer. La plupart des photos exhibent des visages au regard morne, absent, triste, des moues irrépessibles, des angoisses et des tics qui plissent douloureusement le front, sans compter certains signes caractéristiques d'une maladie, une posture déformée du corps. Alors je cherche le cliché pris dans l'an-

gle sous lequel « ça se voit le moins ». Celui où l'enfant a un visage souriant, une position « normale » et où il ressemble le plus possible à un autre enfant.

Pourquoi choisir une photo où le handicap se voit moins ? Parce que les enfants préfèrent se voir et voir leurs camarades souriants, sinon ils disent : « C'est moche. » Parce que les parents, sensibles et en quête permanente d'une trace de normalité,

préfèrent eux aussi une photo de ce type, même s'ils savent que ce portrait n'est pas fidèle à la réalité. Leur enfant n'est visible qu'exceptionnellement de cette façon.

Je me demande parfois si les parents ne recherchent pas silencieusement l'insoutenable des photos écartées parce qu'elles montrent le handicap dans toute sa crudité. Moi aussi j'ai eu la tentation de tirer ces « mauvaises » photos pour voir la réalité en face et je n'ai pu me résoudre à le faire.

Mais il m'est arrivé d'insérer, dans un lot de photos, des clichés d'enfants « normaux » sans que personne ne puisse distinguer les uns des autres... Pareils aux autres ! Ce que je voulais démontrer ! Et ce malgré les difficultés spécifiques qu'ils connaissent. Alors quelle est la bonne photo ?

Notre société admet la représentation du handicap en creux. Mon rôle d'éducateur m'oblige à rester dans les limites admises d'un certain type de regard. Cette contrainte est ma limite, mon handicap à moi. Seul le regard d'un photographe professionnel pourrait assumer la radicalité de clichés montrant le handicap en plein ; encore faudrait-il qu'il soit habile, afin de ne pas sombrer dans l'obscénité du voyeurisme. ■

« Je me demande parfois si les parents ne recherchent pas silencieusement l'insoutenable des photos écartées parce qu'elles montrent le handicap dans toute sa crudité. »

§Handicap

§Images, imagerie médicale

§Société

Corps transparents, esprits nouveaux

I **Monique Sicard**, chercheuse au CNRS

Article paru dans la revue *Medium*.

§ Histoire de la médecine
§ Art § Images, imagerie médicale
§ Technologie, innovation

2006. Las ! Ce n'est pas un patient que l'on perçoit derrière la vitre, mais un tableau mouvant cadré par l'évidement du mur, ample comme dispositif de surveillance. L'homme, la femme, avance lentement, à l'horizontal, tête la première, dans l'axe de l'anneau, sous un plafond blafard. Cliquetis machinique sans destinataire. Des chiffres lumineux s'égrènent. Au rythme lent du chariot, les rayons invisibles parcourent en spirale l'espace du corps. On entend tourner l'émetteur. Puis l'improbable voix d'une hôtesse d'aéroport : « Respirez, bloquez, ne respirez plus ! » Il, elle gonfle ses poumons vingt-deux secondes durant ; fige, le temps d'un vertige, ses géographies intérieures. « Respirez ! » Relâche : répit.

Il, elle, à jeun depuis quatre heures au moins, s'est habillé avec soin. Dérisoire coquetterie. Le mur vitré, indispensable protection du personnel contre les rayons, gèle toute tentative de dialogue. En branchant la voix pré-enregistrée, l'infirmière au creux de leur coude a peut-être fixé l'injecteur automatique de produit de contraste. Un rayon laser fut calé sur leurs paupières fermées. Leur corps, sans qu'ils le sachent, s'est coloré peu à peu : temps artériel, portal, parenchymateux. En trois hélices, les détecteurs de l'anneau ont capté les rayons réfléchis par les organes. « Respirez, bloquez, ne respirez plus ! » L'homme, la femme est seul dans la chambre de vue. « Respirez ! ». L'illusion d'une présence suffirait donc à calmer l'anxiété ? Mais qui sait si ce lit sur lequel tout à l'heure des mains expertes l'ont allongé ne fait pas pour lui, pour elle, figure de cercueil ?

De ce côté-ci du mur transparent, trois pièces en enfilades résonnent du cliquetis des claviers. Sur les écrans, des coupes défilent. « La seconde hélice va être réalisée. Nous avons déjà les vues du temps artériel. Nous disposons de coupes axiales transverses du corps : on regarde le patient par les pieds, vers la tête. Les images se reconstruisent numériquement. Ici l'aorte. Là, le foie, la veine cave, la rate, l'estomac et, de chaque côté, les languettes pulmonaires... »

Rares sont ceux qui, dans nos sociétés occidentales, n'ont jamais vu d'images de l'intérieur de

leur propre corps. Rares sont ceux dont les organes n'ont jamais absorbé, réfléchi une pluie de rayons X ou d'ultrasons ou dont les protons des molécules d'eau n'ont jamais vibré sous les effets d'un champ magnétique médicalisé. La banalisation des transparences du corps déplace les frontières entre public et privé, pathologie et normalité, surface et profondeur. Elle confère une étrange et nouvelle dimension à la pudeur et à l'intimité. L'imagerie du corps, de *mon corps*, est bien une modernité au sens où l'entend Baudelaire : créant un avant et un après, elle affectera pleinement, irrémédiablement l'avenir. Elle porte les signes du temps.

« Mais n'y a-t-il rien de nouveau sous le soleil ? Il faudrait voir. Quoi ? On a *radiographié ma tête*. J'ai vu, moi, vivant, mon crâne. Et cela ne serait en rien de la nouveauté ? A d'autres ! » s'exclame Apollinaire¹. « (...) Les savants scrutent sans cesse de nouveaux univers (...) et il n'y aurait rien de nouveau sous le soleil. Pour le soleil, peut-être. Mais pour les hommes ! ».

Les récentes évolutions numériques ont encore multiplié l'efficacité d'un corps devenu transparent. Il y a peu, un examen au scanner Hounsfield donnait naissance à une trentaine de clichés. Il en produit aujourd'hui près d'un millier. Là où les rayons X ne fournissaient en différé qu'un aperçu flou de la surface des organes internes, ils offrent aujourd'hui en temps réel – à l'aide de coupes sériées dans tous les plans de l'espace – des images précises de leur intérieur même. Le corps devient quantifiable.

« Il faut être absolument moderne. » s'écrie Rimbaud dans *Une saison en enfer*. Il s'agissait d'une amertume². Ses terribles grincements de dents qui disent adieu à la poésie trouvent écho dans l'agonie contemporaine de cette médecine clinique, dont Michel Foucault célébrait l'émergence.

Le corps transparent marque la fin radicale d'une médecine effectuée au chevet du malade mettant en œuvre l'écoute et la parole, le toucher comme la vue, le symptôme plus que le signe.

Nous pourrions traquer les corps transparents chez Duchamp, Picabia ou Kupka, chez Man Ray et chez ces émules du surréalisme qui s'amusaient à envoyer leur propre crâne en guise de vœux pour la nouvelle année. Le paradoxe persiste. Il nous reste à comprendre pour quelles raisons cette imagerie est encore reléguée aux marges d'une pensée philosophique, dans un hors statut qui n'aurait jamais abordé aux rives de la culture. Ce médium si peu vu serait victime de sa propre transparence. Il cumulerait toutes les peurs : celle de l'image, celle de la technique, celle de la nature. Voir l'intérieur de son propre corps, en percevoir le devenir à court terme, recevoir brutalement les preuves de ses altérations, attendre, anxieux, au hasard d'un cliché la rédemption ou la condamnation... l'effroi oblitère d'emblée l'analyse critique. « Je suis ce corps » affirmait Merleau Ponty. Il faudra bien pourtant tenir la distance si l'on souhaite prendre la mesure du parc de machines sous-jacent, de son poids structurant dans l'organisation de la cité, de ses enjeux mondiaux.

Quand Man Ray transforme le nu d'Ingres en contrebasse en lui ajoutant deux ouïes, il plaisante, provoque, démythifie. Quand Joël Peter Witkin enserme ce corps d'une ceinture de métal, crée deux blessures en fente résultats de l'arrachage de deux ailes, quand il fait ressortir les imperfections de la peau, il accélère la chute de l'ange. Il l'invite cruellement, manifestement, à redescendre sur terre. L'imagerie médicale, ses fausses douceurs et transparences, ne fait rien d'autre. Ce retour brutal, général, au biologique ne serait pas nouveau ? Il ne serait pas en soi, porteur de joie ou de tristesse ? Il n'affecterait pas nos comportements, n'orienterait pas nos actions ? A d'autres !

L'endoscopie moderne, cette « vision interne » outillée, s'invente au début du XIX^e siècle, pleine époque d'inventions et de dépôts de brevets. Quoi de plus naturel que de conduire une bougie au plus profond des cavités du corps ? Les spéculums (du latin *speculator*, observateur, espion) étaient alors nantis de miroirs.

Mais le célèbre *Traité d'auscultation médiate* de Laennec témoigne de la naissance d'un outil radicalement nouveau. Il s'agit tant de maintenir la distance émotionnelle et physique, que d'obtenir une image des cavités inaccessibles au speculum. « Je fus consulté, en 1816, par une jeune personne qui présentait des symptômes généraux de maladie du cœur, et chez laquelle l'application de la main et la percussion donnaient peu de résultats à raison de l'embonpoint. L'âge

et le sexe de la malade m'interdisaient l'espèce d'examen dont je viens de parler [l'auscultation immédiate d'Hippocrate], je vins à me rappeler un phénomène d'acoustique fort connu : si l'on applique

l'oreille à l'extrémité d'une poutre, on entend très distinctement un coup d'épingle donné à l'autre bout. J'imaginai que l'on pouvait peut-être tirer parti, dans le cas dont il s'agissait, de cette propriété des corps. Je pris un cahier de papier, j'en formai un rouleau fortement serré dont j'appliquai une extrémité sur la région précordiale, et opposant l'oreille à l'autre bout, je fus aussi surpris que satisfait d'entendre les battements du cœur d'une manière beaucoup plus nette et distincte que je ne l'avais jamais fait par l'application immédiate de l'oreille. (...) ce moyen pouvait devenir une méthode utile et applicable (...) à l'exploration de la respiration, de la voix, du râle, et peut-être même de la fluctuation d'un liquide épanché dans les plèvres ou le péricarde. » Le stéthoscope

fut le premier médium d'une observation scientifique des organes internes, D'abord simple cahier roulé, puis tube de bois, de carton, de métal, cylindre de baudruche rempli d'air... muni ou non d'un pavillon ; Laennec créa le mot par couplage du grec *stêthos* – la poitrine – et de *skopein* – examiner.

Comme tout médium, il

- transporte (les sons produits par les organes eux-mêmes, nés d'une percussion extérieure du doigt, ou la voix même du malade – pectoriloquie),
- sélectionne, transforme (les bruits en véritables signes cliniques),
- amplifie (les sons),
- produit (d'incontestables effets pratiques et symboliques).

Emergent alors, en un nouvel alphabet du corps, toute une série de signes nouveaux, nets, faciles à capter et interpréter, « propres à rendre le diagnostic de presque toutes les maladies des poumons, des plèvres et du cœur ». Le stéthoscope est accueilli avec enthousiasme. En témoignent les livres de bord des médecins de la marine. De nombreuses nouvelles maladies sont décrites ; en réalité, « inventées », nées dans une certaine mesure de leur outil d'investigation car sans lui, elles eussent revêtu d'autres formes, se seraient accompagnées d'autres signes. Un simple tube ouvre la voie d'espairs démesurés, ceux d'une croyance, héritée des Lumières, dans les liens entre le progrès scientifique et la condition humaine.

Quelques dizaines d'années plus tard, Marey, le .../...

**« Voir l'intérieur
de son propre corps,
en percevoir le devenir
à court terme,
recevoir brutalement
les preuves de ses
altérations, attendre,
anxieux, au hasard
d'un cliché la
rédemption ou la
condamnation...
l'effroi oblitère
d'emblée l'analyse
critique. »**

.../...

physiologiste, se réjouit. « Aujourd'hui, c'est merveille de voir une série de stylets inscripteurs, bien exactement superposés, travaillant à la fois, traçant chacun les phases d'un phénomène, et donnant, sous forme de courbes disposées en lignes parallèles, l'histoire complète de ce qui s'est passé à chaque instant, du côté du cœur, de la respiration, du pouls et des changements de volume de chaque organe. » A la chronostylographie – inscriptions des fluctuations internes transmises aux stylets traçant leurs courbes sur des cylindres tournants enduits de noir de fumée –, il a ajouté la chronophotographie et ses tracés de lumière. Et puisqu'il faut être résolument moderne et rejeter dans l'archaïsme ce qui a précédé, Marey s'autofélicite : Laennec avait grand mal à faire partager à ses élèves ce qu'il entendait du corps grâce à son stéthoscope, mais les tracés graphiques qui n'usent plus de l'audible mais du visible aident pleinement la transmission de maître à élève. Ouvrant la voie tant du dialogue que de la controverse, ils s'arrachent aux singularités et subjectivités pour gagner l'universalité.

On s'aperçoit vite que le même phénomène, inscrit par des appareils différents, produit des courbes non similaires. On en conclut à une interférence entre les données à connaître et les appareils eux-mêmes. « Un bras plus léger, dit Marey, répond plus vivement qu'un levier lourd aux changements de pression qu'il trace. » La pensée du médium qui s'affine ici témoigne de l'exercice d'une véritable « philosophie expérimentale » (Gérard Chazal). L'outil n'est pas un simple intermédiaire, il façonne, construit, « invente ». Il se niche dans une esthétique de l'inscription. Sur-tout, il donne une image à ce qui fut abstraction : le temps, le mouvement, la vie.

« Tout commença dans la soirée du 8 novembre 1895. Après avoir souhaité bonne nuit à sa femme, Röntgen se rendit à son laboratoire pour y travailler un peu avant d'aller se coucher (...). Il éteignit la lampe quand tout à coup...S'agissait-il d'un mirage ? (...) Comment diable ne l'a-t-il pas remarqué plus tôt ? La lampe de Crookes est restée branchée ! Voilà ce que c'est que de se surmener (...). Qui aurait cru qu'à l'âge de cinquante ans, ce savant réputé, ce professeur d'université, grave, pédant, ponctuel, d'une méticulosité typiquement allemande, se lancerait tout à coup avec un entrain juvénile à la poursuite d'une chimère, risquant sa réputation ? (...) Qui pouvait ainsi délibérément négliger sa famille, s'enfermer dans son laboratoire sans jamais en relever les stores même le jour (...) sinon un maniaque obsédé par une idée fixe ?³ » La découverte des rayons inconnus s'écrit comme un récit des origines témoignant d'une figure à double face. Röntgen – personnage façonné – est un scientifique moderne par ses démarches, son usage des instruments scientifiques,

son insertion dans la communauté des physiciens. Il est, à l'opposé, ce chercheur d'absolu dont Balzac offre la caricature. Il expérimente et déduit, mais il découvre *par hasard*, incarnant dès lors, tant la modernité que la tradition.

Rotwang, le savant fou du *Metropolis* de Fritz Lang, qui sème la discorde par la création d'un double artificiel de la jeune Maria, est une émanation de l'inventeur de la radiographie. Röntgen, lui, découvre, stupéfait, l'oxymore de la transparence des corps et produit d'emblée un double de Bertha, sa femme : soit, une main radiographiée nantie d'une bague, en métissage de vie et de mort, d'espoir et d'anéantissement. Pénétrer l'intérieur des corps, voir les crânes sous les visages, jouer avec le feu et la technique tient tant, symboliquement, du pacte avec le diable que du vol de ce qui devait rester propriété des dieux, de Faust que de Prométhée.

