

Bonjour

Les périodes de crises sont souvent des moments de transformation. En sera-t-il de même de la grève actuelle qui touche les secteurs de l'imagerie (radiographie, scanner...) et de la biologie médicale (analyses de sang...)? Genèse : le budget de ces secteurs a été dépassé et, ainsi que l'y autorise la loi, le ministre des Affaires sociales veut récupérer les montants du dépassement en diminuant les honoraires des actes techniques réalisés durant les quatre derniers mois de 2001. Ces actes étant facturés directement à la mutuelle, le public n'y verra guère de différence car le ticket modérateur ne varie pas ; par contre les médecins concernés travailleront pour un montant raboté d'environ 30 %. L'Association belge des syndicats médicaux (ABSyM), syndicat majoritaire chez les spécialistes, conteste la manière avec laquelle ces « rattrapages » budgétaires sont mis en oeuvre et riposte en organisant plusieurs périodes de grève de quatre jours dans ces secteurs. La situation est d'autant plus inquiétante que le budget alloué aux soins de santé pour 2002 (581 milliards de BEF) est de près de 14 milliards inférieur aux besoins estimés par le ministre lui-même : il est dès lors inévitable que les mêmes problèmes se reposent dans un avenir bref. Dans le même temps, on parle dans les hautes sphères de réduire le paquet de soins couvert par l'assurance maladie invalidité, entre autres de ne plus rembourser les soins dentaires et kinésithérapeutiques (ce qui contraste avec les projets de remboursement de certaines médecines parallèles...). Faudra-t-il s'en remettre à des assurances privées? A moins que les mutuelles, chacune dans

leur coin, ne développent davantage de produits réservés à leurs affiliés, poursuivant sur la lancée de Hospisolaire ou de Medi-Kids ? Et dans ce climat délétère, faut-il s'étonner que nombre de praticiens cèdent au découragement et laissent tomber les bras ? Nous vous proposons quelques réflexions sur ces questions avec les articles de Jacques Morel (page 2), Joëlle Van pé (page 4) et Anne Gillet (page 6).

Loin de ces brouhahas et en quelques phrases brèves, Marie Ryckmans nous remet en face de la réalité qu'est « soigner une personne » (page 9). N'est-il pas primordial de ne jamais perdre cette réalité de vue ? C'est aussi le sujet qu'abordera le colloque « Domicile et bienveillance » que nous présente Patrick Jadoulle en page 10.

On entend encore dans les campagnes reculées des réflexions du genre : « les traitements à la méthadone, c'est une arnaque, c'est remplacer une drogue par une autre ». On aurait tort pourtant de balayer cette question du revers de la main, car elle en sous-tend une autre, pas du tout rétrograde : qu'en est-il de l'autonomie de l'utilisateur quand la cure, comme il se doit, se fait chronique ? Ou, pour reprendre les paroles du psychiatre Serge Zombek : « à la lumière (la lueur parfois) des « toxicomanies », qu'ai-je appris sur la condition humaine et les contrats à durée indéterminée, mais finie cependant, que nous signons avec le destin dès le jour de notre naissance ? ». A une question aussi joliment tournée, comment résister à l'envie de lire la réponse (page 12).



Faire du lieu où nous passons une grande - si pas la plus grande - partie de notre vie un espace propice au développement et au maintien de la santé, tel est l'objectif que nous vous proposons de cerner dans notre cahier. Nous ouvrirons trois chantiers de réflexion. Sur un plan très immédiat, physique, quels sont les dangers qui nous guettent dans notre *home, sweet home* et quels moyens avons-nous pour les réduire ? Au-delà de ces préoccupations, nous nous demandons avec des architectes et des philosophes ce que représente le simple fait d'habiter quelque part et comment concevoir l'habitat pour qu'il favorise la santé à tous points de vue, y compris mentale et sociale ? Enfin, il nous restera à envisager la question qui est malheureusement la plus importante : comment se peut-il que tant de gens aujourd'hui encore n'aient pas accès à un logement décent et que peut-on faire pour remédier à ce scandale ?

