

Le monde change. L'euthanasie est bien un sujet dont jamais on n'aurait cru qu'il passionnerait le public. Les débats du Sénat font pourtant les grands titres de nos media. Nous avons demandé à Monique Boulad, présidente du comité d'éthique de la Fédération des maisons médicales, non pas de prendre position ou de développer longuement le sujet (qui fera l'objet d'un cahier ultérieur), mais de nous dire brièvement quelles réflexions lui inspiraient les débats actuels. A lire en page 4.

La conscience des problèmes de santé liés à l'environnement est de plus en plus aiguë. Le défi du « développement durable » ne peut cependant se cantonner à une conscience : chaque terrain a ses particularités, chaque population est exposée à des risques qualitativement ou quantitativement différents, la santé individuelle résulte de la conjonction de nombreux facteurs sur lesquels l'environnement a un effet spécifique. On ne peut donc se contenter de notions théoriques : il faut identifier les facteurs nocifs présents sur le terrain réel et objectiver de manière concrète leur impact sur la santé pour entreprendre une action tant au niveau de la population (information, changements de comportements, ...) qu'à celui des décideurs (planification des actions, gestion de la ville). C'est à ce travail que la Fédération des maisons médicales et l'Institut bruxellois pour la gestion de l'environnement se sont attelés. Une première étape a été réalisée et a abouti à la tenue d'un forum santé et environnement les 17 et 18 février à Bruxelles. Compte-rendu en page 6.

Augusto Pinochet n'a pas été jugé pour les innombrables morts, tortures et disparitions dont il est accusé. Il avait un certificat médical.

Qu'un malade incapable soit déclaré inapte à subir un procès ne nous choque pas. C'est l'honneur de la médecine de défendre le souffrant et l'affaibli. Mais en cette affaire, la médecine, sous couvert de défense du patient, semble avoir servi d'instrument au service d'une justice elle-même orientée au nom d'« intérêts supérieurs ». La découverte d'affections privant Pinochet de sa capacité à suivre son procès au moment précis où, après de longues négociations, plus rien ne s'opposait à ce qu'il soit extradé devant ses juges, a de quoi intriguer. Les entraves à une contre-expertise sérieuse et l'amélioration de l'état de santé du général à son retour au Chili renforcent le soupçon. Dans ce contexte, il n'y aurait pas à s'étonner d'une « rechute » si une procédure judiciaire devait aboutir à une inculpation au Chili.

La médecine n'a pas sauvé Pinochet de la vindicte et de la condamnation, elle a spolié les victimes du drame chilien du procès qu'elles attendent, elle a empêché un acte qui dise le vrai, qui rende compte de leurs souffrances. Son intervention a servi le déni de justice. Ne nous autorisons pas la naïveté, il se trouvera toujours des médecins pour prêter leur concours à des pratiques discutables. Il suffit pour s'en convaincre de rappeler l'assistance médicale aux suppliciés afin de les rendre à leurs bourreaux.

C'est pourquoi la vague « éthique » avec la floraison des comités et les débats publics qu'elle suscite n'est pas qu'un phénomène de mode : elle représente une nécessaire prise de conscience du jeu dans lequel le progrès médical nous entraîne. Mais ces réflexions sont le plus souvent confinées au domaine « bioéthique » et confiées à des spécialistes. Même si elles ouvrent sur des choix de société, cela ne suffit pas. Le mythe d'une science neutre et bonne « par nature » et la légende du scientifique désincarné et impartial ont vécu. La place de la médecine dans la société n'évolue pas qu'avec le savoir, elle évolue avec cette société même et doit être continuellement repensée avec elle, y compris dans ses aspects juridiques et politiques. Afin qu'une signature au bas d'un certificat ne puisse plus réduire à l'impuissance le désir de justice.

Même jour, presque même heure, Huntsville, Texas. Odell Barnes est mort proprement. Une mort médicale ne peut être que propre. Ce condamné de trente et un ans a été exécuté par injection létale pour un meurtre dont beaucoup pensent qu'il était innocent. Mieux vaut être dictateur dans l'Angleterre post-Tatcherienne qu'avoir la peau noire dans le Texas de Georges Bush.

• Editorial
• (suite)

La première ligne de soins représente un lieu d'observation privilégié pour les problèmes de santé. Dans la commune d'Anderlecht, la qualité du logement laisse à désirer. Quelle en est l'influence sur la santé des enfants ? L'équipe de la maison médicale d'Anderlecht a réalisé, en collaboration avec d'autres associations, une étude sur la prévalence de l'asthme dans la population scolaire de la commune. Les domiciles des enfants dépistés seront expertisés dans un second temps afin de déterminer l'impact des conditions de logement sur leur problème de santé. Ce genre d'enquête, apparemment lumineuse de simplicité, ne se réalise pas sans mal. Résultats et difficultés en page 13.

Il y en a qui souhaitent en finir avec les toxicomanes, d'autres veulent en finir avec la toxicomanie. Jean-Pierre Jacques fait partie des seconds. Il défend que la toxicomanie n'existe pas en elle-même et n'est rien d'autre que la stigmatisation d'un comportement particulier de dépendance parmi d'autres. La nocivité des concepts en vigueur sur « la toxicomanie » rendrait ainsi compte d'une part importante de la souffrance des usagers de drogues et constituerait un obstacle à toute amélioration de leur santé. Il nous a expliqué et convaincu de tout cela lors d'un entretien accordé à l'occasion de la sortie de son livre : *Pour en finir avec la toxicomanie*. En page 16.

« Papa, maman, la bonne et moi » fut un grand succès de scène dans les années 50. J'en ris encore ! Pouvais-je savoir à l'époque quels drames exorcisaient ces facéties ? Car il y a dans les familles des choses qu'il ne fait pas bon taire, sous peine de donner

naissance à des fantômes, de creuser des cryptes et de faire payer aux enfants les fautes de leurs ancêtres. La transmission au travers des générations des carences de la parole n'est pas une figure de style, mais un mécanisme aux effets parfois dévastateurs. Nina Canault a enquêté pendant sept ans auprès de thérapeutes qui utilisent le généalogique dans leur travail et nous expose l'état des connaissances en la matière dans un petit livre de lecture fort agréable et qui ne laisse pas indifférent. Comptez-le en page 22.



Les media aiment l'actualité médicale. Aisée à monter en épingle, à charger d'espairs ou à dramatiser, vite cuisinée vite digérée, elle capte l'attention de tous les publics. L'évolution des sujets traités ne manque pas d'intérêt : jadis centrée sur des personnages tels que les grands savants, les défenseurs de cause (de Schweitzer à Willy Peers),

les victimes (la famille touchée par le drame du Softenon) ou les monstres (les médecins empoisonneurs), l'actualité médicale s'oriente maintenant plus volontiers vers la santé (vulgarisation de sujets médicaux), le bien-être des consommateurs (les magazines polychromes), le progrès (des prouesses chirurgicales aux nouveaux médicaments miracle), l'humanitaire (médiatisation de Médecins sans frontières, succès des opérations de récolte de fond pour diverses maladies) et les débats de société (euthanasie).

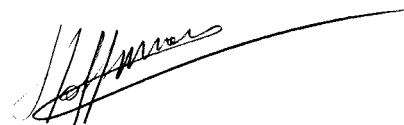
Parfois racoleuse, de plus en plus souvent de qualité, l'information du public sur les sujets médicaux perpétue des images attractives qui ne sont pas étrangères aux vocations : de toutes les disciplines où la part scientifique est prédominante, seules les professions de santé continuent à voir affluer les étudiants en grand nombre, alors que l'on entend déplorer le manque croissant d'ingénieurs, de chimistes, de physiciens ou même simplement de bons techniciens. C'est que le prestige dont jouit la science traîne un corollaire rébarbatif qui énonce la rigueur et l'austérité de ces études. Entre le fantasme du savant jonglant avec des équations cabalistiques dans la pénombre d'un laboratoire et celui du médecin ou de l'infirmier volant au secours des malades et des blessés dans un environnement high-tech, l'émotivité, grand commandeur des choix humains bien plus que la raison qui n'est souvent convoquée que pour les justifier a posteriori, n'hésite pas longtemps. Entre sciences dures et sciences humaines, les soins de santé

représentent le compromis idéal : une science à visage humain.

Lors de leurs études, les candidats aux professions de santé se heurteront à une première déconvenue : l'apprentissage scientifique et technique intensif laisse peu de temps à consacrer à « l'humain ». « Tout dans la tête », tel est le mot d'ordre de la réussite des études. L'entrée dans la vie professionnelle les confrontera à une autre surprise : la distance est grande entre ce qu'ils auront acquis dans les facultés et les attentes des gens, la réalité de la pratique, les besoins de la population.

Santé conjugquée a invité un certain nombre de professionnels de première ligne de soins à discuter de ces « dysapprentissage » (il y a des préfixes à la mode qui collent à la plume !), des difficultés de l'enseignement et des orientations possibles pour une meilleure formation. Ce sera le sujet de notre cahier, dans la suite de notre précédent numéro qui tentait de cerner les rôles et les fonctions de la première ligne de soins. A lire en page 26.

Bonne lecture.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J. Hoffmann', written in a cursive style. The signature is positioned above a long, thin horizontal line that extends to the right.

Réflexions autour du débat sur l'euthanasie

Monique Boulad, médecin généraliste et présidente du comité d'éthique de la Fédération des maisons médicales

Ces quelques réflexions indiqueront les pistes suivies par le comité d'éthique de la Fédération des maisons médicales dans ses débats sur l'euthanasie. Un texte plus complet et plus structuré sera bientôt disponible.