Que l'on imagine l'obscurité de l'atelier, rempli de fils, d'ampoules de Crookes, plein des lueurs de la fluorescence... Rembrandt autrefois avait gravé au noir, à la pointe sèche, son « Docteur Faust » œuvrant dans l'obscurité à la construction des savoirs, mais éclairé déjà par les rays de l'intelligible. Les travaux de Röntgen sur la radiographie (l'inscription par les rayons) génèrent, de fait, une extraordinaire cascade de découvertes fondamentales, qu'ils en soient la conséquence ou l'une des causes directes. L'atome, cet *atomos* insécable depuis Epicure, Démocrite et Lucrèce perd sa stabilité. Jean Perrin décrit les électrons, « négativement chargés » gravitant autour du noyau, soit, les électrons. Et tandis que Becquerel étudie les rayons X et la fluorescence des sels d'uranium, il effectue une troisième et « bouleversante » découverte : celle de la radioactivité naturelle. Sans nécessité de l'intervention d'une quelconque lumière, la matière (les sels d'uranium) est productrice de rayonnements.

1924. « Des décharges éclatèrent comme des coups de feu. Une étincelle bleue grésilla à la pointe du mur. Quelque part une lumière rouge, semblable à un œil, regardait, calme et menaçante, dans la pièce et une fiole, dans le dos de Joachim, s'emplit d'un liquide vert. Puis tout s'apaisa ; les phénomènes lumineux s'évanouirent et Joachim, en soupirant, rendit son souffle. C'était fait. (...) des membres, de mains, des pieds, des rotules, des hauts et des bas de cuisses, des bras et des fragments de bassin. » « (...) – Utile leçon de choses pour jeunes gens ! Anatomie par la lumière, vous comprenez, triomphe des temps nouveaux. Cela, c'est un bras de femme, vous vous en rendez compte à sa mignardise. C'est avec cela qu'elles vous enlacent à l'heure du berger, vous comprenez. » Dans une version renouvelée de *La jeune fille et la mort*⁴ inaugurée par Röntgen, le docteur Behrens de la *Montagne magique* avait dirigé vers une femme ses rayons mystérieux.

La radiologie, la radiographie, en donnant des images

nouvelles à la tuberculose, inscrivent la littérature dans la modernité technique. Les douces langueurs de la dame aux Camélias laissent place aux coups de tonnerre, aux odeurs étranges d'ozone éventée.

Ce corps nouveau, transparent, fit rire aussi, beaucoup. Il s'agissait de conjurer les frousses. Innombrables furent les caricatures, les dessins kitsch, les histoires drôles.

Mais la seule liste des Prix Nobel liés de près ou de loin à l'invention suffirait à conférer le statut d'objet culturel au « corps transparent ». Röntgen, premier prix Nobel de physique 1901 ; Becquerel, les Curie, Prix Nobel de physique 1903 ; Perrin, Prix Nobel de physique 1926 ; Thomas Mann, Prix Nobel de littérature 1929 ; Hounsfield, Prix Nobel de médecine 1979 pour l'invention du scanner à rayons X.

En 1975, Ralf Alfidi, un radiologiste de Cleveland annonçait la réalisation nouvelle de scanners « corps entier » au Congrès européen d'Edimbourg. « L'amphithéâtre était comble. Il n'y avait plus une place même sur les escaliers. (...) lorsque apparurent sur l'écran les premières images inoubliables de coupes transversales du corps montrant sans le moindre produit de contraste et avec une définition stupéfiante, le foie, la rate, l'aorte, la veine cave, la paroi avec les couches cutanée, grasseuse, musculaire, parfaitement délimitées, il y eut des applaudissements. La voie vers une véritable anatomie du corps vivant était ouverte (...) »⁵.

Les œuvres du plasticien belge contemporain Wim Delvoye fournissent en partie les clés d'un mystère : celui, maintes fois souligné, d'une relation possible entre modernité technique et esthétique de l'obscénité. Wim Delvoye radiographie

les corps dans des positions ou des situations provocantes – il s'agit tant de tout montrer que d'adoucir par les transparences le choc des visibilités. Associant le religieux à la nudité radiographique, il transforme les organes internes en vitraux de cathédrale, mais prend soin d'inscrire ces ambiguïtés dans des continuités artistiques. Il se dit héritier des Magritte ou Broothaers, de Rabelais, Jérôme Bosch ou Bruegel l'ancien : de bien plus téméraires que lui l'ont précédé.

La radiographie et ses cohortes (scannographie, échographie, imagerie par résonance magnétique nucléaire) participeraient de cet « impératif pornographique » des plasticiens, gens de théâtre ou de cinéma. Plus que d'une posture progressiste, ces pratiques artistiques relèveraient d'une arrière-garde courant après d'irratrapables et envahissantes performances scientifiques et médicales. Liant l'ombre et les clartés, la beauté et la mort, ces dernières feraient partie – déjà, pleinement – des pratiques visuelles de citoyens devenus, malgré eux, « destinataires cultivés ».

Nous tenons à disposition de l'autre notre « for intérieur » comme dit Thomas Mann et cela ne serait pas nouveau ? Cela ne vaudrait pas culture ? ■



1. Apollinaire, *L'esprit nouveau et les poètes*, 1917.
2. Dominique Lecourt, *Contre la peur*, Les essais du XX^e siècle, Hachette, 1990.
3. Vlassov, P., *Les rayons X hier, aujourd'hui et demain, sciences pour tous*, Les Editions de Moscou, première édition en russe, 1977 : traduit en français en 1982.
4. Schubert, quatuor écrit en 1824.
5. Internet : un témoin raconte.

Le champ du signe

■ Lisa

L'échographe blêmit. « Euh, j'appelle un confrère, c'est la démarche habituelle quand on trouve une pathologie ». Me voilà seule devant l'écran noir parsemé de taches blanches. Après un conciliabule inaudible, on m'annonce : « Vous voyez, là, sur l'ovaire gauche, il y a un kyste de dimension importante, l'image est tout à fait différente à droite ». « Ah oui ? A vrai dire, je ne vois rien... » « Mais si, là... » Si vous le dites. J'aurai beau sonder les images, je n'en tirerai rien de plus. A la radiographie, les choses sont plus claires. « Vous voyez la tache blanche à gauche ? » « Oui, très bien. » « C'est le kyste, il est visible parce qu'il est calcifié. » Ah. « C'est une bonne nouvelle. » Oh ? « Cela évoque un kyste dermoïde, ce n'est probablement pas une tumeur maligne. » Bien, tant mieux. Mais un kyste dermoïde, qu'est-ce que c'est ? « Ce sont des cellules de la peau qui sont là et qui se mettent un jour à se développer, on peut trouver des poils, des cheveux, des dents... »

Des dents dans l'ovaire ? Comment ? L'imagination préfère prendre des vacances en attendant, et c'est tant mieux. Quelques jours plus tard, l'opération a eu lieu, les vapeurs de l'anesthésie se dissipent doucement dans les heures qui suivent. Le chirurgien passe faire sa visite, l'air jovial, rassurant et content. « L'opération s'est bien déroulée, elle a duré plus longtemps que prévu ». Il semble qu'on ait colmaté au passage quelque brèche quelque part, c'est confus, la tête ne suit pas tout. On me tend des papiers. « Tenez, regardez, là, c'est l'ovaire avant l'intervention, voyez comme il est gonflé, et ici, vous le voyez après. » De vraies photos de mes entrailles, cette fois, et en couleur s'il vous plaît, des roses, des jaunes, un corps gonflé et luisant qui semble près d'éclater, puis aplati comme une crêpe. « Ah, euh, oui... Merci (?). » Maintenant, ces photos, qu'est-ce que j'en fais ? ■



maGda zine

AME : taxer les plus que pauvres

§Accès aux soins SCMU, AME

■ **Martine Devries**, médecin généraliste

L'Aide Médicale Etat, AME, est le dispositif qui permet de couvrir les frais occasionnés par les soins médicaux pour les personnes qui ne relèvent pas de la CMU, donc les « sans papiers », migrants étrangers illégaux. Pour l'obtenir, deux conditions : être sur le territoire français depuis trois mois, et le prouver, et n'avoir pas de revenu. L'AME est gérée par les CPAM, mais financée par l'Etat. Ses dépenses ont augmenté de 15 % en 2009, et l'année 2010 semble être dans le même mouvement. Cela s'explique par l'augmentation du nombre de bénéficiaires : notamment parce que le taux de refus de demande d'asile a fortement augmenté, et les demandeurs d'asile déboutés ne peuvent plus bénéficier de la CMU, et ils sont, par définition, présents depuis plus de trois mois. Il y a aussi une augmentation de séjours pour maladies graves, la plupart du temps découvertes en France, rappelons-le : très peu de personnes malades gravement décident d'entreprendre un voyage aléatoire pour un accueil incertain. Devant la nécessité d'abonder de 100 millions supplémentaires ce fond, Roselyne Bachelot a proposé, devant la commission des finances du Sénat¹, l'instauration d'une contri-

bution forfaitaire payée au moment de l'ouverture du droit à l'AME et de son renouvellement, de l'ordre de quinze euros pour les bénéficiaires adultes, qui serait payée sous la forme d'un timbre fiscal édité spécialement. Elle s'est également demandé « s'il ne serait pas plus pertinent et moins onéreux de calculer l'AME sur la base des groupes homogènes de séjour (GHS) plutôt que des tarifs journaliers ». Mais les établissements seraient alors perdants. Une mission conjointe de l'IGAS/IGF mène actuellement une nouvelle étude sur l'AME.

Ce projet de forfait d'entrée à l'AME a été vivement dénoncé par de nombreuses associations dans une lettre ouverte à Roselyne Bachelot comme « un recul majeur de la politique de santé et des principes fondateurs de l'aide sociale »². ■

www.lesechos.fr/journal20100628/lec1_france/020629811691.htm

1. Audition de 16 juin : <http://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20100614/fin.html>

2. Lettre ouverte signée par le CISS, l'UNIOIPSS, l'ODSE, la FNARS www.leciss.org/fileadmin/Medias/Documents/100729_ForfaitsBeneficiairesAME-LettreOuverteRoselyneBachelot.pdf »

Génériques menacés en Inde

§Accès aux soins §Médicament, firmes pharmaceutiques §Pays en voie de développement, Sous développement, Relations Nord-Sud

■ **Marie Kayser**, médecin généraliste

L'Inde compte parmi les plus grands producteurs de médicaments génériques ; elle est aussi le principal fournisseur des pays en développement, et de l'organisation Médecins Sans Frontières (MSF), à laquelle elle fournit plus de 80 % des médicaments contre le Sida.

Lorsqu'elle a rejoint les rangs de l'Organisation Mondiale du Commerce en 1995, l'Inde a accepté de durcir sa réglementation sur les brevets pour les médicaments mis sur le marché après 2006, tout en protégeant, par des mesures légales, l'accès aux médicaments.

Les compagnies pharmaceutiques Novartis¹ et Bayer ont sans succès essayé d'attaquer ces mesures devant la justice indienne. Et maintenant, ce sont des accords de libre échange en cours de négociation entre l'Union Européenne et l'Inde qui menacent la production de ces médicaments génériques et l'accès aux soins.

Dans ce projet d'accords, trois dispositions sont particulièrement inquiétantes² : la clause de « l'exclusivité des données » qui rendrait plus difficile l'agrément par l'autorité administrative indienne

d'un médicament générique en se basant sur les essais déjà effectués par le producteur d'origine, le rallongement de la durée des brevets, en ajoutant à la durée légale de vingt ans le délai de traitement de la requête par l'autorité administrative indienne (en moyenne trois ans), la facilitation des pratiques de saisine à la frontière de cargaisons de génériques en transit vers des pays tiers.

MSF mène campagne contre ce projet d'accords : « Nous continuerons à nous battre jusqu'à ce que le ministre indien du Commerce et le Commissaire européen au Commerce s'engagent publiquement à retirer ces dispositions de l'accord »³.

L'Union Européenne a indiqué vouloir conclure l'accord de libre-échange avant le sommet Union Européenne-Inde en octobre prochain. ■

1. *Pratiques* 39, 4^e trimestre 2007, p. 72.

2. *Le Monde*, 18 juin 2010.

3. www.msf.fr/2010/04/21/1702/accord-inde-union-europeenne-on-ne-negocie-pas-avec-nos-vies/

Centre Simone Veil

§Avortement, IVG §Hôpital, réforme hospitalière, gestion hospitalière §Contraception

■ Bernard Meslé, médecin généraliste

En ces temps de révision des politiques publiques soumises au diktat financier, qu'en est-il des centres d'orthogénie (planification et interruptions volontaires de grossesse) ? Beaucoup de disparitions sont en cours soit par fermeture des petites maternités publiques dont ces centres faisaient partie, soit par regroupements d'hôpitaux comme à Paris¹. Dans l'ouest, à la fermeture des petits centres s'ajoute la difficulté de recruter des praticiens pour effectuer les IVG, comme actuellement à Ancenis.

À Nantes, la situation est plus stable : on compte trois centres de planification dont un associatif (Mouvement Français du Planning Familial) et deux hospitaliers réalisant les IVG et les vasectomies (Simone Veil au CHU et Clotilde Vautier à la clinique mutualiste Jules Verne).

La majorité des IVG réalisées le sont par aspiration (en 2009, les deux-tiers d'entre elles pour un tiers par voie médicamenteuse), dont les trois quarts sous anesthésie locale.

Leur nombre est stable depuis plusieurs années et concerne majoritairement les 25/35 ans ; une baisse chez les moins de 18 ans laisse supposer une meilleure utilisation de la contraception chez celles-ci.

Les délais de prise en charge, généralement d'une semaine, peuvent à certaines périodes (vacances scolaires, mois de mai), atteindre quinze jours. Dans les situations urgentes, date limite de grossesse par exemple, les rendez-vous sont donnés plus tôt, voire le jour même. En cas de grossesse récente et de demande de méthode médicamenteuse, la prise en charge peut se

faire plus rapidement par les médecins de ville ou de campagne agréés. Cette prise en charge hors établissement de soins est très peu fréquente : une vingtaine de médecins, surtout généralistes, sont conventionnés pour cela sur l'agglomération nantaise. Fin 2004, début 2005, quand les décrets d'application autorisant cette prise en charge sont parus, une demande de financement de réseau permettant la formation de médecins intéressés a été faite auprès de l'ARH, mais refusée car estimée non prioritaire (sans doute que les délais de prise en charge des demandes d'IVG par les centres du département semblaient corrects...). Le projet de réseau a donc été abandonné. Concrètement, le médecin commande à la pharmacie les médicaments,

reçoit la femme à quatre reprises (demande, prise de la mifepristone, prise du misoprostol et contrôle). Tout cela est facturé 191,74 € à la patiente avec une feuille de soins indiquant la cotation correspondant au forfait de l'IVG médicamenteuse hors établissement, remboursé à 70 % par l'Assurance maladie et plus ou moins l'assurance complémentaire pour les 30 % restants.

La pression économique sur notre centre, dans le contexte de restriction budgétaire du CHU, s'est surtout faite sentir au niveau du secrétariat avec la suppression d'un demi poste sur 4,1 (1,6 poste de secrétaire est financé par le Conseil Général). Il en découle que les secrétaires n'ont plus le temps d'améliorer les supports d'information sur l'IVG et la contraception et de participer aux réunions d'équipe.

Qu'en sera-t-il avec le projet de concentration du CHU sur un seul site avec diminution des lits ? Le passage apparemment prévu pour le Centre Simone

Veil de six à cinq lits ambulatoires risque de poser des problèmes de saturation certains jours.

Vigilance donc : le choix des femmes et des couples doit continuer à être assuré de manière satisfaisante dans le domaine du contrôle des naissances. La loi du 4 juillet 2001 qui prévoit trois séances annuelles du primaire au lycée sur la vie affective et sexuelle n'est déjà malheureusement pas appliquée, elle ne doit pas devenir une coquille de plus en plus vide faute de moyens. Dans ce domaine, la proposition de la région Charente-Poitou de financer un « Pass contraception » pour les jeunes est intéressante, mais

bloquée par l'Education nationale ! La région Ile-de-France a repris l'idée : ce Pass délivré par les infirmières scolaires abolit les barrières financières et facilite l'accès aux contraceptifs pour les lycéens/lycéennes. Il répond à un besoin : les Centres de Planification qui permettent un accès gratuit et anonyme pour les mineures ne sont pas en nombre suffisant pour répondre à la demande, le généraliste peut respecter le secret par rapport aux parents si la mineure le demande, mais ce n'est pas gratuit et la dépendance aux parents pour la couverture sociale met à mal ce secret. ■

« Les secrétaires n'ont plus le temps d'améliorer les supports d'information sur l'IVG et la contraception et de participer aux réunions d'équipe. »

1. Pratiques n° 48, p. 94.

L'hôpital rejette son réseau

SSIDA SHôpital, réforme hospitalière, gestion hospitalière SInégalités, Exclusion sociale SRéseau de soins, réseau de santé

IMartine Lalande, médecin généraliste

Il s'était créé autour de l'hôpital, le réseau. Pour faciliter l'accès aux soins pour les patients, et la coordination entre professionnels. Appelés au début réseaux ville-hôpital, puis réseaux de santé. ARÈS92 fut l'un des premiers, créé en 1992 pour s'occuper des malades du Sida, des usagers de drogues, ou en situation sociale difficile. Avec les médecins de l'hôpital Louis-Mourier à Colombes, et les professionnels de santé des villes avoisinantes. Médecins, pharmaciens, intervenants en toxicomanie et autres travaillaient de la santé et du social œuvraient à faciliter les soins aux patients les plus démunis, pour des pathologies mal connues et des traitements nouveaux. Dans un secteur défavorisé : le nord des Hauts-de-Seine, département très riche, sauf à Colombes, Nanterre, Gennevilliers, Villeneuve-la-Garenne... Ce réseau avait inauguré un système original : un médecin coordinateur par ville, relais pour ses collègues, animant la vie du réseau : séminaires de formation, réunions pluridisciplinaires, informations dans les écoles, parcours santé dans les foyers... Grâce à des relations privilégiées avec les médecins de l'hôpital, ils en facilitaient l'accès pour les patients et les professionnels. La « cheville ouvrière » du réseau, facilitateur de relations et de soins. Dans le financement des activités d'ARÈS92, des vacations hospitalières étaient allouées à neuf médecins (et un dentiste) pour ce travail de coordination, différent d'actes classiques. Parmi eux, quatre généralistes travaillent aussi à temps partiel à l'hôpital, pour les personnes vivant avec le VIH ou les usagers de drogue (ECI-MUD). Une autre médecin du réseau (une généraliste en poste à temps partiel au centre d'IVG de cet hôpital) avait obtenu une augmentation de son temps de travail pour mener une consultation d'accès aux soins à la Maison de la Solidarité de Gennevilliers (qui accueille cinquante à cent personnes par jour en situation très précaire, la plupart sans logement et/ou sans papiers). Le but était de permettre aux plus démunis de se soigner, chez les médecins des quartiers où ils vivent, avec l'appui du réseau (qui paye les premiers soins et aide à l'ouverture de droits). Faute de couverture sociale, ils seraient allés aux urgences de l'hôpital, accumulant les factures non payées, dues quand ils seraient régularisés. Et non perçues pour l'hôpital... Tout le monde s'accorde à considérer que le réseau ARÈS92 apporte une aide précieuse non seulement aux patients, mais à la communication entre les professionnels de ville et d'hôpital. Pour une

médecine humaine à l'échelle d'un bassin de vie accueillant pour les plus démunis.

Mais c'était oublier la nouvelle gouvernance des hôpitaux. Tout directeur d'hôpital, confronté au déficit « abyssal » de ses comptes, doit « rendre des postes » de médecins sans attendre les fusions d'hôpitaux ou les départs en retraite. La nouvelle direction de l'hôpital de Colombes a convoqué les neuf médecins et le dentiste pour leur signifier leur « licenciement ». L'hôpital ne souhaitant pas payer des activités qui ne sont pas directement des soins, le réseau était engagé à chercher d'autres financements. Pour les médecins en poste à l'hôpital, on diminue leur temps de travail de 10 %.

« Ce sont encore les patients les plus démunis qui seront laissés pour compte. »

S'ils refusent, on leur proposera une autre affectation, et s'ils n'en veulent pas, ils seront licenciés, ce qui supprimera un poste à temps plein et deux mi-temps pour le VIH, et un poste à mi-temps à l'ECI-MUD. L'hôpital recrutera-t-il, à la place de ces médecins expérimentés, ou laissera-t-il surcharger de travail leurs collègues au risque de renvoyer des patients ? Ceux qui n'avaient qu'une vacation pâtiront de leur statut précaire et rejoindront les autres vacataires licenciés pour « réorganisation de service » dans les hôpitaux de l'AP-HP ou d'ailleurs. Seule la médecin du centre d'IVG est pour le moment protégée par son statut de praticien hospitalier contractuel (obtenu de haute lutte pour les médecins de centres d'IVG depuis une grève de ce centre de Colombes en 1992... déjà à cause de menace de suppression de vacations...), mais son activité « hors les murs » à la Maison de la Solidarité n'est pas garantie. Ce sont encore les patients les plus démunis qui seront laissés pour compte dans cette gestion de l'hôpital basée sur la rentabilité des activités. Et toute la culture du réseau (reconnue par les médecins de l'hôpital, dont le Conseil Consultatif a voté pour le maintien des vacations d'ARÈS92 à l'unanimité moins une voix) qui est niée par l'administration.

Un mouvement est en cours, pour soutenir les médecins et dentiste coordinateurs d'ARÈS92, autour d'une pétition, et avec des interventions d'élus et d'associations. Avec l'espoir que cela permettra d'enrayer la marche du rouleau compresseur de la restructuration hospitalière qui méprise avec férocité les besoins et les droits des plus démunis. ■

On peut signer la pétition sur le site de *Pratiques* ou auprès d'Arès92 : contact@ares92.org ou www.ares92.org

La grippe, les faits, l'analyse, les remèdes

SMédicament, firmes pharmaceutiques SSanté publique SVaccin SCorruption, lobbying

IMarie Kayser, médecin généraliste,

Il y a un an, la « pandémie grippale » à virus A (H1N1) entraînait une mobilisation sans précédent des pouvoirs publics. *Pratiques*¹ s'est déjà fait l'écho de la crise de confiance d'une grande partie des soignants² et des citoyens vis-à-vis des recommandations des autorités sanitaires et des avis des experts officiels. Ce même virus sera présent cet hiver.

Deux rapports nous aident à comprendre comment et pourquoi cette épidémie est devenue pandémie, le rapport de la commission des questions de santé de l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe (APCE)³ et celui de la Commission d'enquête sénatoriale française sur « le rôle des firmes pharmaceutiques dans la gestion par le Gouvernement de la grippe A (H1N1) »⁴.

Les faits

Les données chiffrées. Selon les données du *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*⁵, pendant l'hiver 2009-2010, 13 à 24 % de la population française a été infectée par le virus A (H1N1) ; il y a eu 1334 cas graves et 312 décès (dont 260 avec confirmation virologique). La mortalité chez les personnes de plus de 65 ans est restée limitée ; les personnes âgées de moins de 65 ans ont représenté près de 75 % des décès contre moins de 10 % habituellement dans la grippe saisonnière, mais une étude étasunienne récemment publiée fait douter d'un excès de gravité chez les jeunes⁶ ; les femmes enceintes ont été considérées comme un groupe à risque, mais le bilan est de trois décès dont un seul chez une femme sans autre facteur de risque ; les personnes souffrant d'affections pulmonaires ou médicales chroniques ont été les plus à risque ; les patients n'ayant pas de facteur de risque connu ont représenté 16 % des décès, soit 49. Au final, il n'a pas été observé de surmortalité cet hiver.

Ces chiffres sont à comparer à ceux avancés habituellement pour la grippe saisonnière en France, soit entre 3 000 et 6 000 morts par an, estimation elle-même à remettre en cause car basée sur la surmortalité en période hivernale. Si on extrapole les résultats de la seule étude faite sur la mortalité de la grippe et qui a porté sur vingt-deux départements français en 2004-2005, on arrive à un chiffre de 700 décès annuels⁶ pour la grippe saisonnière. Le nombre de décès de cette année n'a en tous cas rien à voir avec la catastrophe annoncée par l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS) le 28 septembre 2009 : « entre 6 400 et 96 000, soit deux à trente fois plus que la grippe saisonnière ».

Une évolution rassurante⁴. Les tous premiers cas sont apparus au Mexique vers la mi-mars 2009, puis le 24 avril aux Etats-Unis et début mai en France. Après des premières données alarmantes sur les cas mexicains, l'OMS elle-même, dans son rapport du 9 mai, notait que la plupart des cas étaient peu sévères, mais elle préconisait un suivi attentif de la pandémie. Le 22 mai, la directrice du département grippe du Center for Disease Control américain, indiquait que « le virus A (H1N1) ne présentait pas les gènes qui rendirent la souche de la grippe espagnole si virulente ». Pourtant, le 11 juin 2009, la directrice de l'OMS déclarait le passage en pandémie grippale de phase 6.

Sont arrivées ensuite progressivement les données rassurantes venues de l'hémisphère Sud. Le 26 août 2009, une étude complète de la situation dans les pays ayant fait l'expérience de la première vague pandémique a été rendue publique par le Département de la Santé des Etats-Unis ; elle établissait clairement la faible virulence du virus ainsi que sa stabilité entre les deux hémisphères. L'analyse des caractéristiques génétiques du virus publiée en août par les espagnols établissait aussi qu'il ne présentait pas de pathogénicité particulière. En France, une étude de l'INSERM du 11 septembre 2009 indiquait que la grippe A (H1N1) allait être majoritairement une affection bénigne en Europe et que sa létalité apparaissait faible, proche de celle de la grippe saisonnière.

La déclaration de pandémie et les plans nationaux. La qualification de « pandémie » a été rendue possible par la suppression par l'OMS du critère de gravité pour définir une pandémie. Le contenu des pages Internet de l'OMS a été modifié entre le 1^{er} et le 9 mai 2009, sans changer la date affichée⁷.

La déclaration de la pandémie et le passage en phase 6 ont entraîné les mesures prévues dans les plans de l'OMS « appliquer des mesures individuelles, sociales et pharmaceutiques » et dans les plans nationaux. Le plan français prévoyait des « mesures de santé publique précoces et d'emblée drastiques ». Les rapports de l'APCE et de la Commission d'enquête du Sénat montrent qu'à partir de 2004, ces plans ont été établis en prenant pour hypothèse la survenue d'une pandémie de type grippe aviaire H5N1, ce qui aurait supposé que ce virus reste hautement létal et devienne transmissible d'homme à homme. L'ESWI (*European Scientific Working Group on Influenza*), qui se présente comme un

groupe indépendant, mais est en réalité financé par l'industrie pharmaceutique, a eu un rôle de lobbying en faveur de la vaccination, du recours aux antiviraux et de la constitution de stocks. La France avait ainsi en janvier 2009 un « stock national santé » destiné à la pandémie grippale s'élevant à 592,3 millions d'euros (masques, traitement anti-viraux). Elle avait aussi conclu des contrats dits « dormants » de préachat de vaccin pandémique qui devaient entrer en vigueur à la date de déclaration d'une pandémie par l'OMS. Au total, les représentants des laboratoires ont fait état d'investissements compris entre 1,5 et 2,5 milliards d'euros par laboratoire, au titre de leur préparation à une éventuelle pandémie ; les gains supplémentaires dus aux vaccins A (H1N1) seraient de 5 à 6 milliards de dollars pour l'ensemble des firmes pharmaceutiques en 2009.

La vaccination. En France, de nombreuses instances d'expertise sont intervenues dans la gestion de cette épidémie : Institut de veille sanitaire (InVS), Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé (AFSSAPS), Haut Conseil de la santé publique (HCSP), Comité de Lutte contre la grippe (CLCG) créé en 2008. D'après le rapport sénatorial, « la place de l'expertise dans la prise de décision concernant le nombre de doses à acheter est entourée d'un flou important ».

Sous la pression des firmes pharmaceutiques⁸, les négociations sur les achats se sont déroulées pour l'essentiel avant le 15 mai 2009. Saisi le 8 mai par le directeur général de la santé, le Comité de Lutte Contre la Grippe a rendu sa copie en quarante-huit heures, se contentant d'effectuer un « copier-coller » d'un avis pris par le Haut conseil de la santé publique en décembre 2008 concernant la grippe H5N1⁹.

Le choix de la stratégie vaccinale a été validé le 3 juillet par le Premier ministre : il s'est traduit par la décision de commander 90 millions de doses permettant de vacciner, en fonction d'un schéma vaccinal à deux injections¹⁰ toutes les personnes qui le souhaiteraient, dont le nombre était estimé à environ 75 % de la population nationale. La ministre de la Santé a indiqué que ce chiffre avait été établi sur la base d'une moyenne entre le nombre de personnes désireuses de se faire vacciner contre la grippe saisonnière et celles souhaitant se faire vacciner lorsque des cas de méningite se déclarent dans leur entourage ! Pourtant, le gouvernement avait commandé en mai 2009 une étude disponible en juillet et qui estimait les intentions de vaccination à 30 % de la population.

Les contrats de vaccination français ont été déséquilibrés et rigides : les commandes étaient fermes et non révisables, ce qui rendait impossible toute adaptation de la stratégie vaccinale, l'Etat français endossait à la place des laboratoires la

responsabilité des produits défectueux ; de plus, la teneur des contrats était secrète. Les laboratoires quant à eux ne prenaient aucun engagement contraignant en termes de calendrier de livraison : 12,7 millions de doses seulement avaient été livrées au 30 novembre 2009 à la veille du pic épidémique, la vaccination n'aurait donc eu aucune efficacité dans la prévention d'une épidémie grave de masse, alors que c'était au départ le but recherché.

Les différents pays européens ont négocié en ordre dispersé et parfois concurrentiel, en fonction de leur stratégie propre. Il semble que l'Espagne ait pu négocier des contrats résiliables et ne pas endosser la responsabilité à la place des laboratoires. En Europe, seule la Pologne, qui envisageait de vacciner sa population à risque, a refusé les contrats imposés par les laboratoires. Dans ce pays qui n'a finalement vacciné aucun de ses citoyens, la mortalité grippale par habitant a été moins importante qu'en France⁶.