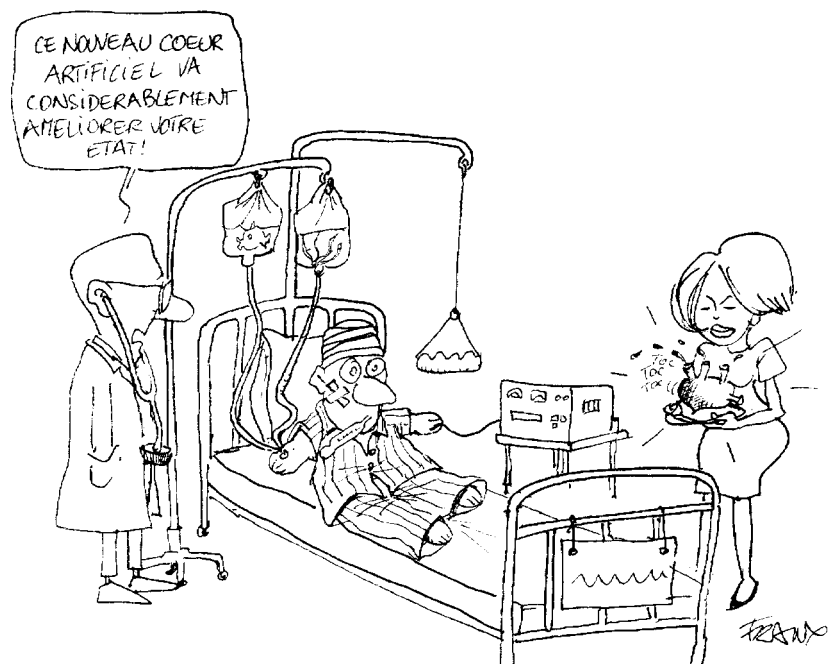
Dans le projet de loi en débat au Sénat actuellement en Belgique, la question de l'euthanasie se pose en cas de maladie incurable et de souffrance que la médecine ne peut plus soulager.

Dans ce projet, ce sont les limites de la médecine qui justifient le recours à l'euthanasie. Le jugement du médecin sur la situation du patient prévaut : c'est à partir de critères médicaux que l'euthanasie est envisageable. Le recours à l'euthanasie n'est pas fondé sur le droit de la personne à disposer d'elle-même, à choisir les modalités de sa fin de vie. Ce droit n'est ni reconnu ni explicité comme tel. La loi se prononce sur la question seconde : les modalités qui règlent la pratique de l'euthanasie. Elle n'aborde pas la question du suicide qui reste sous-jacente dans les débats ; elle n'est pas posée directement. Or c'est bien sur la question du droit à disposer de sa propre vie, question qui n'appartient pas aux médecins seuls, que la société a à prendre position.

Sans ce préalable, la participation du médecin prend un tout autre sens et toutes les réticences sont possibles. En limitant l'euthanasie aux maladies incurables, on ne tient pas compte de ceux qui, « vieux et rassasiés de jours », désirent mettre un terme à leur vie. La demande des personnes âgées qui ne sont pas malades et qui ne souffrent pas ne peut être rencontrée. Quelle place leur est faite dans notre société ? Pourquoi n'auraient-elles pas accès à une fin plus digne si elles le souhaitent ? Pourquoi leur refuse-t-on le droit de vivre leur mort comme elles le désirent ? Ces personnes sont prises en charge par les soignants de première ligne à domicile ou dans les maisons de repos. Les soignants seront hors la loi s'ils pratiquent une euthanasie pour elles.

Le projet de loi rencontre deux situations : celle du patient conscient qui demande au médecin l'euthanasie de « manière expresse, non équivoque et réitérée » et celle du patient qui fait part lorsqu'il est encore conscient « de sa volonté qu'un médecin interrompe volontairement sa vie s'il devient inconscient ».

Ces dispositions règlent surtout le problème des médecins hospitaliers. A domicile, beaucoup si pas la plupart des cas ne se présentent pas de cette façon. La demande n'est pas aussi explicitée que cela. Elle s'élabore progressivement par petites touches, à travers des questions, des hésitations, des atermoiements, des doutes. Elle est le fruit d'une négociation menée avec le patient et son entourage jour après



jour, heure par heure parce « qu'une heure de vie est une heure volée à la mort ». Et la « décision » est éminemment contingente : ça s'est passé comme ça mais ça aurait pu se passer autrement en fonction de ces petits liens qui font que les choses se sont enchaînées de cette façon-là plutôt que d'une autre. La fin de vie est vécue dans la continuité : continuité de la relation avec les soignants, continuité de la vie du patient, de ce qu'il a construit avec son entourage. A domicile, il n'y a pas de démarcation claire entre soins curatifs, soins palliatifs et euthanasie. Le patient ne change pas d'étage comme à l'hôpital. C'est à posteriori que l'on pourra distinguer les étapes de la prise en charge.

N'accorder de valeur qu'à la décision libre et éclairée de la personne responsable, autonome et en pleine possession de ses capacités revient à méconnaître tout ce vécu si profondément humain. C'est ne prendre en compte que la rationalité de l'homme en l'amputant de toute une partie de son expérience.

En focalisant le débat sur l'euthanasie active et les soins palliatifs, on passe sous silence tous les traitements administrés avant la phase terminale. Pourtant ils devraient faire aussi l'objet d'un débat éthique. Tout le monde s'accorde pour refuser l'acharnement thérapeutique. Mais où commence-t-il ? La question du sens et de la légitimité de tout acte médical est posée. Faut-il placer une sonde gastrique chez la personne qui ne s'alimente plus ? Jusqu'où faut-il appareiller un patient dément ? Et qui en décidera ? Ce sont les performances

de la médecine qui créent en grande partie le drame de la fin de vie par les techniques dont elle entoure le mourant et qui rendent insupportable la relation à soi et aux autres. Or en ces matières, le monopole de la décision est actuellement laissé aux médecins. Il est nécessaire que la société se réapproprie le débat éthique concernant les décisions médicales. Et ce débat ne peut alors se limiter à l'euthanasie. Il doit être permanent, s'étendre à tous les soins donnés aux personnes en fin de vie et être repris pour chaque cas individuel.

Le but de la loi est de fixer les conditions optimales pour que le débat éthique puisse avoir lieu. La loi ne remplace pas le débat éthique. Elle ne peut servir à l'éteindre, à normaliser la mort et à étouffer l'initiative du sujet et de son entourage pour aménager la fin de vie.

Les problèmes d'environnement en relation avec la santé, vécus par la population, les acteurs et les décideurs : introduction à une recherche

Michel Roland, médecin de famille à la maison médicale Santé plurielle et Marianne Prévost, sociologue à la Fédération des maisons médicales

.....

Les objectifs de la gestion de l'environnement sont essentiellement liés à des objectifs de protection de la santé et des écosystèmes. Les liens entre l'environnement et la santé sont donc évidents même si la complexité rend leur appréhension délicate. Le problème est que l'angoisse générale de la population face aux difficultés et contraintes de la vie dans la société actuelle a tendance à se focaliser sur des points précis. Les incertitudes persistantes concernant les liens entre la santé et l'environnement induisent dès lors une angoisse environnementale sans cesse croissante, relevant d'une sensibilité aiguisée à des questionnements justifiés, de l'expression d'un mal être collectif, ou des deux simultanément. Au niveau individuel, certains comportements semblent également relever d'un militantisme à l'extrême, d'une véritable névrose phobique, ou des deux conjointement. Et pourtant la population est en demande de réponses claires, de solutions et de décisions politiques étayées, adéquates, réalistes et réalisables. Il est donc logique que les décideurs se tournent vers les scientifiques pour leur demander des constats univoques et argumentés, et des recommandations pouvant leur servir à une prise de positions justes et éclairées. C'est ainsi que nous avons tenté de nous placer pour aborder la recherche.

.....

.....

La patate chaude

Mais cet éclairage aussi fait l'objet d'intenses controverses entre experts de disciplines et d'écoles fort différentes, et nous nous sommes souvent trouvés confrontés à des positions variées quand ce n'est franchement contradictoires. Il s'agit à tout le moins d'un terrain « miné ». Une analyse purement scientifique de ces concepts montre en effet qu'on peut mettre en avant aussi bien un principe absolu de précaution dont le résultat serait un immobilisme total, qu'une indifférence par rapport à tout ce qui n'est pas vraiment démontré et dont le résultat serait alors la manifestation ultérieure de risques suspectés mais non prouvés pour l'heure. Là encore, plusieurs des experts consultés nous signalent que la seule position scientifique défendable est une analyse rigoureuse à présenter au politique à qui il appartiendra de prendre ses responsabilités et de poser les décisions et les choix les plus éclairés possibles. Il est évident que c'est lui rendre en quelque sorte la « patate chaude » mais c'est là la situation la plus normale dans des pays démocratiques dont il est le garant des principes fondateurs. En outre des problèmes d'une telle ampleur ne sont jamais que seulement environnementaux et scientifiques. Les réduire à ces seuls éclairages reviendrait à occulter leur complexité. Il n'en est pour preuve, parmi bien d'autres actuelles, que le débat brûlant autour des organismes génétiquement modifiés (OGM). Scientifiquement la preuve n'est pas vraiment faite ni de leur toxicité ni de leur innocuité pour

le genre humain. Mais la décision d'autoriser ou de refuser leur prolifération relève peut-être plus de facteurs politiques et socio-économiques que physiologiques : choix d'une agriculture monopolistique aux mains de quelques grands groupes financiers multinationaux versus une agriculture biologique, décentralisée, à petite échelle, moins rentable mais productrice aussi d'emplois.

.....

Nécessité d'une approche multifocale

A la complexité de l'approche interdisciplinaire et transversale de la problématique environnementale en terme d'évaluation de l'état de la situation (par exemple la qualité de l'air ambiant), des pressions (par exemple la quantité de polluants émis par le trafic), des réactions (par exemple la participation à la planification de la gestion de la mobilité), il paraît indispensable d'ajouter l'évaluation des impacts (par exemple l'effet des polluants de l'air sur les populations) : c'est le modèle impact - état - pressions - réactions.

La mise en évidence de liens et l'organisation d'une interface entre les approches « santé » et « environnement » se basent sur un accès conjoint aux données relatives à l'environnement et à l'information sur la santé des populations, la mise en commun des données, leur croisement, leur intégration et leur interprétation ; cette démarche aboutit à une connaissance globale permettant éventuellement d'argumenter des stratégies environnementales à mettre en œuvre.