En France, cette vaccination s'est faite hors de tout réseau habituel de soin de premier recours et il y a eu 5,7 millions de personnes vaccinées¹¹, soit 8,23 % des personnes convoquées, pour un coût total de 602 millions (compte tenu des résiliations finales des contrats et des indemnités versées pour celle-ci). Ce bilan doit être comparé à celui des autres années : 6,31 millions de personnes vaccinées pour un coût de 86,6 millions d'euros.

Les antiviraux. Les recommandations au début de l'épidémie réservaient les antiviraux tels que l'oseltamivir (Tamiflu®) au traitement curatif des sujets à risque et au traitement préventif de ces mêmes sujets en cas de contact avec une personne grippée.

En décembre 2009, les médecins ont reçu une lettre de la Direction Générale de la Santé leur recommandant de généraliser la prescription d'oseltamivir (Tamiflu®) en curatif à tous les syndromes grippaux ou considérés comme tels.

Ces recommandations n'étaient appuyées sur aucune donnée fiable et transparente. Dans la grippe saisonnière, les antiviraux n'ont pas fait la preuve de la réduction de l'incidence des complications chez les personnes à risque¹² et pour la grippe A (H1N1), aucune étude randomisée n'a été mise en place, malgré la demande des membres de la *Collaboration Cochrane* indépendante des firmes pharmaceutiques.

Les médecins généralistes. Sollicités par leurs patients sur la conduite à tenir, les médecins généralistes ont été conscients du décalage entre les discours officiels et ce qu'ils constataient dans leur pratique. Ils ont été nombreux à s'appuyer sur les informations indépendantes apportées par la revue *Prescrire* et à échanger à travers listes de discussion et sites¹³.

Ce travail d'expertise mené plus particulièrement au sein du Formindep s'est concrétisé par

.../...

.../... une lettre ouverte, signée par plus de 1 000 médecins, adressée au Directeur Général de la santé en réponse à la recommandation des autorités officielles de prescrire systématiquement de l'oseltamivir dans les syndromes grippaux. Les signataires demandaient que leur soient communiquées les données scientifiques sur lesquelles s'appuyait la recommandation de la Direction Générale de la Santé, ainsi que les identités et les déclarations d'intérêts des experts auxquelles elle se référerait.

L'analyse

Les données chiffrées et l'historique de cette épidémie ne peuvent que susciter une analyse critique clairement formulée dans le rapport de l'APCE et, de façon plus feutrée, dans le rapport sénatorial.

Le plan grippe de l'OMS et le plan français se sont révélés inadaptés à la situation du virus A (H1N1), car ils reposaient sur une pandémie d'un virus à forte létalité, ce qui n'était pas le cas.

Ce même plan serait aussi inadapté aux pays en développement en cas de grippe grave : il est conçu prioritairement pour les pays qui ont les moyens financiers de se payer vaccins, antiviraux et masques et s'intéresse très peu aux mesures barrières simples comme le lavage de mains.

L'accent mis sur la grippe l'a été au détriment d'autres investissements en matière de santé et d'autres risques pandémiques très répandus dans les pays en développement, tel que la rougeole.

Les pays de l'union européenne ont fonctionné individuellement et subi ainsi les diktats des firmes productrices de vaccins.

Par-dessus tout, la préparation des plans grippe et l'ensemble de la gestion de l'épidémie posent la question de l'expertise auprès des pouvoirs publics, tant au niveau de sa pertinence que de son indépendance. La communauté scientifique travaillait sur l'émergence d'un risque pandémique majeur, cet investissement et les enjeux personnels de chercheurs ont pu fausser l'analyse.

Au niveau de l'OMS, une enquête journalistique approfondie publiée le 3 juin 2010 dans le *British Medical Journal*¹⁴ montre que l'absence de publicité des déclarations d'intérêts et de contrôle de celles-ci ont abouti à des déclarations incomplètes ou absentes de la part d'experts qui sont intervenus dans la gestion de cette « pandémie ». Elle montre aussi que des experts ayant des conflits d'intérêts sont intervenus dans la préparation des plans pandémiques et dans les recommandations de l'OMS de 2004, reprises en 2009, sur l'utilisation des vaccins et des antiviraux. Quant à la gestion de la crise elle-même, elle a été marquée par une opacité majeure dont l'exemple le plus manifeste a été l'anonymat des membres du comité d'urgence, structure consultative mise en place par le directeur général de l'OMS.

L'opacité est la même en France, les contrats liant les médecins aux firmes pharmaceutiques doivent être déclarés auprès des conseils départementaux de l'Ordre des médecins, mais aucun contrôle de ces déclarations n'est effectué ni par l'Ordre, ni par les pouvoirs publics. Le Parlement a refusé, lors de l'examen du PLFSS 2009, un amendement obligeant l'Ordre des médecins à les rendre publiques. Cette absence de publicité empêche tout contrôle réel des conflits d'intérêts au niveau des expertises. Elle rend illusoire l'application de l'article 26 de la loi du 4 mars 2002 qui exige que « les membres des professions médicales qui ont des liens avec des entreprises et établissements produisant ou exploitant des produits de santé ou des organismes de conseil intervenant sur ces produits les fassent connaître au public lorsqu'ils s'expriment lors d'une manifestation publique ou dans la presse écrite ou audiovisuelle sur de tels produits. »

Les remèdes

La confiance des soignants et des citoyens dans les recommandations des autorités sanitaires ne pourra être restaurée sans un changement fondamental des conditions de leur élaboration.

L'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe a voté une résolution portant sur la nécessité de la transparence du processus de décision, de la diversification des points de vue et de l'exclusion des prises de décisions sensibles de « quiconque est exposé au risque de conflits d'intérêts ».

Cette résolution rejoint les revendications portées par le Formindep : « Une réforme profonde de l'expertise sanitaire doit être engagée pour garantir le caractère scientifique des décisions sanitaires. Il faut instaurer une vraie transparence des liens d'intérêts et des travaux des experts. Les firmes pharmaceutiques doivent publier nominativement les versements effectués aux professionnels de santé, comme elles le font maintenant dans le cadre de la loi HPST pour les associations de malades. Les travaux des comités d'experts doivent être rendus publics. En attendant ces mesures, la législation actuelle doit être appliquée dans toute sa rigueur, en particulier celle sur la prise illégale d'intérêts. L'expertise sanitaire ne doit plus reposer uniquement sur des spécialistes hospitalo-universitaires dont la formation et la carrière dépendent de l'importance de leurs liens avec l'industrie pharmaceutique. Une expertise tripartite associant professionnels des soins de premier recours et usagers, totalement indépendants de liens avec les firmes pharmaceutiques, à côté des experts leaders d'opinion actuels doit voir le jour. »

Alors faut-il se faire vacciner contre la grippe saisonnière ?

Cet hiver, le virus grippal A (H1N1) sera à nouveau

présent. Cette année encore, le site indépendant *Atoute.org* nous aide à nous déterminer, tout en nous prévenant que « la seule chose qui est sûre est qu'on ne sait pas grand-chose ». La *Collaboration Cochrane*, une des sources scientifiques internationales les plus fiables, conclut que si la vaccination permet peut-être d'éviter une grippe sur deux, il n'existe aucune preuve que le vaccin soit efficace sur les complications de la grippe et notamment les décès¹⁵. La revue *Prescrire*, autre source scientifique fiable, estimait pour sa part en 2009 que le vaccin de la grippe saisonnière avait une efficacité démontrée chez les plus de 65 ans avec une réduction en valeur relative chez les personnes vaccinées de 80 % des décès

liés à la grippe. Ce n'est pas la publication récente de l'INED¹⁶ laissant entendre que la vaccination antigrippale avait permis de diminuer par dix la mortalité liée à cette maladie qui va nous éclairer car elle s'appuie sur des données épidémiologiques bien fragiles et fait abstraction du facteur décisif de l'arrivée de la pénicilline et de ses dérivés pour traiter les complications de la grippe¹⁷.

A quand des études épidémiologiques dans des conditions d'expertise indépendante permettant d'éclairer pouvoirs publics et citoyens et d'utiliser à bon escient l'argent de l'Assurance maladie ? Qui donc a intérêt à ce que rien ne change ? ■

- 1. Dossier grippe sur le site de la revue *Pratiques*, débat initié en septembre 2009 www.pratiques.fr/recherche.php?recherche=grippe+a&Envoyer=Rechercher#pagination_articles et *Pratiques* n° 48, janvier 2010, 88 et n° 49, avril 2010 p. 82.
- 2. Dossier grippe très complet sur le site du Formindep : association pour une formation et une information indépendantes au service des seuls professionnels de santé et de leurs patients www.formindep.org/spip.php?page=recherche&recherche=grippe
- 3. assembly.coe.int/CommitteeDocs/2010/20100604_H1N1_pandemic_F.pdf
- 4. Commission créée sur la demande du groupe Communiste, Républicain et Citoyen et des sénateurs du Parti de Gauche, Président M. François Autain, Rapporteur M. Alain Milon www.senat.fr/notice-rapport/2009/r09-685-1-notice.html
- 5. Bilan au 20/04/2010 publié dans le BEH du 29 juin 2010 www.invs.sante.fr/beh/2010/24_25_26/beh_24_25_26_2010.pdf
- 6. Faut-il se vacciner contre la grippe saisonnière ? Site *Atoute.org* du Docteur Dupagne : www.atoute.org/n/article162.html
- 7. Audition par la commission du Sénat de M. Tom Jefferson du réseau Cochrane s'appuyant sur les travaux d'un étudiant doctorant qui ont permis de retrouver les anciennes définitions.
- 8. La société GSK, à qui la France souhaitait acheter 50 millions de doses, a exigé que la France « confirme son intérêt pour leur produit » avant le 12 mai à minuit.
- 9. Contribution des sénateurs du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauches membres de la commission d'enquête sénatoriale.
- 10. Schéma recommandé par l'industrie pharmaceutique pour le procédé de fabrication choisi par la France et qui nécessitait la présence d'adjuvant. Les Etats-Unis ont choisi la fabrication classique du vaccin grippal à une seule dose, dont la livraison a été plus rapide.
- 11. AFFSAPS : Bilan actualisé de pharmacovigilance des vaccins A/H1N1 mai 2010 www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/e41f68fbee043b89e1fc740dac52d2e1.pdf
- 12. *Prescrire* 2009, n° 309, p. 530. www.prescrire.org/fr/
- 13. Site du Formindep, site *Atoute.org*, site de l'URML de la Réunion, site de *Pratiques*.
- 14. Deborah Cohen et Philip Carter, *British Medical Journal* (BMJ) du 3 juin 2010
- 15. Audition par la commission du Sénat de M. Tom Jefferson du réseau Cochrane : www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20100517/grippea.html#toc3
- 16. www.ined.fr/fichier/t_publication/1513/publi_pdf1_pes470.pdf
- 17. Dominique Dupagne : « grippe saisonnière : 7000 morts d'après les organisateurs, 500 d'après la police » : www.atoute.org/n/article163.html

Le secteur psychiatrique, fin ?

§Accès aux soins §Hospitalité §Psychiatrie, santé mentale, psychiatrie de secteur

■Eric Bogaert, psychiatre

Dépendant de son environnement – géographie, histoire, culture, démographie, sociologie et économie – et des orientations des équipes soignantes qui l’animent, le secteur psychiatrique est une organisation vivante, ne se prêtant pas à la standardisation. C’est de mauvais augure, ontologiquement puisque les organismes vivants sont appelés à mourir, mais aussi conjoncturellement, dans des temps où la gestion économique, qui ne conçoit que mesure et gain – même pour ce qui concerne la vie, et surtout la vie psychique où il n’y a qu’excès et perte – mène le bal.

Les premiers coups portés au secteur psychiatrique l’ont été par la différenciation progressive de pathologies confiées à d’autres structures de soin (création des consultations dites d’hygiène alimentaire, qui ont évolué vers les services d’addictologie, sur les fonds de la psychiatrie publique, idem pour la toxicomanie), et par des équipes de secteur elles-mêmes, lorsqu’elles ont créé des unités intersectorielles, au prétexte de concentrer dans une même unité des pathologies, afin de rationaliser moyens et techniques particuliers pour leur prise en charge, simplifier l’organisation des soins, ou tout simplement diluer les pertes de moyens lors des redéploiements d’effectifs. Ainsi ce sont des pans entiers des trajectoires de soin des patients dans le secteur psychiatrique qui ont été « sous-traitées » auprès d’équipes autonomisées à cet effet à partir des moyens de plusieurs secteurs : adolescents et jeunes adultes, personnes âgées, urgences, unités d’hospitalisation de 72 heures, hospitalisations sous contrainte, malades difficiles, patients chroniques... Il y a certes là du bon sens, voire le bonheur de satisfaire le consommateur et le gestionnaire, mais l’esprit du travail de secteur prend du plomb dans l’aile : le soin de la folie n’est pas réductible à une conduite à tenir ou un protocole thérapeutique qu’on peut se transmettre d’équipe soignante à équipe soignante lorsque l’évolution du patient l’amène à quitter l’unité intersectorielle pour revenir dans l’unité appropriée à la poursuite des soins, d’autant que ces unités intersectorielles ont à traiter avec plusieurs secteurs, aux orientations parfois très différentes. Ces unités intersectorielles ont installé, dans le parcours de soins des patients de la psychiatrie publique – c’est-à-dire présentant une psychose, une névrose grave peu étayée, une psychopathie, des troubles désintégrant de la personnalité... –, des trous dans lesquels ils disparaissent, là où la continuité des soins est nécessaire. En effet, les crises qui émaillent l’évolution sont l’occasion d’ouverture de brèches dans le cristal de l’appareil psychique, par lesquelles des remugles au fondement de cet

appareil, bien neutralisés par leur enchâssement dans les couches anodines de vie quotidienne accumulées au fil de l’histoire du patient, s’échappent alors, disponibles à leur appréhension par l’appareil à penser des soignants avec lesquels chemine le patient, relayant momentanément celui du patient. Cet arrimage est au fondement du lien (psycho-)thérapeutique, et ce couplage est le moteur du travail thérapeutique. Le dispositif secteur/inter-secteur découple cet arrimage, et renforce ainsi le hiatus « organique » entre la couche habituelle à peu près présentable du cristal, et son cœur inaccessible en dehors de ces « moments féconds ». On retrouve cet handicap dans les secteurs organisés en unités centrées sur une équipe soignante « fermée », c’est-à-dire qui n’exerce sa fonction soignante que dans cette unité ; à un moindre degré, si une culture commune et dynamique de travail circule entre les unités du secteur, mais c’est loin d’être le cas avec le brassage des équipes au fil des années et le retour à une verticalisation de la hiérarchie.



Bien entendu, des équipes soignantes n’ont pas pu, voire pas voulu, mettre en pratique la « politique » de secteur psychiatrique, et ont contribué ainsi à sa fin prématurée.

Mais les menaces les plus inquiétantes viennent des projets des pouvoirs publics, même si ceux-ci soutiennent officiellement que le secteur psychiatrique reste l’organisation de la psychiatrie publique. Ces dernières années, quelques réformes de l’hôpital, éventuellement acceptables s’il s’agissait de rationaliser sa gestion, ont en fait contribué à découpler organisation du secteur et particularités du travail de terrain, coupant l’hôpital en deux, l’un

virtuel, économique-administratif, bureaucratique, et l'autre concret, constitué des patients et des équipes soignantes. On peut ainsi évoquer la concentration de services en de plus grandes entités – les pôles, parfois constitués selon des appariements fantaisistes et sans logique fonctionnelle – ; la standardisation des pratiques pour ranger les divers services dans les mêmes cases gestionnaires – service des soins infirmiers, évaluation, accréditation, protocoles, unités fonctionnelles administratives/unités fonctionnelles médicales, y compris les projets d'unité fonctionnelle et de service, qui doivent être comparables, sur un même canevas, entre secteurs et parfois même entre services somatiques et psychiatriques – ; et la multiplication des tâches médico-administratives, voire uniquement bureaucratiques, chronophages et pire encore induisant des schèmes de pensée qui infiltrent progressivement le travail clinique, le polluent et le dénaturent. Ainsi, le secteur n'est pratiquement plus l'organisation de base de la psychiatrie publique, au gré de sa digestion dans les pôles là où l'équation « un secteur = un pôle » n'a pas été pratiquée, puis de l'extinction de la fonction de médecin chef de secteur – non renouvelée à l'échéance des cinq années de mandat –, là où le chef de pôle, parfois urgentiste, ou pharmacien, même par ailleurs méritant, ne sera pas nécessairement concerné par la psychiatrie. Que vont devenir les unités fonctionnelles, les équipes soignantes, noyées dans l'ensemble souvent plus vaste et parfois hétéroclite du pôle, plus centré sur les préoccupations hospitalières que sur les particularités de la population desservie ? Comment vont-elles s'articuler pour permettre un parcours de soin cohérent du patient entre ces unités, qui seront de plus en plus éloignées et d'une hiérarchie même soignante occupée à la gestion de l'hôpital et soumise à celle-ci, et de la recherche d'une culture commune psychiatrique du travail clinique et thérapeutique ?

Mais on peut s'attendre à ce que d'autres coups soient portés dans les mois à venir.

Un projet de loi de santé mentale, prévu lors de l'élaboration de la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire, pourrait être réveillé, suggestion du rapporteur de la révision de la loi de 90 à l'Assemblée nationale (cf. ci-après). Or, un rapport remis en janvier 2009 par monsieur Édouard Couty à la ministre de la Santé, contenait une proposition qui semblait plaire au ministère, et pourrait se traduire par la fin du secteur psychiatrique. Celle-ci préconisait que l'urgence psychiatrique et l'hospitalisation à temps complet des malades mentaux soient en charge du centre hospitalier général du territoire correspondant, tandis que les soins ambulatoires seraient confiés à un « Groupement Local de Coopération » (GLC). Ce GLC « doté de la personnalité juridique », regroupant « l'ensemble des opérateurs qui, à un

titre ou à un autre – soins, mais aussi prévention, accompagnement médico-social, opérateurs sociaux dans différents domaines (logement, emploi, réinsertion) – doivent intervenir dans la chaîne des prises en charge », aurait « la responsabilité de la mise en œuvre d'une politique locale de santé mentale, dans ses différents aspects : prévention, repérage et diagnostic précoce, soins psychiatriques et somatiques ambulatoires, réinsertion et suivi sanitaire et social, logement ou hébergement transitoire, et de réhabilitation psychosociale ». « Le GLC ne disposera pas de lits d'hospitalisation ; en cas de nécessité, il aura recours aux établissements en charge des soins de 2^e niveau et, en particulier, pour les urgences hospitalières et les soins en hospitalisation complète ». « Le découpage de l'aire d'intervention des GLC sera de la compétence de l'ARS ». Il sera dirigé par un directeur nommé par le directeur de l'ARS, et une convention sera passée entre l'hôpital gestionnaire du secteur, dont les personnels travaillant à l'ambulatorio seront versés au GLC, et l'hôpital du territoire, pour que les patients suivis par le GLC puissent être hospitalisés dans cet hôpital. Enfin, les moyens du GLC seraient en partie financés par les collectivités territoriales. Autrement dit, le secteur psychiatrique sera coupé en deux pôles distincts, puisqu'ils auront chacun une personne morale, un directeur, et passeront convention pour que les patients puissent circuler de l'un à l'autre. On peut lire là pourtant une faim de secteur, et une insatisfaction dans ses résultats ; mais ce n'est pas par ce forçage organique, institutionnel, que le secteur psychiatrique pourra se développer : il faut au contraire donner davantage de responsabilités et d'autonomie à l'équipe de secteur dont la taille resterait adaptée à sa fonction. Monsieur Couty, interrogé à ce sujet lors d'une réunion publique consacrée à l'avenir de la psychiatrie publique organisée par l'hôpital psychiatrique où je travaille, a assuré que telle n'était pas sa proposition, mais que sa rédaction pouvait donner lieu à cette lecture.

Enfin, un « projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et à leurs modalités de prise en charge » devrait être débattu prochainement par le Parlement, qui en son état actuel, simplifiant l'internement psychiatrique, compliquant la sortie des patients, et créant des soins sous contrainte en ambulatorio, présente, outre un aspect sécuritaire, le risque de désorganiser et de déstabiliser le secteur psychiatrique, le transformant en outil de contrôle psychosocial des troubles du comportement – voire des mœurs ; et des idées ? – qui constituent actuellement – j'allais dire curieusement – la structure de l'outil diagnostic international (DSM) et la matière d'un certain nombre de faits divers médiatisés et utilisés politiquement. ■

Un lieu bien pansant pour bien penser le prendre soin

SPratique médicale SConfort, bientraitance SPara-médicaux

■ **Sylvain Allemand**, journaliste

Entre le 11 et le 21 juin 2010 (soit dix jours !) s'est tenu au Centre culturel international de Cerisy un important colloque sur « Les savoirs, les pratiques et les nouvelles perspectives du prendre soin ». Des services d'aide à la personne au prendre soin de la nature en passant par les questions de genre, sans oublier naturellement les soins infirmiers, les différentes facettes du soin ont été abordées. Et ce, à travers des conférences d'intervenants issus d'horizons variés tant sur le plan disciplinaire (avec la participation de sociologues, d'anthropologues, de philosophes, de psys) que géographique (France, Québec, Suisse, Belgique...) ou du statut (des chercheurs, des praticiens, des élus...).

Les directrices du colloque reflétaient à elles seules cette volonté de croiser les regards et les approches : les Québécoises Véronique Chagnon et Clémence Dallaire, respectivement docteurs en sciences de l'administration et sciences infirmières ; Catherine Espinasse, psychosociologue ; enfin, Edith Heurgon qui, en dehors de la direction du Centre Culturel International de Cerisy, promeut depuis plusieurs années une « prospective du présent » : une démarche qui, à la différence de la prospective classique (fondée sur l'élaboration de scénarios censés éclairer la décision des gouvernants et chefs d'entreprise) s'emploie à co-construire un diagnostic partagé sur des enjeux de société, à partir d'un repérage de « signaux faibles » : des solutions innovantes en émergence sur un territoire, susceptibles, moyennant leur montée en généralité, de répondre à des défis contemporains.

Un fourmillement d'initiatives

Or s'il est un domaine fourmillant d'initiatives, c'est bien le soin, a fortiori si on l'envisage dans toutes ses manifestations : à l'égard des personnes, de la société, de la nature... Le colloque a ainsi été l'occasion de donner un large aperçu de ces initiatives comme, par exemple, « Le Rire médecin », une association créée en 1991, avec pour vocation d'améliorer, par l'intervention de clowns, les séjours des enfants en milieu hospitalier. Toujours passionnantes et stimulantes, les initiatives se révèlent souvent fragiles et peuvent se trouver être « empêchées » par les logiques propres aux institutions. L'exemple des Maisons ouvertes étaient là pour le rappeler : initiées par Gisèle Bessac, à Paris, elles proposaient un espace prototype pour matérialiser une nouvelle vision des maisons de retraite et, par-là même, une autre représentation de la vieillesse

et du vieillissement ainsi qu'une approche qui prenne mieux en compte le corps des personnes. Une grande attention était portée à l'architecture et à l'aménagement de l'espace comme expression de ces valeurs. Des formations avaient été conçues à partir de pédagogies en créativité consistant à transférer des méthodes utilisées dans les écoles d'art appliquées et de design sur le champ social. Malheureusement, l'initiative n'a pas pu être poursuivie faute d'une réelle implication des pouvoirs publics (à moins que ce ne soit en raison du parti pris de les impliquer en amont, à travers une expérimentation...).

En dehors des initiatives illustrant des manières originales de prendre soin, le colloque a été aussi l'occasion de rendre compte de nouvelles catégories ou méthodes d'observation de l'environnement quotidien, et notamment urbain, afin d'en identifier les sources de nuisances pour les citoyens. Significatives ont été à cet égard les interventions de Marion Tillous, géographe, de Sabine Chardonnet-Darmaillacq, architecte, et de Brice Dury, designer. Tandis que la première abordait les contraintes qui pèsent sur la mobilité des personnes âgées, la seconde montrait tout l'intérêt à appréhender l'individu dans toutes ses dimensions pour améliorer son bien-être dans l'espace des mobilités (concrètement, elle invite à envisager le citoyen autrement qu'en simple piéton et à prendre en considération... le fesse-ton, le main-ton et le percep-ton...). Quant à Brice Dury, il illustra les mille et une difficultés inhérentes à la mobilité dans les lieux de transports ou d'autres espaces publics.

Services à la personne : un bilan ambigu

Sur le plan des politiques publiques, le colloque a naturellement été aussi l'occasion de revenir sur les services d'aide à la personne à travers, notamment, l'analyse de l'économiste Patrick Haddad. Face aux besoins croissants des populations âgées, différentes approches se manifestent, les unes commerciales, les autres médicosociales ou néodomestiques (à travers la prise en charge par des proches). En termes d'emplois, le bilan reste plus que mitigé : en France, 150 000 emplois ont été créés à ce jour, un nombre non négligeable, mais tout de même loin des 500 000 prévus par le gouvernement. D'autant qu'un faible pourcentage correspond à des emplois à taux plein. Au-delà de cette évaluation quantitative subsiste le risque d'une standardisation et, pour tout dire, industria-

lisation des services à la personne. Des services pourtant essentiels sont encore peu développés, à commencer par ceux touchant à la mobilité.

Des relations de soin ambivalentes

A trop embrasser, le risque aurait été pour le colloque de faire du prendre soin une notion valise. La démultiplication des analyses et témoignages a en réalité eu plusieurs mérites. D'abord, celui de faire ressortir l'ambiguïté de la relation de soin. Loin de n'en être que le simple envers, la maltraitance pourrait en être une autre manifestation... C'est ce que suggère le bilan dressé par le docteur Lucien Sokolowski en rappelant combien la violence peut aussi se manifester dans l'acte de soin lui-même, par l'instauration d'une relation dissymétrique avec le patient ou plus généralement la personne à laquelle on manifeste de l'attention. Même bien intentionné, l'acte de prendre soin peut gêner le destinataire faute d'une réelle prise en compte de ses attentes.

Cette ambiguïté du prendre soin a été évoquée à propos d'un tout autre contexte : l'action des visiteurs de prison. D'aucuns se sont interrogés sur le caractère a priori asymétrique de la relation établie entre le visiteur et la personne incarcérée et, au-delà, le risque de cautionner un système carcéral défaillant. Témoignant de sa propre expérience, Pascal Croset (par ailleurs consultant) a néanmoins tenu à insister sur l'importance à considérer la personne incarcérée pour ce qu'elle est d'abord : un citoyen.

La démultiplication des points de vue a permis aussi de mieux faire apparaître les différences de vision et de conception, et de questionner la pertinence d'une approche qui semble susciter un intérêt croissant jusqu'en France malgré son anglicisme : le care, qui entretient à l'évidence des relations plus qu'ambiguës avec la tradition caritative.

Sciences des infirmières versus savoirs profanes et vernaculaires ?

Naturellement, les savoirs infirmiers et médicaux ont tout particulièrement retenu l'attention. Très rapidement, une ligne de clivage est apparue entre les promoteurs d'une science des infirmières et ceux plus sceptiques quant à l'intérêt de telles sciences. Schématiquement, les premiers étaient les représentants du Québec et de Suisse où de telles sciences sont reconnues de longue date, tant et si bien que la France a pu paraître « en retard ». A travers la reconnaissance de telles sciences, l'enjeu est de conforter la place des infirmières dans les processus de décision, voire d'élaboration des politiques publiques les concernant.

A cette fin, Clémence Dallaire recommande une implication des infirmières dans l'ensemble des sphères politiques : celle du politique, de la politique et des politiques publiques. Le risque n'est-il pas cependant d'en venir à utiliser les mêmes armes que ceux dont on conteste l'omnipouvoir ?

Sans attendre l'issue de cette lutte, force est de constater un risque d'assèchement du vivier d'infirmières : de fait, les pays les plus en avance dans la promotion de sciences infirmières sont, tout comme la France, confrontés à des problèmes de recrutement, la filière universitaire tendant à détourner les candidats de la pratique. A trop verser dans la théorisation, les sciences infirmières ne risquent-elles pas en outre de se couper de pratiques et d'autres formes de savoir ? Telle est l'autre objection apparue dans les débats.

« Au sein de l'hôpital, c'est la relation de proximité entretenue par les infirmières avec le patient qui se révèle insuffisamment valorisée. »

Le prendre soin mobilise de fait toutes sortes de compétences, dont certaines sont non formalisables : elles ne prennent sens qu'« in situ », « dans un contexte donné »... des expressions revenues à satiété au cours des débats. Dans sa contribution, Nicolas Vornax souligne combien l'approche de la médecine occidentale du corps est en inadéquation avec le rapport concret du patient au monde. On ne parle au patient qu'à travers son numéro de chambre ou son organe malade. Selon lui, l'ouverture des soins au rapport au monde permettrait de renouer avec la création de soi dans l'épreuve de la maladie.

Gageons que l'introduction des sciences sociales et humaines, dans le cursus médical, favorisera une telle évolution.

D'autres contributions ont été l'occasion de réhabiliter les savoirs vernaculaires. Le sociologue Marc Hatzfeld, par exemple, montre comment dans des banlieues, des patients d'origine immigrée viennent à solliciter des savoirs traditionnels de leurs pays d'origine.

Au sein de l'hôpital, c'est la relation de proximité entretenue par les infirmières avec le patient qui se révèle insuffisamment valorisée. Plus l'infirmière est proche du patient, plus elle apprend, mais moins elle est reconnue, constate Anne Perraut Soliveres. C'est encore plus vrai pour les infirmières de nuit que leurs collègues du jour. Les premières en particulier peinent à faire admettre aux secondes le droit au sommeil du patient.

Pour une université populaire du soin

Les habitués des colloques cerisyens (qui se déroulent toujours sur plusieurs jours) savent qu'un conflit risque toujours de survenir (généralement au 3^e ou 4^e jour...) et que d'ailleurs son éclatement conditionne la réussite du colloque. Celui dédié au prendre soin n'a pas fait exception et il était amu-

.../...

.../... sant de voir comment les participants en guettaient l'arrivée comme d'autres l'orage. Pourtant, si la ligne de clivage a bel et bien été identifiée et débattue, elle n'a pas débouché sur un conflit ouvert. Le travail de synthèse effectué par Josée Landrieu a permis de mesurer tout le chemin parcouru par les participants pour tendre, fût-ce à leur insu, à un dépassement des divergences, sinon à ouvrir des perspectives nouvelles. Parmi elles : la création d'un lieu propice à l'échange entre chercheurs et praticiens. Ce qu'Edith Heurgon caractérisait en termes d'« université populaire du soin » qui impliquerait les acteurs concernés, placés au cœur des tensions. Comme n'importe quelle université populaire (thème d'un précédent colloque cerisyen), celle-ci serait ouverte aux chercheurs comme aux praticiens.