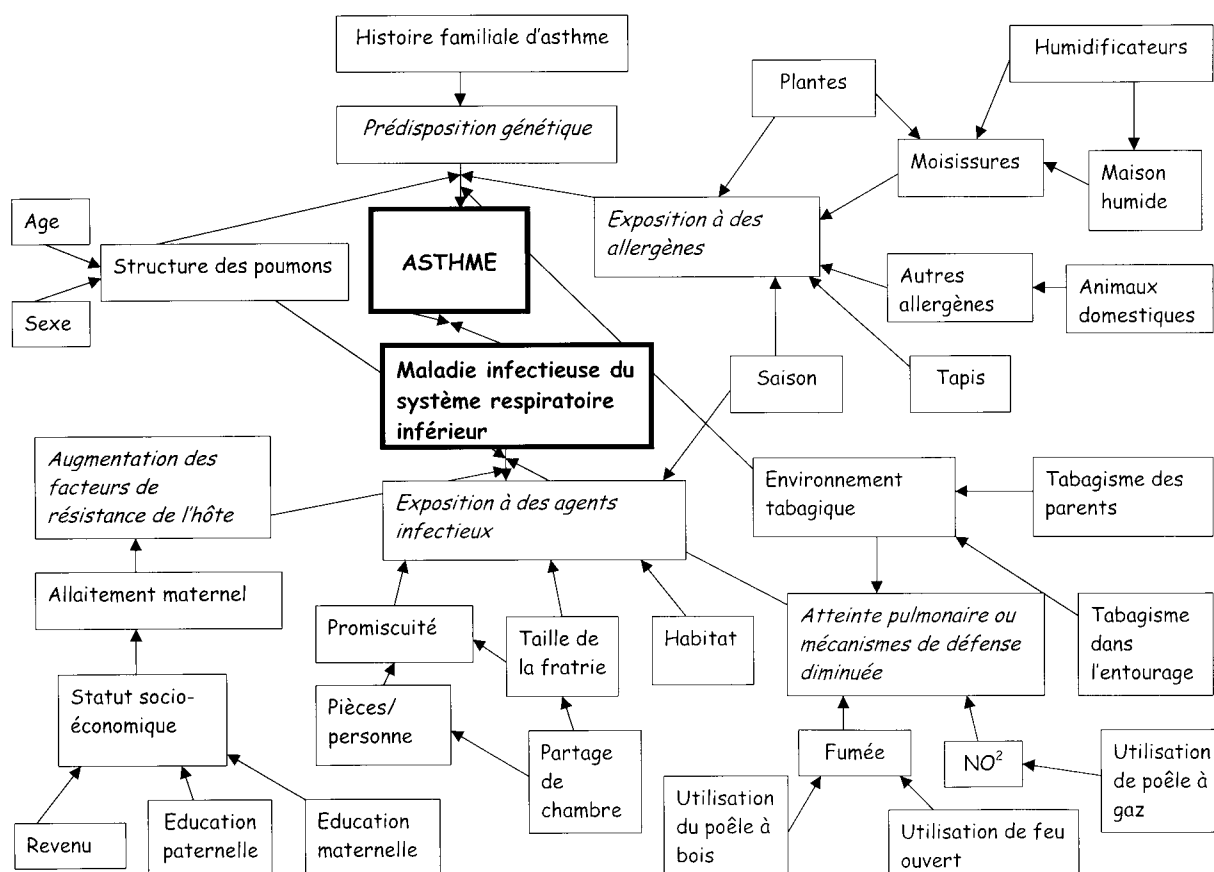


Schéma : essai de modélisation étiologique complexe du problème de l'asthme

L'estimation des effets des facteurs environnementaux nécessite en effet une approche globale, chaque individu intégrant en une réponse individuelle l'ensemble des facteurs conditionnant sa santé, endogènes et exogènes, innés et acquis : patrimoine génétique, environnement social, prospérité, bien-être, mode et conditions de vie, fonctionnement mental, milieu culturel etc. et système de soins.

On peut illustrer ces interactions multiples au travers d'un essai de modélisation étiologique complexe du problème de l'asthme. Ce schéma illustre bien ce qui a déjà, d'une façon

un peu étonnante au premier abord, été démontré de manière plus générale : si le système de santé est fondamental pour soigner les maladies et soulager la souffrance des citoyens, il est tout à fait accessoire comme déterminant de l'état de santé global des populations.

Le défi est donc de taille et l'approche nécessairement multifocale :

- technique et pointue sur certains aspects particuliers (cancer, allergie, fertilité) ou sur certains liens spécifiques à des paramètres environnementaux ;
- épidémiologique classique mais

aussi de type micro-écologique ;

- impliquant des acteurs de terrain situés à l'observation des manifestations princeps, subjectives et objectives, des individus et des populations ;
- prenant en compte des éléments aussi subjectifs que l'anxiété environnementale des citoyens dans un contexte de pression anxiogène grandissante.

Seule cette approche permettra d'élargir la compréhension de l'impact des politiques de développement urbain et d'environnement, en particulier sur la santé des individus.

• Les problèmes d'environnement en relation avec la santé, vécus par la population,
 • les acteurs et les décideurs : introduction à une recherche
 • (suite)

••••
**La première ligne de soins,
 un poste d'observation
 privilégié**

Les médecins généralistes voient chaque année au moins une fois 70 % de leur patientèle, 85 % en deux ans, 95 % en trois ans.

Ils en ont une vision et une approche globale (bio-psycho-socio-culturelle) et intégrée (curative, préventive, de réhabilitation et de promotion de la santé).

Ils sont parmi les seuls acteurs de santé à pouvoir observer le milieu de vie quotidien c'est-à-dire le domicile de leurs patients, souvent dans des conditions difficiles de détresse ou de maladie, et dans un cadre familial.

Enfin la quasi-totalité des citoyens interrogés déclarent avoir un médecin de famille attiré.

Le groupe des médecins généralistes est dès lors l'interlocuteur privilégié des décideurs (le politique) et des citoyens (la population) pour trianguler leur relation de connaissance réciproque en ce qui concerne la santé.

La Fédération des maisons médicales, dont les acteurs de terrain (parmi lesquels les médecins généralistes) sont particulièrement sensibles aux aspects de prévention en matière de santé, a semblé constituer un partenaire utile au développement d'une approche intégrée « santé et environnement » : d'une part, les maisons médicales assurent un rôle d'observatoire de la santé en première ligne dans le recueil de données permettant une description épidémiologique de la population et de son évaluation. D'autre part, elles incluent dans leur fonctionnement une série d'activités qui relèvent de la

méthodologie de l'assurance de qualité dont les objectifs sont, in fine, l'amélioration de la qualité des soins et de l'état de santé de la population prise en charge.

Sur ces différentes bases, une convention de recherche pour l'année 1999 a été signée entre la Fédération des maisons médicales et l'Institut bruxellois pour la gestion de l'environnement (IBGE), prévoyant :

- le rassemblement des connaissances théoriques sur les effets environnementaux prioritaires, principalement la pollution de l'air et les principaux polluants atmosphériques, et de leurs synergies sur la santé ;
- la réalisation d'un premier inventaire des acteurs bruxellois intervenant dans la problématique de la santé ;
- un premier rassemblement et une localisation des données disponibles sur la santé, ainsi que l'identification des données manquantes et des acteurs susceptibles d'y avoir accès ;
- la publication d'un dossier pouvant soutenir la communication des médecins généralistes bruxellois vers le public, notamment sur les effets de l'environnement de la Région bruxelloise sur la santé de ses habitants ;
- l'organisation d'un colloque, celui-ci, concluant la convention pour rapporter certaines de ses conclusions les plus pertinentes à la fois aux professionnels et au grand public, et permettre un début de dialogue entre acteurs sur le sujet « santé et environnement » (voir page 11).



Les conclusions de cette convention de recherche sont rassemblées dans un document de travail disponible à la Fédération des maisons médicales et à l'Institut bruxellois pour la gestion de l'environnement. Sa rédaction a dû répondre à des impératifs variés, parfois contradictoires, notamment la diversité des publics cible : les médecins généralistes au premier rang mais aussi le grand public, certains médecins spécialistes et certains professionnels ou acteurs du secteur. On y trouve dès lors des informations de niveaux fort différents : de la simple vulgarisation à la connaissance scientifique pointue.

Réalisé par des acteurs de santé à la demande de professionnels de l'environnement, ce dossier part essentiellement du point de vue médical, selon l'approche scientifique basée sur la preuve (« evidence-based medicine »). Il est donc structuré en fonction des problèmes de santé : des diagnostics bien établis (par exemple cancer de la thyroïde), mais aussi des symptômes ou des plaintes (par exemple dysfonctionnements hormonaux), témoignant d'ailleurs de la multifactorialité étiologique complexe. Seuls quelques-uns sont abordés en fonction de l'agent causal, lorsque celui-ci est incontournable et univoque (par exemple ondes électromagnétiques).

Les sujets choisis l'ont été en fonction de l'application d'une méthode qui consiste à attribuer un score à chaque problème de santé suspecté d'avoir un lien étiologique avec un facteur environnemental, à partir d'un ensemble de paramètres pondérés très variés. Nous avons donc constitué progressivement de manière

dynamique et mouvante une liste hiérarchique de problèmes de santé :

- asthme
- broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)
- emphysème
- bronchite chronique
- œdème pulmonaire
- cancer pulmonaire
- conjonctivites
- anomalies congénitales non génétiques
- cancer du foie
- prématurité
- fatigue
- irritation nasale
- petits poids de naissance
- leucémie
- anomalies du développement foetal
- problèmes du développement neuropsychologique
- autres carcinomes
- carcinome épidermoïde
- infarctus
- fibrose pulmonaire
- angine de poitrine
- perturbation de l'activité supérieure du système nerveux central
- alvéolite allergique
- hypertension artérielle.

Cette liste permet d'identifier six groupes de diagnostics :

- Groupe 1 : cancers
- Groupe 2 : maladies fœtales
- Groupe 3 : problèmes pulmonaires
- Groupe 4 : maladies d'irritation
- Groupe 5 : maladies neuro-psychiatriques
- Groupe 6 : maladies cardio-vasculaires.

A partir de cette liste, nous avons plus particulièrement étudié certains

problèmes de santé, dont la plupart sont présentés dans le dossier aujourd'hui disponible.

••••

Quelques constats issus de la recherche

Au-delà des spécificités de chaque problème de santé, quelques constats communs peuvent être soulignés :

⇒ **Les liens observés entre l'environnement et la santé sont extrêmement diversifiés.**

- Dans certains cas, un facteur unique est en cause : c'est le cas du saturnisme, dont le seul facteur causal est l'absorption de plomb. Mais le plus fréquemment, plusieurs facteurs sont en jeu.
- Ils sont soit clairement établis, soit suspectés ; unanimement reconnus ou controversés.
- Certains facteurs ont un lien causal direct avec une (ou plusieurs) pathologies : c'est le cas par exemple, du plomb et du tabac. D'autres vont plutôt déclencher des crises ou aggraver l'état de personnes déjà atteintes : ainsi la pollution (atmosphérique ou intérieure) peut déclencher des crises d'asthme, ou les aggraver, chez les sujets asthmatiques.
- Pour certains facteurs, on a pu établir un seuil d'exposition en deçà duquel il n'y a pas d'effet pathologique – toutefois, ces seuils font rarement l'unanimité, et sont généralement revus à la baisse en fonction des nouvelles connaissances. Pour d'autres facteurs, il n'y a pas d'effet de seuil.