Ainsi se trouverait dépassée l'opposition entre deux formes de savoir, au profit d'une valorisation du continuum qu'il forme en définitive. Comment pourrait-il en être autrement ? Comme le résumait Josée Landrieu, prendre soin suppose d'avoir fait « un vagabondage à travers les savoirs et pratiques entre rationalité scientifique et rationalité intuitive, des compétences fondées à travers des expériences de vie. »

Cette université ne serait-elle qu'une utopie de plus ? Peut-être. Mais durant la décennie, Cerisy semble en avoir donné une préfiguration plus que convaincante. Il suffit de voir le besoin des participants, tous milieux confondus, de poursuivre le dialogue au-delà du temps du colloque, pour s'en convaincre.

Cerisy, une préfiguration du lieu bien-pensant ?

Comment une telle issue a-t-elle été possible ? C'est la question à laquelle on souhaite répondre ici en émettant l'hypothèse de l'existence de lieux bien pensants (avec un a) que le Centre culturel international de Cerisy incarne à sa façon.

À l'attention de tous ceux qui n'ont pas eu l'occasion de s'y rendre encore, précisons que ce centre est abrité dans un château du XVII^e et ses dépendances, situés en plein cœur du Cotentin. Près de trois heures sont nécessaires pour le rallier depuis Paris, soit en voiture soit en train. De prime abord, il paraît coupé du monde. En réalité, c'est un lieu en permanence connecté via Internet ou les allées et venues de participants (pourtant censés assister à l'intégralité du colloque...).

Au-delà du cadre, c'est aussi et peut-être d'abord un ensemble de rites : le verre de Calva partagé le soir de l'arrivée, les cloches qui scandent le début des repas pris dans le réfectoire, sinon le hall en cas de grande influence, les remerciements adressés par les directeurs de colloque à la chef, le jour de l'omelette norvégienne !

Un lieu bien pensant serait donc d'abord ceci : un lieu où on prend le temps d'échanger et, si on nous autorise ce jeu de mot, de se remplir (raisonnablement) la panse. Dis-moi comment tu manges, et je te dirai qui tu es... Ce vieil adage dû à Brillat-Savarin prend tout son sens dans le cadre cerisyen !

Naturellement, cela ne saurait suffire. Et les murs de la bibliothèque résonnent encore de disputes mémorables, pas toujours cicatrisées.

Un lieu bien-pensant est donc un lieu où on n'hésite pas à aborder les questions qui fâchent, les conflits potentiels, mais avec le souci permanent de l'écoute de l'autre, de ses arguments, du contexte dont il parle, de sa trajectoire. Un lieu où on ne se quite pas sans avoir pris la peine de « panser » les éventuelles plaies nées des conflits et désaccords. C'est dire s'il exige un sens de l'écoute et donc du temps ainsi qu'un cadre propice aux échanges informels. Ce qu'offre précisément Cerisy, ses rythmes et son environnement ¹.

Certes, les contraintes qui pèsent sur les agendas rendent plus que difficile la possibilité d'assister plusieurs jours durant à un colloque. Parmi les participants, seuls quelques-uns ont pu d'ailleurs assister à l'intégralité des conférences, mais au moins la plupart sont-ils restés plusieurs jours.

Sans doute la problématique du colloque se prêtait-elle a priori à une bonne prédisposition des participants. De même que la culture de la négociation qui semble caractériser les Québécois. Il n'en reste pas moins que ce colloque a fait sentir le besoin de lieux particuliers pour aborder des enjeux de société.

Dans son intervention consacrée à la question de savoir si prendre soin de la nature avait un sens, Aliénor Bertrand, philosophe, manifestait ses doutes, à la lumière de l'ouvrage de l'anthropologue Philippe Descola, *Au-delà de la culture et de la nature*². À cette occasion, elle rappelait cependant combien la réalité est faite d'hétérogénéité et donc de conflits potentiels, qu'on aurait tort de vouloir escamoter. Un lieu bien-pensant prendrait donc acte de cette réalité sans perdre de vue le souci de créer les conditions d'émergence d'un diagnostic partagé, à même de déboucher sur un futur souhaitable (pour reprendre la terminologie de la prospective du présent). Une utopie ? ■

1. On renvoie à ce propos le lecteur à l'analyse de la communication interpersonnelle proposée par l'anthropologue Yves Winkin directement inspirée de ses observations faites lors d'un colloque de Cerisy, in *S.I.E.C.L.E., Colloque de Cerisy, 100 ans de rencontres intellectuelles de Pontigny à Cerisy*, coll. « Inventaires », Imec, 2005.

2. Gallimard, coll. « Bibliothèques des sciences humaines », 2005.

Alertez les bébés !

§Pratique médicale §Corruption, lobbying

Alain Quesney, pédiatre

Visite du premier mois. Premiers échanges chaleureux, premières chaleurs du printemps. Rituel à la fois technique et rassurant. Cette première fois, ne pas le déshabiller entièrement Pour préserver le calme du bébé et... celui de l'auscultation. Le médecin pourtant « senior blanchi sous le har-nois » n'en croit pas ses yeux : sur le body, un message imprimé qui n'est pas « J'adore les câlins » mais, écrit sur le torse : « Je dors sur le dos ». Plus bas, dans la région ombilicale, un nounours. Plus bas, en fosse iliaque gauche, en caractères plus petits, mais lisibles (sauf pour parents amblyopes), les logos de deux institutions : la Caisse d'Épargne de Normandie qui finance Le Centre de Référence de la Mort Inopinée (sic) du Nourrisson de Basse Normandie, garantie de sérieux scientifique. La mère voit que le pédiatre interrompt son examen, elle s'étonne de cet arrêt sur image et s'excuse : « Tous les autres bodies étaient sales ».

Vignette d'apparence anodine, mais les détails ont de l'importance. C'est à la maternité du CHU que le body a été glissé sous blister plastique, sans parole d'explication... Dans le protège carnet de santé remis aux parents à leur sortie. Comme il faudrait de temps et de personnel formé dans ces grandes institutions gagnées à la rentabilité ! Donne-t-on également les coordonnées du revendeur de baby phones et d'oreillers anti-étouffement ? Non, mais si le document du Centre de Référence est correct, que dire du texte de la Caisse d'Épargne ? L'écureuil nouvel « objet transitionnel » a inventé le Crédit Cigogne (« petit taux qui vous apporte de grandes joies »), le livret A Kipouss avec en prime un CD de contes et comptines et la possibilité de parrainer... un arbre.

Quelle est la signification de ce cadeau particulier ? Ambivalente : relisons les mythes grecs, l'épisode de la tunique de Nessos. Hercule, qui ne soupçonnait rien du dessein de sa femme, reçut avec joie ce fatal présent ; mais il n'en fut pas plutôt revêtu, que le venin dont la tunique était infectée fit sentir son funeste effet. Il se glissa dans les veines, et bientôt pénétra jusqu'à la moelle des os. En vain le héros essaya de se débarrasser de cette tunique ; elle s'était collée sur sa peau. À mesure qu'il la déchirait, il se déchirait aussi la peau et la chair. Dans cet état, il pousse des cris effroyables, et fait les plus terribles imprécations contre sa perfide épouse...

Quoi ! Les conseils inscrits dans le carnet de santé ne suffisent plus ? Les parents ne savent plus chanter de berceuses, ne lisent plus rien, ne ressentent plus rien ? Les grands-mères ne tricotent plus de layette ? A-t-on besoin d'alerter directement les bébés qui deviennent porteurs (au sens premier du terme) d'un risque dûment affiché sur leur torse ? Bien sûr, tout pédiatre est du côté de la vie. Il trouve que trois cents morts par an c'est beaucoup trop. Merci au Pr. Senecal de Rennes qui, le premier en France, fit entendre de ses observations la juste cadence... (ce qui a conduit à la recommandation du couchage sur le dos avec les conséquences heureuses que l'on connaît). Mais le lobbying justifie-t-il le mélange des genres ? Le nouveau né-sandwich vient d'arriver. Les sponsors deviennent mécènes. Se résignera-t-on à découvrir bientôt les tee-shirts Mac Do pour les enfants obèses, les Veolia pour les asthmatiques et la gamme Sanofi-Aventis pour les encoprétiques ? Rien ne nous sera épargné !! « Bébé dort, penchons-nous sur son avenir » dit l'écureuil de la Caisse d'Épargne... Mauvaise fée penchée sur les berceaux !...

Quand tout est objet de soins, de science, de consommation, objectif financier, objet cadeau, que reste-il de la liberté ? United Colors de Benetton avait ouvert la voie avec plus d'obscénité, avec son nouveau-né nu exposé sur l'affichage municipal. Ici le message est plus soft : ne pensez pas, nous pensons à tout, nous pensons pour vous, il nous est agréable de vous faire plaisir et de vous informer : vivre est trop dangereux pour ne pas vous laisser guider. Christian Bobin écrit : « Notre époque est particulièrement brillante pour ce qui est du cynisme. Le cynisme, c'est vouloir être plus intelligent que sa propre vie, c'est-à-dire ne pas croire en profondeur en ce que l'on fait. » Nous sommes d'accord vous et moi pour penser que ce body est moche et stupide, mais quelle importance ? Le message doit être martelé, la fin justifie les moyens.

Si l'on veut parler de la mort subite du nourrisson, il suffit peut-être plus simplement d'écouter les parents qui, en fin de consultation (surtout du premier mois), vous glissent : « Docteur, vous ne trouvez pas qu'il respire bizarrement ? » On peut alors rappeler les conseils de bon sens, décrire les signes cliniques importants, mais aussi laisser se dérouler l'angoisse des parents et la contenir... peut-être ? ■

Humiliation de santé publique

SSanté publique SAalimentation, troubles de l'alimentation, obésité

Jean-Pierre Lellouche, pédiatre

Dans son éditorial intitulé « *Type 2 diabetes – time to change our approach* », la revue *The Lancet* (26 juin 2010) emploie une expression inhabituelle : « humiliation de santé publique ».

L'éditorialiste écrit « Le fait que le diabète de type 2, qui est une maladie largement évitable, ait atteint des proportions épidémiques est une humiliation de santé publique (*a public health humiliation*). » Le diabète de type 2 pourrait être évité par une alimentation saine et une activité physique suffisante à condition de commencer dès l'enfance.

Ces trois facteurs : alimentation, activité et dès l'enfance sont les trois piliers de la campagne *Let's Move* parrainée par l'épouse du président des Etats-Unis, Michelle Obama. Le 15 juin 2010, le département américain de l'agriculture a publié un guide d'alimentation ayant pour but d'amener la population vers une alimentation davantage basée sur les plantes (*more plant based foods*). Et l'éditorial fait observer que « le même jour à Bruxelles (et avec une très forte activité de lobbying des multinationales de l'agroalimentaire), le Parlement européen a rejeté une proposition visant à guider les consommateurs par un étiquetage comportant une signalisation analogue à la signalisation routière. » (« *The European Parliament rejected plans to aid consumers by labelling food with a health traffic light system* ».)

Il y a dans le monde 285 millions de diabétiques, dont plus de 200 millions vivent dans les pays à revenus bas ou moyen. Ce chiffre a plus que doublé depuis 2000. Aux Etats-Unis, un enfant sur trois de plus de 2 ans a un surpoids et un adolescent sur six est obèse.

Dans ce même numéro, un article « *social determinants of diabetes and challenges of prevention* » insiste sur les aspects sociaux et économiques du diabète. Le diabète est plus fréquent chez les pauvres qui s'alimentent mal ; il touche principalement les classes d'âge qui travaillent (68 % des cas survenant entre 20 et 59 ans).

Le diabète multiplie par trois le risque de tuberculose et en Inde, un cas sur cinq de tuberculose est attribuable au diabète.

Dans le *New England Journal of medicine* du 1^{er} juillet 2010, un article « *Hunger and socioeconomic disparities in chronic disease* » apporte un complément très utile. L'insécurité alimentaire, c'est-à-dire l'incapacité à acheter de quoi se nourrir correctement, concerne 14,6 % des foyers et s'élève à 21 % pour les foyers dans lesquels vivent des enfants.

Les auteurs rappellent ce que nous savons tous et que nous devrions considérer comme inadmissible.

Lorsqu'on n'a pas assez d'argent, on achète ce qui est le moins cher, c'est-à-dire que l'on réduit la variété de ce que l'on consomme, on se concentre sur quelques aliments riches en énergie et peu coûteux qui sont malheureusement des aliments médiocres. Ce sont habituellement des sucres raffinés et des aliments avec des sucres ajoutés, des graisses et du sel. A apport égal de calories, ces aliments coûtent moins cher que des produits riches sur le plan nutritionnel, tels que fruits légumes et produits laitiers. Et l'article donne un exemple « Avec un dollar, vous pouvez acheter 1 200 calories de cookies ou de chips ou 250 calories de carottes. »



Les auteurs disent que l'insécurité alimentaire a des conséquences visibles, notamment en ce qui concerne la fréquence du diabète : parmi les adultes de 50 à 64 ans, en Californie, la fréquence du diabète est de 8 % chez les blancs, 16 % chez les noirs et 22 % chez les hispaniques.

Les auteurs insistent aussi sur un autre aspect : lorsqu'on dispose de peu d'argent, on mange mal et on augmente la probabilité d'être malade. Or lorsqu'on est malade, on doit faire face à des dépenses de médicaments et de soins ; celui qui était pauvre et qui mangeait mal devient encore plus pauvre et a encore moins d'argent à consacrer à l'alimentation.

En conclusion, peut-on parler d'humiliation de santé publique ? Et les trusts de l'agroalimentaire en sont-ils responsables ? Oui, sans aucun doute à la première question, le diabète a fait plus que doubler de fréquence en dix ans. Or il existe des

moyens simples d'en diminuer notablement la fréquence. Le résultat en termes de santé publique est très décevant et c'est humiliant pour les responsables de la santé publique auxquels on serait tenté de dire en paraphrasant le « *Let's move* » de Michelle Obama : « Bougez-vous ».

Les trusts en sont-ils responsables ? L'éditorial du *Lancet* nous dit qu'ils ont fait une intense campagne de lobbying au Parlement européen et Julie Majerczak, dans *Libération* du 16 juin 2010, écrit à propos de la mise en place obligatoire de l'étiquetage nutritionnel. « Mais cette réforme fait trembler l'industrie alimentaire. Selon le *Corporate Europe Observatory*, ONG spécialisée dans la traque

des lobbys, la confédération des industries agroalimentaires de l'UE (CIAA) aurait dépensé un milliard d'euros pour contrer l'initiative. Déjeuners avec les parlementaires, campagnes d'information, notamment dans les bâtiments du Parlement, mailing... « Sur ce dossier, le lobbying de l'industrie a atteint des sommets », confirme l'eurodéputé Kartika Liotard qui suit le sujet chez les socialistes.

Si, donc, les industries agroalimentaires ont dépensé un milliard d'euros en lobbying, on peut dire qu'il n'est peut-être pas exclu qu'elles portent une part de responsabilité dans cette « humiliation de santé publique ». —

billet d'humeur

Vaccination H1N1

SGouvernement, politique, démocratie, Etat SVaccin SMédecin généraliste, médecine générale

IBertrand Riff, médecin généraliste

Si la médecine générale est en pleine forme en ce moment, il n'en est pas de même des médecins généralistes.