• Les problèmes d'environnement en relation avec la santé, vécus par la population,
 • les acteurs et les décideurs : introduction à une recherche
 • (suite)

- Lorsque différents facteurs sont incriminés, ils peuvent avoir des effets cumulatifs ; c'est le cas pour la plupart des pathologies.
- Dans certains cas, les effets nocifs sont observables dans un délai court par rapport à l'exposition ; dans d'autres, le temps de latence peut être très long, par exemple plus de vingt ans pour certains cancers.
- Le plus souvent, il existe des interactions entre les facteurs environnementaux et d'autres types de facteurs (génétiques ou socio-économiques par exemple) comme l'illustre le schéma de l'asthme en page 7.

⇒ Cette diversité a des conséquences très directes en ce qui concerne les décisions à prendre pour limiter l'exposition des populations.

- Lorsque le facteur est unique, et lorsque les sources d'exposition sont bien identifiées, il est relativement aisé de concevoir (quoique pas forcément d'appliquer !) des mesures améliorant l'environnement, comme c'est le cas pour le saturnisme, et de même pour les carences en iode, importantes en Belgique ; le choix de priorité par rapport à l'étiologie est relativement univoque.
- Par contre, lorsque plusieurs facteurs sont en jeu, et d'autant plus lorsqu'ils interagissent (comme c'est le plus souvent le cas), il est plus ardu de déterminer les priorités visant à limiter le risque :
 - à quels facteurs s'adresser en priorité : le tabagisme ou la pollution atmosphérique ?

- quelles sont les conséquences économiques et sociales des différentes interventions envisageables, à quels intérêts puissants vont se heurter les décideurs en matière d'environnement et de santé (Zaventem, le Berlaymont, différentes expositions professionnelles) ? Jusqu'où le contrôle est-il possible : faut-il interdire l'importation de produits provenant de pays utilisant des pesticides interdits en Belgique ?
- quel sera l'impact d'une amélioration de la qualité de l'air dans un pays, si les mêmes mesures ne sont pas prises dans les pays voisins ?
- quelles décisions prendre en matière de normes légales, ou de valeurs-guide, lorsque les scientifiques tendent, en fonction des résultats de la recherche, à abaisser les seuils tolérables ? Comment trouver le point de rencontre entre le principe de précaution et la gestion réaliste des nuisances ?

⇒ La réflexion – et donc l'action – soulève encore d'autres questions si on l'aborde sous l'angle de la santé publique, parce qu'ici interviennent d'autres éléments.

- La prévalence des maladies, son évolution dans le temps et ses éventuelles disparités géographiques : certaines pathologies restent stables ou ont même diminué, d'autres sont en augmentation en Belgique et dans d'autres pays – telles que l'asthme, le cancer de la vessie chez les femmes, le cancer du sein, les maladies d'irritation. Si l'on se place dans une perspective

bruxelloise, on constate également que certaines pathologies ont une plus grande prévalence à Bruxelles que dans d'autres régions du pays ; c'est le cas pour les BPCO, l'asthme, le saturnisme, le cancer du poumon chez les femmes (chez les hommes, la prévalence est moindre à Bruxelles que dans l'ensemble du pays).

- Certains sous-groupes de la population sont plus particulièrement exposés, ou plus vulnérables ; ceci implique des stratégies différenciées : par exemple, puisque le cancer du poumon augmente chez les femmes à Bruxelles, on peut probablement incriminer le tabagisme croissant chez les femmes et donc envisager des programmes de prévention s'adressant plus spécifiquement à celles-ci ; de même, des priorités doivent se diriger vers les groupes plus vulnérables au plan socio-économique et culturel, lorsqu'ils sont plus touchés par des pathologies telles que l'asthme et le saturnisme.
- La gravité des pathologies doit aussi être considérée : il s'agit ici de prendre en compte non seulement la létalité, (très importante pour le cancer du poumon par exemple), mais aussi l'importance des conséquences sociales et psychiques. Ainsi l'asthme chez les enfants provoque de grandes perturbations au niveau scolaire et familial ; le saturnisme et les affections du système nerveux central ont des conséquences graves et à long terme sur le plan neuro-psychique - et de ce fait, également sur le plan professionnel et social.



Un forum santé et environnement

Les 17 et 18 février 2000, le forum santé et environnement s'est tenu aux Halles Saint Géry à l'initiative de l'Institut bruxellois pour la gestion de l'environnement et la Fédération des maisons médicales. Il présentait les résultats de leur recherche commune présentée ci-contre. Cette recherche a été réalisée à la demande du ministre de l'Environnement de la Région de Bruxelles Capitale, monsieur Didier Gossuin. Ce travail fait partie d'un ensemble d'orientation de type « développement durable » et se positionne

dans le champ d'une construction de savoir intégré concernant la santé et l'environnement. Les résultats ont aussi été rassemblés dans un dossier distribué aux participants. Ce forum a réuni deux cents personnes.

Le but du forum était de réunir autour d'une même table des professionnels de la santé et des environnementalistes, des experts scientifiques, des acteurs institutionnels et de terrain ainsi que des représentants du monde politique susceptibles de faire déboucher ces journées de réflexion et d'étude sur des résultats concrets.

La première partie du forum a réuni les participants autour de discussions thématiques : les résultats de travaux récents, des points de vue complémentaires ou contradictoires, des pistes de réflexion ont été présentées à un public nombreux et diversifié. Le panel était composé de spécialistes de chaque thème, les approches médicale et environnementale étant complétées par une approche sociologique, épidémiologique, urbaine, etc. Plusieurs thèmes centraux tels l'asthme et les allergies respiratoires, les produits cancérigènes et autres toxiques, le stress, l'anxiété ont été discutés entre un panel de professionnels et le public.

La seconde partie a ouvert la discussion à un public plus large, invité à s'informer auprès de diverses associations présentant des stands et à visionner des reportages présentés par la médiathèque de la Communauté française ; un débat concernant « La santé et l'environnement : ce qui attend les Bruxellois » a réuni le public, des représentants du monde politique, les experts scientifiques, les acteurs institutionnels et de terrain.

Les discussions ne se sont certes pas limitées aux orateurs, les participants dans la salle ont soulevé des aspects plus larges (par exemple l'intégration de la problématique du logement), ou plus complexes (par exemple le bruit, l'urbanisation et la multiplicité des problèmes socio-économiques).

La participation d'un public diversifié, les questions et discussions lors des débats et autour des stands ont clairement montré l'intérêt pour la problématique santé et environnement. De nombreuses questions ont été posées quant à la mise en place d'outils et de politiques en vue d'améliorer la situation bruxelloise. Le forum n'a pourtant pas rencontré toutes les attentes, l'absence d'acteurs institutionnels et politiques du logement et des transports a été mise en évidence par nombre de participants.

Les suites du forum s'organisent en plusieurs éléments. Les actes seront publiés en septembre 2000, Question Santé en assure la publication en français. Le dossier distribué lors du forum sera complété en fonction des réactions du public. Deux adresses électroniques ont été mises à disposition pour enregistrer les réactions, les données complémentaires, etc. : (segil@ibgebim.be et fmmcsf@fmm.be). Le dossier finalisé sera publié fin 2000 sur internet, en lien avec des carnets thématiques constituant l'état de l'environnement en Région de Bruxelles-Capitale (<http://www.ibgebim.be>). Par ailleurs, des séances d'information, de sensibilisation et de formation seront organisées à l'usage des médecins généralistes et professionnels de la santé et de l'environnement dans le courant de la deuxième moitié de l'an 2000.

Catherine Boulard, docteur en sciences à l'Institut bruxellois de la gestion de l'environnement et **Marianne Prévost**, sociologue à la Fédération des maisons médicales.

- Les problèmes d'environnement en relation avec la santé, vécus par la population,
- les acteurs et les décideurs : introduction à une recherche
- (suite)
-
-
-
-
-
-
-
-

- Les stratégies applicables sur le plan sanitaire diffèrent selon l'état actuel des connaissances : lorsque les facteurs causaux sont bien identifiés (surnisme), une priorité absolue doit être donnée à la prévention primaire, tout particulièrement si la maladie est incurable - et les stratégies de prévention primaire sortent le plus souvent largement des marges d'action du secteur sanitaire proprement dit. Par contre, lorsqu'il existe des traitements efficaces, la détection précoce, voire même parfois le dépistage systématique, doivent nécessairement compléter la prévention primaire (ou s'y substituer lorsque les connaissances ne permettent pas d'envisager de telles mesures) ; il s'agit alors d'augmenter la sensibilité des soignants, leurs compétences, et de les amener à intégrer des démarches dépassant les activités curatives auxquelles ils sont traditionnellement formés.
- niveau de la recherche stratégique et opérationnelle.

• • • •

En conclusion

Nous avons trouvé beaucoup d'intérêt et de plaisir dans le travail réalisé, et nous espérons avoir fait œuvre utile au travers de la construction d'un petit pan de savoir intégré pluridisciplinaire et de la rencontre d'un ensemble d'acteurs compétents et ouverts au dialogue. Nous espérons que ce ne sera là qu'un point de départ et qu'un début de collaboration : la brève synthèse que nous vous avons présentée montre bien à quel point le domaine « environnement et santé » reste à investiguer, tant au niveau de la recherche fondamentale qu'au

Asthme et habitat

Une étude sur la prévalence de l'asthme chez les enfants en âge scolaire et lien avec l'habitat, réalisée à la maison médicale d'Anderlecht

Pierrick Fostier, médecin généraliste à la maison médicale d'Anderlecht

.....

Une étude sur la prévalence de l'asthme chez les enfants d'écoles primaires a été menée ces trois dernières années dans plusieurs communes de la Région bruxelloise. La maison médicale d'Anderlecht a coordonné et mené l'étude sur la commune d'Anderlecht. Cette recherche a été poursuivie dans cette commune afin de déterminer le lien entre l'asthme dépisté chez les enfants et l'impact de leurs conditions de logement sur cette pathologie. Un suivi des enfants dépistés a été organisé.

.....

La première phase du diagnostic communautaire, menée par l'asbl Les Pissenlits dans le quartier de Cureghem à Anderlecht, concernait les besoins et les ressources du quartier en matière de santé. Elle avait mis en évidence certaines priorités parmi lesquelles les pathologies respiratoires et les allergies liées à l'habitat.

Dans ce contexte, la maison médicale d'Anderlecht a soumis à la commission santé d'Anderlecht en 1998 un projet de recherche-action portant sur l'asthme et menée dans les communes de Saint-Gilles et d'Anderlecht.

Parti du centre médical Galilée à Saint-Gilles et du service de pneumologie de l'hôpital Saint-Pierre, ce projet impliquait une série de

partenaires potentiels dont la Fondation contre les affections respiratoires (FARES) et la Fondation contre les allergies. La maison médicale d'Anderlecht, située à Cureghem, s'est déclarée porteuse du projet sur l'ensemble de la commune, la population visée étant celle des écoles primaires (plus de deux mille enfants). Le centre d'Inspection médicale scolaire (IMS) de la commune a offert son assistance afin de mener à bien ce projet.

L'asthme est une affection chronique des voies respiratoires dont la prévalence, les taux de morbidité et de mortalité augmentent depuis vingt ans dans la plupart des pays occidentaux. Une proportion importante d'enfants asthmatiques ne reçoivent pas de traitement adéquat. Par ailleurs, il semble que l'asthme soit sous-diagnostiqué, en particulier chez l'enfant dont le statut socio-économique est faible. Cette situation peut avoir un impact important sur la santé et le développement, en particulier en termes d'absentéisme et d'échec scolaire. La recherche-action entend évaluer cet impact ainsi que le lien de cette pathologie avec les conditions de logement.

L'étude a été menée en trois phases et a débuté durant l'année scolaire 1997-1998.

.....

Phase 1 : mesure de la prévalence de l'asthme

Durant l'année scolaire 1997-1998, la phase de dépistage des enfants asthmatiques a été entamée principalement avec la collaboration de

l'hôpital Saint-Pierre (Dr O. Michel - pneumologie) et le centre médical Galilée à Saint-Gilles.

• Méthodes

Le test de dépistage de l'asthme a consisté en l'utilisation d'un questionnaire validé d'une part, et d'un test objectif d'asthme induit par l'exercice d'autre part. Ce test consiste en une course à pied de six minutes avec contrôle du rythme cardiaque. Si la capacité expiratoire (DEP : débit expiratoire de pointe) diminue d'au moins 10 %, cinq ou dix minutes après l'effort, l'enfant est considéré comme asthmatique.

Mille trois cent trente neuf enfants ont été testés dans des écoles d'Anderlecht, Forest et St Gilles tirées au sort. Six écoles de la commune d'Anderlecht ont été visitées (six cent septante deux enfants).

• Résultats

Les enfants dépistés asthmatiques ont été répartis en trois groupes :

- 94 enfants dépistés (7 %) étaient des asthmatiques connus ;
- 91 enfants (6,8 %) étaient des asthmatiques non connus ;
- 1154 enfants (86,2 %) ne sont pas asthmatiques.

Dans la commune d'Anderlecht, 47 enfants asthmatiques non connus (sur 672, soit 7 %) ont été dépistés.

Les dossiers ont été encodés (plus de cinquante données par enfant) et analysés et les premiers résultats ont été publiés.

Le projet a également été discuté à plusieurs reprises en commission santé.

• **Asthme et habitat**
 • **Une étude sur la prévalence de l'asthme chez les enfants en âge scolaire et lien avec**
 • **l'habitat, réalisée à la maison médicale d'Anderlecht**
 • **(suite)**
 •
 •
 •
 •
 •
 •

• **Conclusions**

Les conclusions de cette première phase montre que l'asthme sous-diagnostiqué est fréquent chez les enfants en âge scolaire et provenant d'un milieu socio-économique bas. Le relevé des symptômes de l'asthme n'est pas assez sensible pour détecter ces enfants.

	Groupe des 27 (<1 ^{ère} phase)	Groupe contrôle (32 enfants)	TOTAL (59 enfants)
Epreuve respiratoire +	8 (29,62 %)	14 (43,75 %)	22 (37,28 %)
Tests cutanés +	11 (40,74 %)	8 (25 %)	19 (32,20 %)
TOTAL enfants à suivre	17	19	36

••••

Phase 2 : tests cutanés allergiques

La seconde phase du projet a été mise en œuvre vers la fin de l'année 1998.

• **Objectifs et méthode**

Un deuxième test respiratoire est effectué chez les 47 enfants dépistés afin de confirmer ou d'infirmer le premier test.

Des tests cutanés de sensibilité allergique (blatte, chat, acariens) ont ensuite été menés chez ces enfants

Ces résultats sont comparés avec des mêmes tests réalisés sur un pool d'enfants dits « normaux » (32 enfants ne souffrant pas d'asthme). On espère ainsi démontrer la corrélation entre l'asthme chez les enfants et l'exposition à des facteurs allergènes.

• **Résultats**

Sur les 47 enfants dépistés lors de la première phase, 27 ont été retrouvés et ont participé à la deuxième phase.

Sur ces 27 enfants, 17 ont été positifs à au moins un des deux tests de la deuxième phase (test respiratoire ou test cutané).

Onze enfants présentent une réaction cutanée aux tests allergiques.

Le centre IMS d'Anderlecht (Dr N. Clémour) a été informé des résultats complets et en a averti les parents des enfants dépistés.

Dans le groupe contrôle : sur les 32 enfants testés, 19 ont été positifs à au moins un des deux tests (3 enfants sont positifs aux deux tests, 8 enfants ont réagi aux tests allergiques), un enfant asthmatique connu a été confirmé dans sa pathologie.

• **Conclusion**

Trente six enfants (17+19) ont été dépistés lors de la deuxième phase et nécessitent un suivi (cf. phase 3).

Dix sept enfants (soit 2,52 % de la population de départ) ayant participé aux deux phases de l'étude sont dépistés asthmatiques non connus.

Parmi ces dix sept enfants, onze (64,7 %) ont réagi aux tests allergiques.

Dans le groupe contrôle, huit enfants (25 %) ont des tests allergiques positifs.

Il semble donc y avoir une sensibilité plus grande aux divers allergènes

testés dans la population des asthmatiques.

Attention : ces chiffres doivent être analysés avec prudence, vu les biais d'expérimentation de l'étude (plusieurs équipes d'expérimentateurs, inexpérience de certaines équipes, ...).

••••

Phase 3 : le suivi des enfants dépistés

Une troisième phase de l'étude est initiée depuis la fin de l'année 1999.

Cette phase consiste réellement à assurer le suivi des enfants diagnostiqués asthmatiques.

La famille de l'enfant est conseillée et informée sur l'asthme. Cette information est délivrée par le centre IMS d'Anderlecht et l'infirmière en santé communautaire de la maison médicale d'Anderlecht.

Cette information est centrée également sur les éventuelles procédures pour améliorer leurs conditions de logement (source



potentielle de l'asthme de leur enfant). Le médecin traitant de l'enfant est averti lui aussi des résultats des examens effectués sur son patient.

La réalisation d'un prélèvement de particules d'air et de poussières sera effectuée au domicile des enfants. Ce prélèvement devait dans un premier temps être réalisé via la collaboration du service de pneumologie de l'hôpital Saint-Pierre. Un contact récent avec l'Institut Louis Pasteur laisse à penser que les prélèvements et l'analyse de ceux-ci pourraient être effectués par leur intermédiaire.

Les résultats obtenus devraient pouvoir mettre réellement en rapport l'asthme de l'enfant avec des conditions de logement allergisantes ou insalubres.

Une aide pourrait être fournie aux familles des enfants dépistés afin d'améliorer les conditions de logement.

••••• Difficultés rencontrées durant l'étude

Plusieurs difficultés ont été rencontrées lors de la réalisation des trois phases de l'étude et ont fait prendre du retard à celles-ci.

- Eclatement de l'équipe première du projet (disparition de la FARES et de la Fondation pour la prévention des allergies, rupture avec le centre médical Galilée, manque de collaboration du service de pneumologie de l'hôpital Saint-Pierre, prise en charge d'autres projets par certains partenaires, ...).
- Le nombre d'équipe (trois) ayant effectué la première phase de l'étude a certainement entraîné des biais dans l'expérimentation et surévalué le nombre d'enfants dépistés dans cette première phase.
- Manque de moyens financiers et

humains pour la réalisation de cette étude. La seule aide obtenue est une aide financière de l'asbl Les Pissenlits et un soutien de cette association dans la réalisation du projet.

- Démotivation des partenaires de l'étude vu la lenteur et la lourdeur de celle-ci.

••••• Conclusion

Une recherche-action d'une telle envergure ne peut être menée sans soutien logistique et financier et surtout sans appui scientifique rigoureux garantissant la valeur scientifique des résultats obtenus.

Les conclusions et les résultats de l'étude devraient néanmoins attirer l'attention des pouvoirs publics sur le lien éventuel des pathologies respiratoires et des conditions de logement. Une étude de plus grande envergure, amenant des résultats comparables, pourrait avoir comme objectif et comme intervention planifiée une proposition de modification des arrêtés locatifs en vue de l'attribution prioritaire de logements sociaux aux familles dont un membre souffre de problèmes respiratoires.

En outre une information et une sensibilisation à l'asthme devraient être organisées à l'intention de la population (plusieurs initiatives sont déjà faites en ce sens).

Pour en finir avec les toxicomanies

Jean-Pierre Jacques, médecin et psychanalyste

.....

Psychanalyste et médecin, Jean-Pierre Jacques est directeur du Projet Lama, un centre d'accompagnement thérapeutique pour toxicomanes, qu'il a contribué à fonder à Bruxelles en 1981. Depuis les années 90, des « antennes » du Projet Lama se sont implantées dans différents quartiers chauds de la ville et développent une collaboration très étroite et autonomisante avec les intervenants médicaux et sociaux du lieu, tout en déployant des projets de santé communautaire favorisant la réinsertion des usagers de drogues dans leur milieu de vie. Parallèlement à cette activité, Jean-Pierre Jacques a publié de nombreux travaux consacrés à la pratique psychanalytique, aux traitements de substitution et aux politiques des drogues. Santé conjugulée l'a rencontré pour discuter de et autour de son récent ouvrage, Pour en finir avec les toxicomanies.

.....

.....

La toxicomanie, un fantasme ?