Un confrère, éminent syndicaliste, affirmait dans un article paru récemment que si la vaccination contre la grippe épidémique H1N1 de 2009 avait été confiée aux médecins généralistes, cela aurait été un succès car toute la France aurait été vaccinée.

Mes amis syndicalistes et généralistes se retrouveraient-ils à l'identique de la ministre et des experts, incapables de réfléchir et entravés par des conflits d'intérêt ?

Au début de l'épidémie européenne, comme j'étais sollicité pour une émission de télé (F3) sur le sujet, je suis allé voir du côté des généralistes anglais, néerlandais et danois (qui me semblent fiables sur les questions de santé publique), afin de savoir ce qu'ils en pensaient.

Ils recommandaient une vaccination des seules personnes vulnérables (les prématurés, les personnes âgées et les immunodéprimés), soit 10 % à 20 % de la population. Le calcul est simple : six à douze millions de doses étaient nécessaires pour couvrir les besoins du territoire français. Il leur semblait également évident, au vu de l'épidémie dans l'hémisphère Sud, que le virus ferait peu de morts, et toucherait peut-être un peu plus de monde que les autres années. L'histoire leur a donné raison.

Alors ? Quelle était l'angoisse véritable de nos dirigeants et du Capital ? Probablement une grippe économique qu'il fallait enrayer par une vaccination massive... à but tout aussi économique.

Mais il eut été bien délicat d'exprimer une raison aussi mercantile ; aussi nous ont-ils chanté un couplet dramatique et trouvé des dealers d'opinion pour asséner une raison imparable : la sacro-sainte santé publique.

Ainsi si nous, médecins généralistes, avions eu le pouvoir de le faire, nous aurions vacciné soixante millions de personnes dont cinquante-quatre millions pour rien ! Mais nous aurions participé à la bonne santé du système économique. De plus, nous aurions gagné vingt-deux euros fois soixante millions (tant pis pour le conflit d'intérêt).

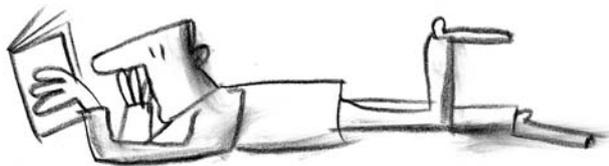
Mais il est malhonnête, dit ce syndicaliste, de penser qu'à l'image des experts, nous aurions vacciné inutilement tous ces gens pour de l'argent.

Nous les aurions vaccinés pour quoi alors ? Pour prouver au capital qu'il pouvait compter sur nous ? Nous sommes les plus gros prescripteurs d'Europe ! Nous n'avons donc plus rien à prouver de ce côté-là.

Pour prouver à la pensée réductrice et donc totalitaire du ministère de la Santé, que nous étions de fidèles et zélés manœuvres ? Qu'il pouvait compter sur nous pour mettre en œuvre des directives stupides, voire délétères pour nos patients ? On a déjà donné dans ce registre !

Pour démontrer la supériorité du système libéral dans sa capacité à relayer des conneries et dans son incapacité à critiquer les choix mercantiles d'un gouvernement de droite ?

Probablement un peu de tout cela ! —



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

— Alain Supiot, *L'esprit de Philadelphie, la justice sociale face au marché total*, Seuil, janvier 2010

Le 10 mai 1944 la « Déclaration concernant les buts et les objectifs de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) » était signée à Philadelphie. Lui succédèrent les accords de Bretton-Woods, la création de l'ONU, puis, en 1948, la Déclaration universelle des Droits de l'Homme. Ce texte affirmait quatre principes : « le travail n'est pas une marchandise », « la liberté d'expression et d'association est une condition indispensable d'un progrès soutenu », « la pauvreté, où qu'elle existe, constitue un danger pour la prospérité de tous », « la lutte contre le besoin doit être menée (...) par un effort international continu et concerté dans lequel les représentants des travailleurs et des employeurs (...) participent à de libres discussions et à des décisions de caractère démocratiques en vue de promouvoir le bien commun ».

Plus de soixante-cinq ans après, Alain Supiot se demande comment, à ces principes qui « subordonnaient l'organisation économique au principe de justice sociale », a été substitué une « doctrine (qui) postule que l'insécurité économique des travailleurs et leur exposition au risque sont les moteurs de leur productivité et de leur créativité... (et qui) fait en revanche de la sécurité financière un impératif catégorique dont le respect doit être imposé aux Etats par des institutions échappant à tout contrôle démocratique ». Il se pose également la question du retour nécessaire à ces principes car « la société n'est pas, et ne peut être, cette poussière de particules contractantes à quoi voudraient la réduire les intégristes du Marché ». Alain Supiot, en spécialiste du droit social, mène cette réflexion en proposant des outils juridiques fondés sur les notions de « capacité » et de « responsabilité ».

Pour Alain Supiot, une des causes de cette évolution est la résurgence du « scientisme » qu'il définit comme une idéologie « qui prétend fonder le gouvernement des hommes sur des lois immanentes censées régir la nature ou la société ». Pour lui, avant guerre, le nazisme et le communisme ont été deux incarnations de ce « scientisme ». Si on peut le suivre dans sa dénonciation de ces deux régimes politiques, on regrette qu'il oublie trop que ces deux idéologies sont nées de la guerre de 14, née elle-même en plein cœur de la société bourgeoise. Certes, il le sait. Il écrit même (page 62) « La première guerre mondiale a été un moment fondateur de cette transformation des hommes en combustible alimentant le fonctionnement monotone d'une machine de guerre ». Mais il n'y revient pas, et ne relie pas assez, me semble-t-il, le tra-

matisme que fut la première guerre mondiale aux systèmes politiques qui lui ont succédé.

Le « scientisme » aujourd'hui a pris des couleurs nouvelles. Ce sont celles de l'ultralibéralisme. Il poursuit « le rêve ancien de pouvoir gouverner les hommes comme on gère les choses ». « Nous vivons (alors) le rêve éveillé d'une gouvernance par les nombres, qui nous dispenserait de la compréhension et de la confrontation des expériences, nous épargnerait ainsi de la peine de juger et donc de penser ».

Ici « l'accroissement de la production et du commerce est une fin en soi, et cette fin ne peut être atteinte que par une mise en concurrence généralisée de tous les hommes dans tous les pays ». « Les être humains ont disparu de la liste des objectifs assignés à l'économie et au commerce, et avec eux toute référence à leur liberté, à leur dignité, à leur sécurité économique et à leur vie spirituelle ».

Au contraire « pour retrouver ce sens de la mesure, il faut replacer le sort des hommes au cœur du système d'évaluation de la performance économique ». « L'objectif de justice sociale doit retrouver sa place d'unité de mesure, d'appréciation des politiques économiques et financières ».

Alain Supiot fait une large part dans sa réflexion au rôle qu'ont joué dans cette transformation négative les évolutions de la construction européenne. Et le rôle que pourrait jouer une Europe repensée dans la reconstruction d'un « modèle social international d'égalisation dans le progrès des conditions de vie et de travail ».

Dans cette évolution négative de l'Europe, Alain Supiot voudrait donner un rôle central aux « élites » des anciens pays communistes puisque, pour lui, « la catéchèse marxiste se prête beaucoup mieux à l'exercice de la dictature des marchés que la notion d'Etat de droit ». Certes, l'exemple de l'évolution chinoise pourrait aller dans son sens. Reste que cette analyse me paraît un peu rapide.

Il fait aussi une large place à l'analyse de ce qu'il nomme la « Démocratie limitée ». A savoir « l'habitude (qui) se prend de considérer que les résultats d'un scrutin ne s'imposent que s'ils répondent aux vœux des dirigeants qui l'organisent ».

On l'a compris, le livre d'Alain Supiot vise large. Mais pour *Pratiques*, on ne peut passer sous silence les quelques pages qu'il consacre à l'Assurance maladie : « Il est sûr

que les réponses à ces difficultés (de l'Assurance maladie) ne pourront être trouvées sans repenser les relations entre les professions de santé et l'Assurance maladie. Cette dernière intervient aujourd'hui comme « tiers » payant de dépenses sur lesquelles elle n'a aucune prise, si ce n'est d'en reporter tout ou partie sur les malades. La tentative de contractualisation de ses relations avec les syndicats de médecins est un échec patent, ces derniers refusant toute remise en cause du paiement à l'acte ou de leur liberté d'installation. Ils craignent, non sans quelque raison, de devenir prisonniers d'une vaste machine bureaucratique animée par la seule « logique comptable ». Le résultat de ce blocage est, en dépit de l'emballage des dépenses, l'installation à bas bruit d'une médecine à deux vitesses, l'apparition de déserts médicaux, le déclin de la médecine générale, l'essor des dépassements d'honoraires et des dessous-de-table. Vaste et impersonnelle, la solidarité nationale est certainement le système de *financement* de l'Assurance maladie le plus puissant, le plus juste et le plus efficace. En revanche, malgré les espoirs mis à la Libération dans leur gestion démocratique, les institutions fondées sur la solidarité nationale se sont révélées incapables de gérer de manière avisée les *dépenses* de l'Assurance maladie. Une telle gestion suppose de créer un lien de confiance avec les médecins et les malades, qui est hors de portée d'un système par nature centralisé et anonyme. Ce lien ne peut être créé que dans des cercles de solidarité plus étroits et personnalisés. Dans la tradition française, ce sont les mutuelles qui devraient jouer ce rôle. Leur ancrage est assez puissant pour qu'elles soient parvenues à résister à leur démantèlement par la Commission européenne (qui s'est employée à les faire disparaître sur l'autel d'une pensée binaire, selon laquelle entre l'Etat et le marché, il n'y aurait place pour rien). Mais elles ne jouent actuellement dans la gestion de l'Assurance maladie qu'un rôle de supplétifs sans pouvoir décisionnel. Le gouvernement se défait sur elles des dépenses dont il

souhaite décharger la Sécurité sociale, mais sans leur conférer en contrepartie voix au chapitre sur la manière de dépenser. C'est pourtant ce qu'il conviendrait de faire, car les mutuelles qui reposent sur des solidarités de proximité, sont les seules institutions susceptibles de tisser de vrais liens conventionnels avec les professions de santé. Et l'établissement de tels liens est indispensable si l'on veut « développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ». Installer ainsi les mutuelles à l'interface de l'Assurance maladie et des professions de santé permettrait de mettre fin à certaines absurdités du système actuel, et notamment au paiement à l'acte, qui incite à la multiplication des actes, qui pénalise les médecins qui prennent encore le temps de parler à leurs malades et récompense en revanche ceux qui remplacent ce dialogue par l'inflation des prescriptions techniques. Les mutuelles seraient mieux à même de tirer toute les conséquences des transformations sociologiques profondes du corps médical et de promouvoir des modes de rémunération des professionnels qui favorisent le juste soin, la médecine générale, le dialogue médical (dont la dégradation se paie par la montée du contentieux) ou le repeuplement des déserts médicaux. Donner un rôle effectif à des institutions fondées sur des solidarités de proximité n'affaiblirait pas, mais bien au contraire conforterait la solidarité nationale sur laquelle doit continuer de reposer l'Assurance maladie. Et cela donnerait une chance à une médecine plus économe de demeurer attentive à tous les ressorts de la souffrance humaine au lieu de se muer peu à peu en une forme particulièrement ruineuse de plomberie zinguerie ».

Ce passage est à l'image du livre. On n'est pas obligé d'être d'accord avec tout, mais ça reste très intéressant, et stimulant. —

Pierre Volovitch

— Ly-Thanh-Hue, *Le Réveil*, Editions Laïus, juillet 2010

Ce livre, fruit d'une recherche de plusieurs années sur le réveil, est écrit dans une langue qui allie poésie et psychanalyse. Hue Ly-Thanh nous fait cheminer sur le sens de ce passage du sommeil à l'état de veille ; d'abord par sa recherche étymologique et historique, puis en étudiant les littératures et les mystiques et enfin en nous faisant partager son analyse de quelques situations cliniques.

Qu'est-ce donc que le réveil ? Bien connu comme l'évidence du matin qui accompagne le regard qui s'ouvre sur le monde et sa lumière après une nuit de sommeil, il est aussi, au figuré, le retour à la réalité, une sortie des rêves et des illusions. Le réveil avec l'inconscient, passage entre deux, découvrirait-il une forme d'indétermination, un être en chemin ?

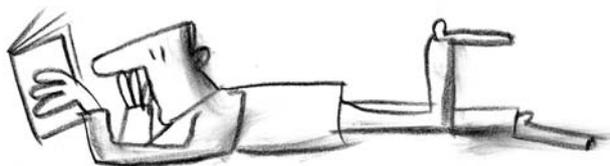
Est-il nécessaire de se réveiller ? En voulant continuer à

rêver envers et contre tout, est-ce mourir sans avoir véritablement vécu le cœur de ce qu'il y a à vivre ? Est-ce passer tout simplement à côté de sa vie ?

Dans son travail d'accompagnement des malades chroniques, le réveil apparaît comme l'expérience intérieure qui peut les ouvrir à une plus grande clarté. Le réveil serait-il cet espoir fragile de la parole face à la finitude du vivant ? Quand l'expérience se déroule à la frontière entre psyché et soma, la clinique fait saisir quelque chose de bien singulier dans le réveil, comme une rupture avec ce qui est habituellement connu du Sujet.

A une époque où la psychanalyse est décriée, cet écrit nous fait renouer par sa fraîcheur et son originalité avec la découverte de l'inconscient comme une expérience libératrice et vivante. —

Sylvie Cognard



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

— **Brigitte Giraud, *Le désespoir amoureux de la vie – L'anorexie, un mystère galvaudé***, Editions Le bord de l'eau, avril 2009

Dans ce beau livre qui n'est ni un témoignage, ni une discussion savante sur le sujet, mais une exploration des profondeurs, Brigitte Giraud nous parle de l'anorexique. Elle nous dévoile les pensées intimes, les égarements et les espoirs de femmes et de jeunes filles atteintes de la terrible maladie. Et contre toute attente, l'auteur nous prend par la main et guide notre pensée. Elle nous fait pénétrer dans les entrelacs de l'intimité partagée avec ces femmes hospitalisées et prises en charge dans le service du Pr. Claire Series à Bordeaux. Non pas pour étaler platement des anecdotes, mais pour en extraire le sens, le suc de cette terrible maladie qui devient mode d'exister pour éviter le pire, pour ne pas se dissoudre. Tout se passe comme si elle nous parlait à voix basse chuchotée, nous transmettant avec beaucoup de délicatesse les confidences consenties sur un banc d'hôpital, nous les restituant sous la forme d'une réflexion souvent nourrie de métaphores. Penser toujours plus loin suppose de se jeter dans l'arène sans filet, en imaginant ce qui manque, le tissant par la grâce de sa propre vision ou à partir des points de rencontre de paroles rassemblées. Nous nous approprions ainsi à notre tour cette expérience existentielle de l'anorexique, projetés alors à des années lumières d'un discours réducteur et stigmatisant sur l'anorexie-perversion. Se dresse alors devant nous une souffrance, mais aussi une dignité insoupçonnée, une véritable tentative de vivre et d'aimer désespérément que Brigitte Giraud présente comme une parade à une violence subie il y a longtemps.

Nous partons ainsi en voyage poétique, langage familier à l'auteur, qui nous promet révélations sur révélations. Les médecins ne sont pas habitués à prendre de tels détours pour connaître le malade et sa maladie. Il semble que dans la situation de l'anorexie plus que dans toute autre, le mystère épais qui l'englué, la paucité des connaissances médicales, les discours inappropriés et dévalorisants sur les patientes compromettent lourde-

ment notre souhait d'atteindre un jour l'île de toutes les clartés. Lire ce livre nous délivre enfin de cette opacité obligatoire. Une action qui nous amène à un regard plus juste, plus humain à la rencontre des patientes, les indigènes de l'île. Un phare nous est donné avec générosité, et nous, aveugles en mal d'action, nous comprenons soudain la nécessité du symptôme à un moment donné dans l'économie psychique. Car une fois le coup reçu, il faut tenir avec l'anorexie, mais ne pas disparaître. Pourvu que celle-ci n'en meure pas, pensons-nous à juste titre tout en nous évertuant dans d'autres lieux, pour elle, à décrypter les dysfonctionnements du corps. Et Brigitte Giraud de commencer son cheminement par : « Dans une histoire humaine le corps, dans son entier résiste parfois à la vitesse du temps. » Puis elle explique sa démarche : « Oui je veux, humble parmi les humbles, me tenir, à la fois à côté de celles qui souffrent de ce mal, et tout près de ceux qui soignent, accompagnent toujours, défendent la force de la vie contre la mort et le droit inaliénable de chacun d'entre nous, malade ou non malade, à être accueilli et reconnu dans son immense fragilité humaine. »

Comme un portrait réussi par le photographe suppose un regard et une pensée en mouvement, le récit se déploie sans omettre d'épouser les forces vives et l'intelligence qui animent l'auteur. Un livre à lire et à relire.

Texte précédé d'un avant-propos du Pr Claire Series, d'une préface du Pr Gérard Osterman et clôturé par les paroles rassemblées de patientes anorexiques et de leurs infirmières.

Brigitte Giraud, présidente d'une association théâtrale, Le théâtre des Tafurs, est en outre l'auteur d'un roman et de recueils de poésie en prose : *Des Ortolans et puis rien* en 2005 et *La nuit se sauve par la fenêtre*, Édition Pleine page, prix Jean Follain en 2006. —

Isabelle Lagny

Numéros disponibles

Numéros à 12,20 € (sauf le numéro double 14/15) + 1,50 € de frais de traitement

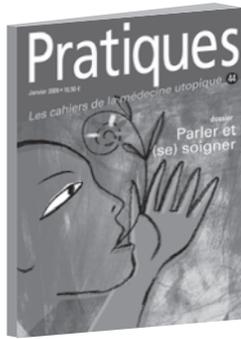
- | | | |
|---|---|--|
| N° 1 : La société du gène | N° 11 : Choisir sa vie, choisir sa mort | N° 19 : La vieillesse, une maladie ?
<i>(épuisé)</i> |
| N° 2 : La souffrance psychique
<i>(épuisé)</i> | N° 12 : L'information et le patient | N° 20 : La santé des femmes |
| N° 3 : Penser la violence | N° 13 : La médecine et l'argent | N° 21 : Le médicament, une marchandise
pas comme les autres |
| N° 4 : Santé et environnement | N° 14/15 : Profession infirmière
<i>(prix 16,80 €)</i> | N° 22 : La santé, un enjeu public |
| N° 5 : La santé au travail | N° 16 : Les émotions dans le soin
<i>(épuisé)</i> | N° 23 : Ils vont tuer la Sécu ! |
| N° 6 : Sexe et médecine | N° 17 : Des remèdes pour la Sécu
<i>(épuisé)</i> | 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 <i>(épuisé)</i> |
| N° 10 : Folle psychiatrie | | |

Numéros à 14 €, 16 € et à partir du numéro 43 : 16,50 € + 1,50 € de frais de traitement

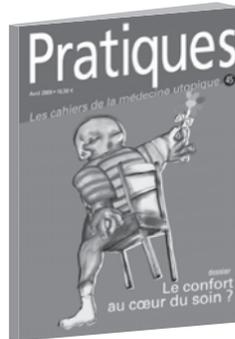
- | | | |
|--|---|--|
| N° 28 : Les pouvoirs en médecine | N° 35 : Espaces, mouvements
et territoire du soin | N° 40 : Les brancardiers
de la République |
| N° 29 : Réforme de la Sécu : guide pratique de la résistance | N° 36 : La place de sciences humaines
dans le soin <i>(épuisé)</i> | N° 41 : Redonner le goût du
collectif |
| N° 30 : Les sens au cœur du soin | N° 37/38 : Des normes
pour quoi faire ? <i>(épuisé)</i> | N° 42 : Les couples infernaux
en médecine |
| N° 31 : Justice et médecine | No 39 : Comment payer
ceux qui nous soignent ? | |
| N° 32 : Le temps de la parole | | |
| N° 33 : L'envie de guérir | | |
| N° 34 : Autour de la mort, des rites à penser | | |



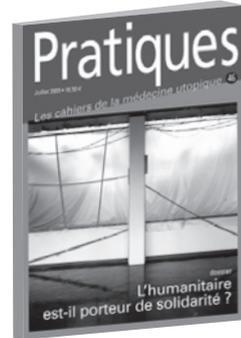
N° 43 : Réécrire le soin, un pari toujours actuel - 16,50 €



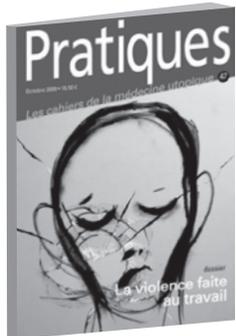
N° 44 : Parler et (se) soigner - 16,50 €



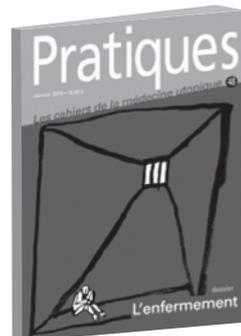
N° 45 : Le confort au cœur du soin - 16,50 €



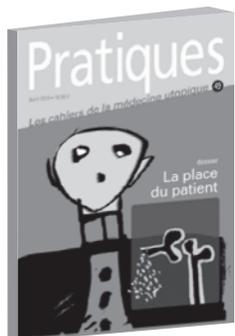
N° 46 : L'humanitaire est-il porteur de solidarité ? - 16,50 €



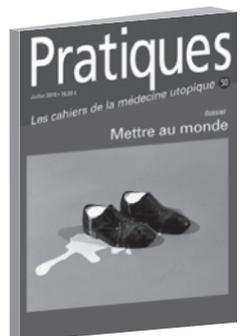
N° 47 : La violence faite au travail - 16,50 €



N° 48 : L'enfermement - 16,50 €



N° 49 : La place du patient - 16,50 €



N° 50 : Mettre au monde - 16,50 €

Il est possible d'acheter les numéros 2, 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 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 mots clés N° 51
 Cliquer sur le N° de la page désirée

Mot Clé	Page	§Ecoute, empathie, Relation soignant soigné		77					
§Accès aux soins	36	§Immigration, Sans papiers	20	50	§Pouvoir médical	6			
	43		21			§Pratique médicale	12		
	77		26				36		
	78		30				56		
	86		47				63		
			58				90		
§Adolescent, Jeune	63	§Enfant, Périnatalité	12	43			91		
§Alimentation, troubles de l'alimentation, obésité	91	§Epidémiologie	68	80	§Prescription	39			
			24	§Information médicale	32				
			58		§Prévention	32			
§Aménagement du territoire , Décentralisation, Soignants/territoires	32	§Ethique	§Femme, Condition féminine, Droit des femmes	54	§Psychanalyse	58			
				56			§Psychiatrie, santé mentale, psychiatrie de secteur	86	
				32					54
				68					45
§Anthropologie	16	§Fiction, imaginaire	50	47	§Représentation mentale de la maladie	22			
			61				§Maladies professionnelles, santé au travail, accident du travail	79	
6	§Gouvernement, politique, démocratie, Etat	36	§Réseau de soins, réseau de santé	79					
68					91				
72					45				
79					45				
§Avortement, IVG	79	§Handicap	45	24	§Ressenti, émotion	30			
§Cancer	68		72	66					
§CMU, AME	77	§Histoire	6	§Médecin généraliste, médecine générale	§Revenu, Rémunération soignants, à l'acte, forfaitaire, T2A	36			
§Comparaison internationale	43	§Histoire de la médecine	63				15		
			77				21		
				91					
§Confort, bienveillance	89	§Hôpital, réforme hospitalière, gestion hospitalière	71	45	§Santé publique	84			
§Contraception	79		79	§Médecine du travail	91				
		80	§Médicament, firmes pharmaceutiques		78	80			
71	86	84		§Souffrance au travail		47			
§Corps, sensations	61	§Hospitalité	86	§Mort, décès	§Surveillance, contrôle, fichage	32			
		§Images, imagerie médicale	6				71	32	
12	89		45						
15				§Para-médicaux	50				
16	§Pays en voie de développement, Sous développement, Relations Nord-Sud		39						
18		78		61					
20					77	84			
21							91		
22								§Vaccin	91
26									
30	50								
58		78							
15			78						
18				78					

Pratiques

Les cahiers de la médecine utopique

Une revue pour comprendre et agir

Les lieux de soins sont parmi les rares espaces où les individus peuvent encore, aujourd'hui, porter plainte et tisser des liens. Ce sont aussi des lieux où notre société se met à nu et révèle l'ampleur de ses dysfonctionnements.

Depuis ses débuts en 1976, *Pratiques* essaie de repérer, décrypter, analyser les différentes dynamiques à l'œuvre dans le soin et la santé.

Jamais la médecine et son objet – la maladie – n'ont été autant au carrefour du social, du politique, de la philosophie, de l'anthropologie et même de l'art. Les colonnes de *Pratiques* sont ouvertes aux acteurs de la santé, aux professionnels des sciences humaines, aux associations d'usagers, les invitant à partager avec nos lecteurs des points de vue inédits, toujours fructueux. Cette dynamique permet à *Pratiques* d'occuper une place particulière dans le paysage des revues. Elle propose une réflexion à partir d'expériences croisées. Et l'objet de ces réflexions, le soin et la santé, concerne tous les citoyens de ce pays.

Certaines avancées techniques fulgurantes bouleversent le soin sans même avoir été pensées ou réfléchies par les soignants et les soignés qui les utilisent. *Pratiques* interroge cette médecine des organes et invite à une médecine du sujet.

Pratiques commente les décisions politiques en matière de soin et soutient celles qui allient le débat contradictoire public, l'indépendance d'expression et le souci de l'intérêt général.

Pratiques analyse les mécanismes qui conduisent aujourd'hui à des dysfonctionnements, montée du scientisme, de la bureaucratie, de l'augmentation des inégalités sociales de santé.

Pratiques s'intéresse aussi aux industries pharmaceutiques et biomédicales qui trop souvent imposent leurs produits et machines selon la seule logique mercantile.

Alors que depuis 2007 s'est ouvert un nouveau cycle pour la revue, nous pensons plus que jamais que :

- L'espace du soin est l'un des derniers lieux possibles de liberté et de subversion ;
- La fonction de soignant consiste d'abord à se poster en sentinelle à l'écoute du sujet et de la société souffrants ;
- Mieux comprendre ce que nous faisons ensemble, soignants et soignés permet de mieux agir sur le plan humain comme sur le plan scientifique.

Fort de ces convictions, la revue *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique* mène une réflexion critique ambitieuse, indépendante et constructive. ■

Pratiques n° 51 – Octobre 2010

Que fabriquent les images ?

Pratiques, les cahiers de la médecine utopique est édité par Les éditions des cahiers de la médecine utopique, dont la présidente est Anne Perraut Soliveres.

Directrice de la publication : **Elisabeth Maurel-Arrighi**
Directrice de la rédaction : **Anne Perraut Soliveres**

DOSSIER

Rédacteurs en chef : **Sylvie Cognard, Martine Lalonde, Philippe Lorrain**

Rédaction : **Chandra Covindassamy, Sylvie Simon**

Pôle philo et sciences humaines : **Christiane Vollaire**

MAGAZINE

Rubrique *Actu* : **Marie Kayser**

Rubrique *Santé mentale* : **Eric Bogaert**

Rubrique *Santé au travail* : **Noëlle Lasne**

Comité de lecture : **Christian Bonnaud, Jean-Luc Boussard, Mireille Brouillet, Bernard Coadou, Martine Devries, Patrick Dubreil, Françoise Ducos, Monique Fontaine, Yveline Frilay, Jean-Louis Gross, Christian Jouanolou, Sylvie Lagabriele, Guillaume Lecarpentier, Evelyne Malaterre, Claire Martin, Didier Ménard, Didier Morisot, Dominique Pelegrin, Magali Portier, Yolande Rousseau, Cécile Supiot, Pierre Volovitch**

Responsable du site : **Lucien Farhi**

Photos de couverture et dossier : **Yves Trémorin**

Conception graphique : **Safia Ounouh, Eloi Valat**

Secrétaires de rédaction : **Marie-Odile Herter**

Secrétariat, relations presse, diffusion : **Marie-Odile Herter, Lola Martel**

Gestion : **Lucien Farhi, Jean Hauchecorne**

Imprimerie : **Imprimerie Chirat**

744, rue Saint-Colombe, 42540 Saint-Just La Pendue
tél. 04 77 63 25 44 – e-mail : pao@imp-chirat.fr

Revue trimestrielle

Rédaction et abonnements :

tél. 01 46 57 85 85 – fax 01 46 57 08 60

e-mail : revuepratiques@free.fr

www.pratiques.fr

52, rue Gallieni, 92240 Malakoff – France

Dépôt légal : 4^e trimestre 2010

Commission paritaire n° 1010G83786

ISSN 1161-3726 – ISBN 978-2-919249-00-8

Toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, de la présente publication, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite (article L 122-4 du Code de la propriété intellectuelle) et constitue une contrefaçon.

L'autorisation de reproduire, dans une autre publication (livre ou périodique) un article paru dans la présente publication doit être obtenue après de l'éditeur (Les Éditions des cahiers de la médecine utopique, adresse ci-dessus).

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre Français d'exploitation du droit de Copie (CFC) – 20 rue des Grands Augustins – 75006 Paris – Tél. 01 44 07 47 70 – Fax 01 46 34 67 19.

Pratiques

Octobre 2010 • 16,50 €

Les cahiers de la médecine utopique 51

dossier

**Que fabriquent
les images?**



L'essor de l'imagerie médicale a bouleversé la pratique des médecins et leur relation aux patients. Mais elle oriente aussi les affectations budgétaires et sous-tend par son expertise bien des décisions sociales et économiques. Elle a, enfin, de très forts impacts sur les représentations du corps. Ce numéro interroge donc ces trois aspects : clinique, politique et esthétique, de l'imagerie, jusque dans ses aspects les plus innovants.

Des praticiens, des patients, des chercheurs en sciences humaines et en philosophie, nous invitent à nous approprier ces interrogations, afin que l'expansion de l'imagerie ne soit pas une source de passivité, mais au contraire le moteur d'une interrogation critique.

La partie magazine de ce numéro inscrit les questions médicales dans l'actualité : les questions fondamentales de l'accès aux soins et des politiques de santé publique y sont posées dans leurs expressions les plus récentes, et éclairées par leurs enjeux.

Prochain dossier : L'invisible, le féminin et le soin



Prix : 16,50 €

ISBN 978-2-919249-00-8

ISSN 1161-3726