● Santé conjugulée

Le titre de votre ouvrage *Pour en finir avec les toxicomanies* n'est-il pas présomptueux ?

○ Jean-Pierre Jacques : *Ce titre a un côté racoleur, négocié avec l'éditeur pour attirer l'attention. Après coup, je ne le trouve ni malhonnête, ni abusif. Bien sûr, il y aura toujours des gens dépendants. Mais la dépendance est une chose et la toxicomanie en est une autre : c'est la désignation pathologique d'une forme particulière de dépendance. Ce que je prétends dans le livre, c'est que la toxicomanie recrute par le succès d'un mot qui promet en même temps l'extase et la pire des déchéances. En ce sens, faire trébucher la toxicomanie comme concept est un objectif raisonnable et de salubrité publique. De la même façon qu'ont disparu des phénomènes épidémiques pathologiques comme les énérgumènes du douzième siècle qui sillonnaient l'Europe en cohorte : le mot est resté, mais on a oublié que c'était des bandes de grands agités. La problématique n'a pas disparu, il y en a encore des agités de nos jours, mais il n'y a plus de cohortes, ils ne se recrutent plus par un effet de masse lié au succès du signifiant énérgumène.*

● **N'est-ce pas un jeu gratuit ? Beaucoup de gens pensent résoudre le problème du racisme en décrétant qu'il n'y a pas de fondement scientifique au racisme, ce qui n'empêche pas le racisme d'exister ! En disqualifiant le concept de**

toxicomanie, va-t-on arrêter le recrutement en toxicomanie ? Peut-on penser éliminer l'objet-toxicomanie sans éliminer la cause de la consommation ou sans éliminer l'idée qu'il y a derrière le mot toxicomanie dans la tête des gens qui stigmatisent les usagers de drogues ?

○ *La condamnation des toxicomanes est donnée dans la loi, et il y a toute une déclinaison de cette affirmation de la loi dans les traités de médecine, de psychiatrie, de criminologie. Mon effort, après celui d'autres auteurs comme Zafiroopoulos*, consiste à ruiner la prétention de construire un concept de toxicomanie qui tienne la route. Mais je conçois que persiste dans l'opinion générale une représentation sociale tenace qui ne dépend pas de la loi, qui fonctionne toute seule. Si le texte légal venait à être amendé, ce qui pourrait bien venir, il faudrait plusieurs générations pour réduire la part de condamnation morale et d'a priori qui s'acharne sur cette dépendance particulière. C'est un effort de tout moment d'arriver à penser cette dépendance au même titre que les autres dépendances, comme la cyberdépendance, la dépendance au travail, à l'amour, au sexe ou à la réussite. Le spectre des dépendances couvre l'ensemble des activités humaines. C'est un travail de déconstruction à faire d'abord au cas par cas, avec chaque sujet, car il vient à nous en disant « je suis toxicomane », il croit plus que quiconque que la toxicomanie existe puisqu'elle justifie sa misère et remplit dix ou quinze ans de sa vie. Ce travail de déconstruction continue avec son entourage, sa famille, avec les*

magistrats et au niveau du social tout entier.

● **Vous affirmez dans votre livre que le toxicomane n'est rien d'autre qu'une catégorie issue de la prohibition d'une classe de produit. Ne craignez-vous pas d'entretenir par-là la confusion entre l'usager et le produit ?**

○ Historiquement, ce sont les drogues exotiques qui ont toujours été décrétées illégales. Le tabac de la Semois, les vins des coteaux d'Italie ou de France, la bière n'ont pas été frappés de prohibition en Europe - on y est pas assez puritain pour prohiber l'alcool. On ne prohibe pas les médicaments psychotropes car ce serait contraire à la bonne estime qu'on a pour les laboratoires pharmaceutiques et la science dans notre culture. Les drogues illégales sont toujours des drogues d'autres cultures, au sens agronomique et au sens culturel : la coca des Andes, l'opium d'Asie, le cannabis d'Afrique. La prohibition commence au moment où l'opinion s'alarme devant le cas de gens qui abusent de certaines drogues : le 19^{ème} siècle scientifique pense que le produit est la cause de leur délire exactement comme Pasteur montre que les germes infectieux sont responsables des maladies. Il ne vient pas à l'idée que la problématique interne ou familiale propre au sujet ou le discours tenu sur les produits puisse être en cause. Très logiquement, les hommes de science et les faiseurs d'opinion de cette époque ont réclamé la prohibition en croyant que si on creuse l'écart entre le sujet et le produit, le sujet restera sain. Pourtant, tout démontre que la rencontre entre

un sujet et une drogue ne produit pas une toxicomanie de façon automatique. La toxicomanie n'est pas un phénomène accidentel, il faut au préalable certaines caractéristiques du sujet pour que la drogue suscite une dépendance. Le méfait de la loi, c'est de dire que la consommation de drogue, même occasionnelle, est toujours un facteur de catastrophe et donc de pénaliser de la même façon ceux qui en sont dépendants et ceux qui en usent à titre récréatif.

••••

La faute à qui ?

● **Qu'en est-il alors de la responsabilité de l'usager de drogues ? Vous décrivez un mouvement pénaliste qui dit « c'est la faute du sujet » et à l'opposé un mouvement plus moderne qui dit « c'est la faute de l'autre », l'autre pouvant être de l'ordre du social ou du psychologique. Plus loin, vous décrivez un complexe causal qui déborde largement ces deux extrêmes.**

○ Les deux positions ont raison et en même temps elles sont tout à fait insuffisantes. Prenons l'hypothèse génétique. Il n'est pas exclu que des facteurs génétiques entrent dans la prédisposition à l'abus d'alcool ou de certaines drogues. Typiquement, voici une faute qui n'incombe pas au sujet, il ne peut pas être tenu pour responsable de son patrimoine génétique, c'est la faute de l'autre. Pourtant les sujets dépendants nous disent : « On ne m'a pas attaché pour que j'en consomme, j'ai cherché la drogue, malgré qu'on m'ait bien

prévenu que cela pouvait mal tourner ». Ils portent donc une certaine responsabilité. L'enjeu du débat est de montrer que cette responsabilité n'est que partielle puisque on ne peut être responsable ni de la famille dans laquelle on est né, ni des gènes que l'on porte, ni du chômage qui frappe votre père, ni des pathologies familiales qui rendent fou... De tout cela le sujet ne peut pas être rendu responsable. Par contre, considérer qu'une drogue va constituer une solution, c'est sa responsabilité, au même titre que de tomber amoureux d'une femme alors que tout le monde vous dit que c'est une mangeuse d'hommes. Il y a des sujets invinciblement attirés par ce type de femme, tout en sachant que cela va tourner mal. Ils sont en partie responsables, mais cette responsabilité ne peut être décrétée qu'après coup, au moment où ils acceptent de se poser des questions sur leur responsabilité dans le malheur dont ils se plaignent. Il y a là quelque chose qui échappe à la linéarité de la responsabilité, quelque chose de difficile à concevoir quand on a tendance à penser la responsabilité en terme linéaire et comme devant être toujours déjà là.

● **Chez les sujets qui tombent en toxicomanie, c'est la dépendance qui est toujours déjà là ?**

○ Les sujets ne deviennent pas toxicomanes par hasard ou par accident. Avant même de rencontrer les drogues, avant même de savoir qu'elles existaient, ils avaient déjà une appétence. On prétend que les gens qui prendront de l'héroïne ou du cannabis commencent le tabac un à

● Pour en finir avec les toxicomanies (suite)

trois ans plus tôt que ceux qui vivent dans le même milieu socioculturel mais ne deviendront pas usagers de cannabis ou d'héroïne. Comme si ces sujets très tôt, vers 10-11 ans, étaient déjà intéressés par le psychotrope avant même de savoir quel effet cela produit. On a montré en France que les sujets issus de famille où on abuse de benzodiazépines ont beaucoup plus de risques que les autres de devenir dépendants d'héroïne. Là encore, quelle est la part de la transmission génétique, celle de la transmission comportementale ou simplement celle de la transmission d'un modèle existentiel ? Dans telle famille on transmettra : « si tu souffres, soulage-toi », dans une autre, on dira : « si tu souffres, souffre en silence », ailleurs : « si tu souffres, va parler à quelqu'un ». Chaque famille transmet des valeurs qui lui sont propres. Il y a des familles où tout le monde est en psychothérapie depuis trois générations, d'autres où tout le monde est médicamenté depuis trois générations...

● ● ● ● L'obscur objet du désir

● **Pourtant, devenir toxicomane tient aussi à quelque chose de l'ordre de l'objet du désir, par rapport à l'objet du besoin qui serait un déterminisme ?**

○ Oui, cela commence comme un objet du désir. Ce rapport avec le désir est très complexe. Pour certains, la drogue vient étayer un désir dont l'expression est insuffisante. Il y des gens qui consomment de l'ecstasy pour tomber amoureux, de la cocaïne

pour retarder l'éjaculation, pour séduire, c'est-à-dire soutenir le désir de l'autre. D'autres ont découvert que la drogue permet de se passer de la question lancinante du désir et y recourent pour l'anesthésier, l'héroïne et l'alcool en grande quantité conviennent parfaitement pour cela. Une fois qu'un sujet a constaté l'efficacité de la drogue, il ne peut s'en passer sous peine d'être ramené à la question qu'il tentait d'éviter, celle du désir, de l'impuissance ou de l'obsession. Il devient dépendant pour le service que cette dépendance lui rend dans le champ du désir, que ce soit pour le soutenir ou pour l'anesthésier.

● **C'est ce que vous appelez la fonction antalgique des drogues, utilisées comme remède à une douleur qui préexiste à la prise de drogues. Qu'en est-il alors du plaisir dans l'usage des drogues ?**

○ La représentation sociale dominante dit : les drogues procurent des plaisirs scandaleux. Raison donc pour s'acharner contre ces gens qui jouissent à tort et à travers. La rencontre clinique des sujets dépendants dément cette affirmation du plaisir. Pour les non dépendants, ceux qui parviennent à rester des consommateurs ponctuels, il en va avec les drogues illégales comme avec l'alcool : la conversation devient légère, le plaisir de la rencontre s'accroît... C'est très différent pour le sujet dépendant. Je postule - et c'est une thèse féconde en clinique -, que le sujet dépendant abritait une douleur préalable à sa rencontre avec les drogues, une douleur dont parfois il ne savait rien, dont il ne pouvait pas

parler, dont il n'avait pas trouvé la façon de la dépasser. Il découvre alors, par rencontre de hasard ou par recherche active, les drogues et le soulagement qu'elles procurent à sa douleur. Ce soulagement lui deviendra absolument indispensable. Un exemple clinique pour illustrer la nature de cette douleur : le suicide d'une mère qui fracture l'adolescence d'un jeune homme. Depuis, sa vie est une longue plainte sur le sens de la vie. Il trouve dans les drogues un soulagement transitoire insuffisant qui l'amènera (autre partie de la thèse de mon livre) à chercher dans la parole un sens que la drogue ne lui donne pas.

● **Cela situe le débat sur le plan du déterminisme et du causalisme psychologique.**

○ André Green** parle d'une causalité psychique qui serait de la même nature que celle qui fait manger trop ou s'acharner sur des jeux vidéo.

● ● ● ● Le poids des autres

● **Affirmer que la dépendance se déploie par un mécanisme préexistant et qui échappe à la volonté du sujet, vous conduit à proposer une suspension du jugement moral à son encontre. On comprend aussi que priver ce sujet de drogues ne modifiera pas son problème de dépendance.**

○ Avant « d'entrer en drogue », le sujet héberge un traumatisme dont souvent il ne sait pas grand chose sauf que cela lui gâche la vie. Il rencontre alors les drogues qui le soulagent et



puis il rencontre le jugement moral et légal sur les drogues, fortement armé par l'appareil policier. Cette douleur là, celle qui vient « après » la drogue, il la connaît : c'est la vie de persécution, la traque, la recherche d'argent, d'un avocat, d'un médecin. Cette douleur surajoutée est mieux connue du sujet, de son entourage, de ses thérapeutes. Et si la cure s'en tient à réduire cette douleur là, elle rend service mais n'est pas causale. Pour autant que le sujet y consente, il est intéressant de tenter de remonter à la douleur causale si cela est jouable ou possible (c'est dangereux chez les sujets mélancoliques et psychotiques). Je préconise donc de réhabiliter la dépendance. Comme l'a montré Albert Memmi**, le sujet humain est par nature dépendant, certaines dépendances sont socialement admises et même valorisées, d'autres sont pénalisées ou condamnées moralement. Si un sujet choisit tel type de dépendance il a ses raisons et elles méritent le respect. Tous les efforts pour le détourner de cette dépendance l'aggravent par les douleurs surajoutées qui, loin de l'aider à prendre congé de sa dépendance, l'enracinent de plus belle. J'en viens donc à

préconiser une pourvoyance légale et raisonnée des drogues pour en faire une dépendance comme les autres, comme la dépendance aux calories. Les calories sont source de dépendance mais il ne vient pas à l'esprit de les prohiber.

● **Vous décrivez le concept de toxicomanie comme une construction du social, du médical, du juridique. N'y a-t-il pas aussi une participation du discours psychologique dans cette construction ?**

○ Il est vrai que certains psychanalystes ont volé au secours de la prohibition des drogues de façon affligeante, déjà en 1964 devant le Congrès américain. Dans Malaise dans la civilisation, Freud**** dit que le progrès des civilisations exige des renoncements pulsionnels au sujet humain, et l'effort que l'homme doit faire sur lui-même pour entraver ses pulsions exige des satisfactions de substitution comme le travail, l'art, l'amour ou... les stupéfiants. Implicitement, il pronostique un succès croissant des stupéfiants, il ne s'est pas trompé. Mais dès les années 1920, les psychanalystes ont essayé de

constituer une psychologie du toxicomane. Mon effort, avec quelques autres auteurs, consiste à contester cette psychologie du toxicomane et, à partir de l'expérience clinique, à mettre en évidence qu'il y a plus de différences entre toxicomanes qu'entre un toxicomane et un non-toxicomane. Par exemple, l'hystérique toxicomane partage de nombreux traits avec l'hystérique non toxicomane, traits communs que ne partage pas l'hystérique toxicomane par rapport au psychotique toxicomane. Très souvent et avec un aveuglement inquiétant, la soi disant psychologie du toxicomane a retenu les figures les plus extrêmes de la toxicomanie pour décrire l'ensemble du champ de la toxicomanie. Les psychanalystes sont coupables d'une part de ne pas s'être méfiés du discours ambiant et du discours juridique et moral qui stigmatisaient la toxicomanie, et d'autre part de ne pas avoir discerné dans la toxicomanie qui se présentait à eux les figures cliniques extrêmement diversifiées qu'ils auraient pu repérer plutôt que de chercher une entité unique et stable qui en fait ne tient pas la route. Plus fort encore, les psychanalystes

● Pour en finir avec les toxicomanies (suite)

ont été les premiers à dire que la toxicomanie n'était pas une indication de psychanalyse. Maintenant nombre de psychanalystes se proposent à la rencontre avec des toxicomanes. Bien sûr, la cure-type n'est pas le fort des toxicomanes mais on pourrait dire qu'ils sont simplement en avance sur leur temps car aujourd'hui la cure-type ne représente plus qu'une partie du travail des psychanalystes. Sans rechercher une cure analytique typique, certains trouvent utile de rencontrer un analyste ou un autre spécialiste du travail dans le champ de la parole.

● **Des ouvrages récents comme *La fatigue d'être soi* de Alain Ehrenberg ou *Le monde sans limite* de Jean Pierre Lebrun, parlent de la déchéance des limites, des normes, dans une société du « tout est possible », où la liberté et l'autonomie deviennent des valeurs tyranniques effaçant les repères. Pensez-vous que l'explosion de la toxicomanie soit liée à un problème de repères, de perte des valeurs, d'écart à la norme ?**

○ *Je ne dirais pas perte des valeurs, je dirais changement de valeurs. Autrefois, à part pour les privilégiés, la liberté n'existait pas. C'est devenu une valeur et un droit revendiqué. Autrefois, le père avait droit de vie et de mort sur ses enfants, aujourd'hui s'il les touche, il vole en prison. De même, le plaisir est une valeur promue aujourd'hui parce que l'essor du capitalisme surfe sur la question du plaisir : les voitures, les parfums, les déodorants sont vendus pour du plaisir, la nouvelle économie autour d'internet et des télécommunications*

propose un gain de plaisir et de liberté. Ainsi le plaisir, la liberté, la fin des contraintes sociétales majeures vont de pair avec l'explosion des toxicomanies.

Mais il y a un autre facteur, très sous-estimé, c'est le rôle de la science. Dieu est mort, le relais est pris par la science. Et la science produit à jet continu des petits objets de jouissance : le walkman, l'internet ou les psychotropes. On n'arrêtera plus la ponte incessante de nouveaux psychotropes agissant sur des récepteurs qu'on n'imaginait même pas abriter dans notre cerveau. La science produit des médicaments pour lutter contre l'angoisse, la folie, la démence sénile et ces médicaments viennent revêtus de la validité de la science, contrairement aux drogues traditionnelles qui venaient des cultures. Le succès de l'ecstasy est exemplaire : c'est une prévention efficace du SIDA qui a donné l'avantage aux drogues qui s'avalent par rapport aux drogues qui s'injectent, mais c'est surtout un produit de la science beaucoup plus que les autres.

● ● ● ● **Une première ligne de soins pour les usagers de drogues**

● **La substitution est sans doute un préalable au travail de la parole : pour accéder à ce champ d'intervention, beaucoup de patients ont besoin de se libérer d'abord des contraintes juridiques ou physiologiques, ce que permet la substitution par la méthadone. Mais une fois entamée la substitution, les usagers de drogues sont rarement**

motivés pour poursuivre un travail « psy » plus spécialisé et s'en remettent, pour les accompagner, à leur généraliste qui n'est pas spécialement formé pour ce type de travail.

○ *Les généralistes sont en première ligne dans le champ de la parole, leur activité ne s'arrête pas aux gestes cybernétiques symptôme-diagnostic-traitement. Ce n'est pas différent avec les patients classiques ou les toxicomanes. La base, c'est d'abord la pourvoyance raisonnée et responsable qui indique le respect que l'on marque au sujet et à la dépendance dont il est l'objet. Il y a une responsabilité du médecin en tant qu'autorité parce que dans la négociation qu'il mène avec un sujet toxicomane, il manifeste son avis de médecin, c'est déjà de plain pied dans le domaine de la parole. Le champ de la parole infiltre toute la relation, autour de la question des doses, des demandes d'autonomie croissante, et apparaît à des détours où le médecin ne mesure pas toujours à quel point la réponse médicamenteuse pourrait court-circuiter la parole. L'exemple est celui de la demande de somnifère, qui n'est pas caractéristique aux toxicomanes. Au lieu de répondre par un inducteur de sommeil, n'est-ce pas l'occasion d'intéresser le sujet dans le champ de la parole au mécanisme qui bouleverse son sommeil ? Même chose dans le champ de la douleur. Il faut tenir compte de l'expérience de vie du sujet. Face à chaque symptôme, il y a moyen de restituer à la parole une certaine dignité et le généraliste peut transposer aux toxicomanes son expérience habituelle avec d'autres patients, en évitant de court-circuiter*

la demande par une prescription automatique.

● **Vous dites du médecin qu'il est un opérateur symbolique.**

○ *Le médecin qui connaît bien un patient depuis de longues années peut l'aider à prendre de la hauteur par rapport aux accidents de parcours et les mettre en série avec d'autres : c'est une opération symbolique. Un opérateur qui ne se contente pas d'additionner les catastrophes, les ratages amoureux ou professionnels ou sexuels, mais en découvre l'équation. Le sujet dit toxicomane est pris en tenaille dans un univers qui exige de lui des performances, par exemple amoureuses ou professionnelles, et en même temps lui dénie toute compétence. Il est important alors que le médecin puisse, si le patient y consent, modérer les exigences tyranniques de cet environnement ou modérer les reproches faits par cet environnement. A ce moment le médecin intervient uniquement dans le champ de la parole, comme quand il rencontre la famille, quand il téléphone à l'employeur. Il ne prescrit rien, ni examens, ni psychothérapie, il opère dans le symbolique.*

● **A plusieurs endroits dans votre livre, vous vous en prenez à ce qu'on fait actuellement en matière de prévention dans le domaine de la toxicomanie.**

○ *L'idée de critiquer la prévention ne m'était pas naturelle. Je rencontre des toxicomanes depuis vingt ans. Dès le début, ils me citaient des livres ou des films où ils avaient prélevé ce qu'il*

fallait savoir pour être un parfait toxicomane : Flash, Christiane F., l'herbe bleue, Train spotting... Ils y ont trouvé en condensé et en romancé, conditions qui fixent l'imagination, le vocabulaire, le style de vie, les arnaques. Ils ont eu des leçons de toxicomanie, alors que ces livres ont été écrits avec la plus noble intention de faire de la prévention. Je me suis demandé si c'était le sujet qui avait mal répondu ou si cela était inhérent au discours de la prévention. Supposons un sujet mal dans sa peau, convaincu de sa nullité totale, persuadé qu'il n'est pas à sa place dans le monde, qu'il ne mérite pas de vivre et d'être heureux. Dire à ce sujet : si tu prends des drogues, cela va tourner mal, c'est lui indiquer exactement ce qu'il faut faire pour outiller son masochisme, avec une plus-value phénoménale puisqu'en outre on lui dit que la drogue fait jouir. Non seulement il va se punir très sévèrement mais en plus il va prendre du plaisir ! Autant je me sens assuré pour critiquer les campagnes de prévention qui stigmatisent ou qui annoncent les pires calamités, autant je suis embarrassé de dire comment il faudrait construire une prévention qui tienne la route. Certainement il faut que les adolescents, les enfants même, soient au courant que les drogues existent et en connaissent quelque chose. Il me paraît encore plus urgent que la prévention produise tout son effort auprès des parents qui sont souvent les derniers à y connaître quelque chose. Les parents se contentent de savoir que les drogues sont interdites et nocives. Ce savoir engrangé, ils n'ont plus aucune curiosité et cela, c'est tragique. Comment intéresser les parents aux

drogues et au discours sur les drogues tenu par les jeunes et ceux qui usent de drogues ?

● **Bien que nous ayons déjà longuement parlé, nous n'avons fait qu'effleurer la matière de votre ouvrage. Alors, pour en finir avec cet entretien, il ne nous reste qu'à renvoyer nos lecteurs à *Pour en finir avec les toxicomanies*, Jean-Pierre Jacques, paru en 1999 chez De Boeck Université dans la collection Oxalis (248 pages).**

Le docteur Jean-Pierre Jacques était interrogé par Axel Hoffman.

Références des quelques ouvrages cités au cours de cet entretien :

*Zafiroopoulos M., *Le toxicomane n'existe pas*, Navarin éd., Paris, 1988.

**Green André, *La causalité psychique*, chez Odile Jacob, Paris, 1995.

***Memmi Albert, *La dépendance*, Gallimard, Paris, 1979.

**** Freud Sigmund, *Malaise dans la civilisation*, PUF, 1971.

Dis-moi d'où tu viens, je te dirai où tu vas

Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune

Comment paye-t-on les fautes de ses ancêtres ?

L'inconscient transgénérationnel

Nina Canault, Edition Desclée de Brouwer, 1999.

Des traumatismes trop durs pour que nos structures mentales puissent les digérer peuvent être « enfouis » comme dans une crypte et se transmettre de l'inconscient des parents à celui des enfants à travers les générations.

Il peut s'agir d'événements collectifs marquant ceux qui leurs survivent, comme l'holocauste, un naufrage, des bombardements, ou encore la défaite des Serbes au Kosovo en 1389, deuil jamais fait qui semble prendre sa revanche dans les actualités récentes. Il peut aussi s'agir de drames familiaux, tels qu'un inceste, un divorce, un emprisonnement ou la mort d'un être cher.

Si la théorie de la transmission entre générations n'est pas encore tout à fait élucidée, de nombreux cliniciens la constatent tant dans le domaine de la psychiatrie que dans celui des maladies somatiques (Crohn, asthme, accidents à répétition, troubles de la fertilité, etc.).

••••• Cryptes et fantômes

Il y a une trentaine d'années, Nicolas Abraham et Maria Török décrivent des faits cliniques dont la théorie freudienne ne peut rendre compte* et qui les conduisent à proposer une catégorie nouvelle dans la

classification psychanalytique des pathologies, celle des cryptes et fantômes.

La crypte est le déni de ce qui est, d'un événement souvent lié à la sexualité ou à la mort. Ce n'est pas un refoulement du désir, c'est le déni d'une réalité sans retour qui se trouve enterrée, incapable de renaître autant que de tomber en poussière. Ce qui, à une génération, se constitue en crypte deviendra fantôme par le truchement des transmissions inconscientes à la génération suivante.

Ainsi, les fantômes ne sont pas les trépassés qui viennent nous hanter, mais les lacunes laissées en nous par les secrets des autres. Ils sont toujours le contrecoup d'un événement familial ayant impliqué le sexe ou la mort traumatique : un viol, un inceste, un crime... événement tenu secret ou masqué par le mensonge.

Comment un fantôme se transmet-il de l'inconscient d'un parent à l'inconscient de l'enfant ?

L'enfant se construit en posant des questions à ses parents et lorsque

Récit de Didier Dumas, analyste, extrait du livre de Nina Canault.

La première fois qu'un fantôme s'est présenté dans mon bureau, j'étais si peu préparé à en percevoir l'existence que je l'ai réceptionné par un trouble corporel d'une violence ahurissante : j'éprouvai d'insupportables crispations abdominales. Ces douleurs m'assaillaient dès que je recevais une cliente qui, pourtant, ne disait plus mot depuis des mois. Il s'agissait d'une femme à qui l'on avait donné le prénom d'une sœur morte en bas âge qui la précédait. Je l'ai appelée Blanche. Cette femme avait donc été conçue en remplacement d'une autre. Et de plus, en lui donnant l'identité d'une morte, sa mère ne s'était pas seulement délestée sur elle du deuil de sa première fille. La mort de cette sœur aînée était déjà le produit d'un fantôme, d'un autre deuil non fait dans l'enfance de sa mère, celui d'une sœur de la mère qui s'était noyée alors que, petites filles, elles jouaient toutes deux près d'un étang. Cela faisait presque neuf mois que Blanche venait ponctuellement à ses séances, mais sans dire le moindre mot, et que je n'arrivais pas à comprendre ce que signifiaient ces douleurs abdominales, créées chez moi par son mutisme. Jusqu'au jour où, dans la suite de toutes les questions que je me posais sur ce phénomène, je prolonge la séance et je suis stupéfait de ce que je l'entends dire : « Je voulais vous dire que je voulais être dans votre ventre ». J'ai donc instantanément saisi ce que ces douleurs de ventre signifiaient. Elles exprimaient le désir qu'avait Blanche de trouver, en ma personne, une mère utilisable pour elle seule. Durant ces neuf mois de silence, elle avait régressé sans oser prononcer ce désir, a priori obscène, de vouloir se loger dans le ventre d'un homme. Son silence était une régression à l'état de fœtus. Et à travers ce désir imprononçable, elle exprimait la souffrance de n'être venue au monde qu'en remplacement d'une autre, de celle dont elle portait le nom.

certaines de ces questions ne reçoivent pas de réponse, l'enfant se retrouve avec des images dans la tête qu'il ne peut associer à des mots, des images mentales auxquelles il ne peut trouver de sens : des fantasmes. Se construisant par identification aux parents, l'enfant duplique leur structuration mentale et c'est ainsi qu'il peut inconsciemment intégrer toutes sortes de zones d'ombre et importer dans son propre psychisme une histoire de famille tenue cachée. Restée inconsciente, cette duplication se manifesterà à l'âge adulte par des troubles psychiques ou somatiques.

• • • • **Génosociogramme**

Pour aider ces patients, des thérapeutes leur proposent de reconstruire leur arbre familial imaginaire, c'est-à-dire non pas tel qu'il s'est déroulé en toute objectivité, mais tel qu'ils le portent en eux. Cette histoire présente des trous, des non-dits que le travail avec le thérapeute tente de combler. C'est la pratique du génosociogramme.

Le génosociogramme s'appuie sur deux outils : le travail en groupe et la communication non verbale. Le travail en groupe, issu de l'expérience du psychodrame (Moreno) permet une fonction de résonance, basée sur l'hypothèse qu'il existe un co-inconscient groupal comme il existe un inconscient familial. Nourrie par les observations de Françoise Dolto et de l'école de Palo Alto, l'attention au langage non verbal éclaire des sens inconscients qui se manifestent par des attitudes, des lapsus gestuels, une

utilisation de l'espace.

C'est sur ces bases que se développent des thérapies psychogénéalogiques, qui, bien que d'inspiration psychanalytique (importance de l'inconscient, analyse des rêves) ne sont pas des psychanalyses ni d'ailleurs des thérapies comportementales. Elles approchent l'individu dans sa globalité, incluant la dimension spirituelle : la notion de filiation peut se décliner soit par rapport aux ancêtres et au monde qui nous entoure, soit par rapport à un esprit créateur et au « mandat » qu'il délivre à une lignée. Cela ne signifie en rien que la psychogénéalogie se réfère à l'ésotérisme ou à l'astrologie : c'est une pratique très terre à terre, qui peut s'accompagner d'activités « au ras des pâquerettes » telles que la consultation d'archives de famille ou d'actes officiels. Le syndrome d'anniversaire en est une illustration déroutante, quand la répétition généalogique d'événements traumatiques semble être liée à des chiffres signifiants, tels que des dates ou des âges marquant.

• • • • **Papa, maman, l'enfant**

L'approche transgénérationnelle des difficultés psychologiques conduit à une réflexion sur la place et le rôle des membres de la famille, d'autant plus nécessaire que ces rôles sont remis en question par la mutation actuelle du concept de famille. La reconnaissance de l'enfant comme sujet désirant, l'appropriation de son corps par la femme qui a conquis le droit de jouissance et celui de n'être pas

qu'une mère, la mise au rancart du concept d'autorité paternelle qui oblige l'homme à se repenser dans sa relation à l'enfant et à la femme, tout cela conditionne la façon dont nous transmettrons nos traumatismes à nos descendants...

• • • • **Des histoires**

Nina Canault est journaliste scientifique et philosophe et a fait une psychanalyse. Dans ce livre où elle pourrait faire étalage de ses qualités, elle a pourtant choisi de donner la parole à d'autres : tout y est exposé sous forme de discussions avec des praticiens, analystes, psychothérapeutes ou médecins, qui prennent plaisir à illustrer leurs réflexions de cas cliniques clairs et vivants. Tout paraît si simple quand on parle à des gens passionnés par ce qu'ils font...

* Les premiers textes de Nicolas Abraham et Maria Török sont réunis dans *L'écorce et le noyau*, Aubier-Montaigne, 1978.