Bonne lecture.

Grève des soins ? Décidément non !

Jacques Morel, médecin généraliste, secrétaire général de la Fédération des maisons médicales

•••••
Sur la forme

L'Association belge des syndicats médicaux (ABSyM), syndicat majoritaire dans les milieux spécialisés s'est lancée dans l'expérience douteuse, parfois douloureuse pour les patients, d'une troisième grève des soins (après celles de 1964 et de 1980). Si déjà en 1980 les divergences d'intérêts et d'opinions étaient apparues entre médecins spécialisés et généralistes, l'hiatus a depuis lors été confirmé par les élections syndicales à l'intérieur de la profession. Le Cartel, majoritaire chez les généralistes, prône une coopération vigilante avec le ministre plutôt qu'une grève dont les dégâts financiers et psychologiques sont rarement compensés.

Le nouveau patron de l'ABSyM, Jacques DeToeuf, avait pourtant fait sa récente campagne présidentielle sur le partenariat syndicalo-politique, dénonçant la grève comme une action dépassée, au grand dam de son prédécesseur André Wynen.

Concrètement, ce sont essentiellement les secteurs diagnostiques qui sont mobilisés : imagerie et biologie clinique (le secteur de la dialyse rénale également mais les problèmes sont d'un ordre différent).

En cause, dix milliards de dépassements budgétaires enregistrés au cours des deux dernières années dans ces secteurs, et leur contribution, avec d'autres secteurs comme celui du médicament,

à une flambée des coûts de l'assurance maladie.

Pour assurer le contrôle budgétaire, le Gouvernement propose des mesures d'économie qui en quatre mois - de septembre à décembre 2001 - compensent ces dépassements. Il impose des restrictions spécifiques en imagerie (1,5 milliards), biologie (833 millions) et dialyse rénale (350 millions). Par une circulaire aux médecins, il fixe de nouveaux honoraires en biologie et imagerie de manière à réaliser les économies nécessaires.

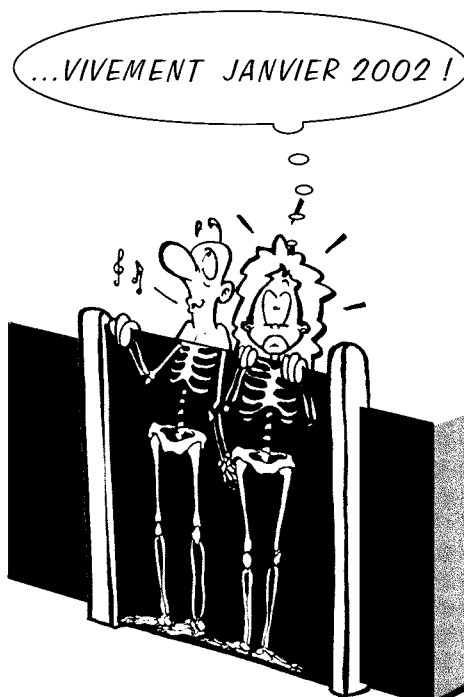
Par ailleurs, le ministre Vandembrouck propose en vue de la prochaine

médicomut une augmentation significative du budget des soins de santé à hauteur de 594 milliards (plus 42,1 milliards par rapport à 2001) et lie cet accroissement à des mesures plus structurelles.

Son argument porte sur le fait que, pour obtenir un financement complémentaire, la crédibilité du secteur passe par la démonstration que les moyens seront judicieusement utilisés. Et ce credo s'appuie sur la science et la rationalité qu'il conjugue dans la référence à *l'evidence based medicine*.

Plusieurs études montrent des écarts importants d'attitude médicale et hospitalière à l'égard d'une même pathologie ; la volonté est de diminuer les coûts en supprimant les actes superflus ou obsolètes mais aussi en mettant en place, dès ce mois d'octobre, un centre pour *l'evidence based medicine*, afin de venir en soutien à des pratiques plus efficaces. Il importe que l'autorité publique concerte les acteurs dans cette démarche et sollicite la coopération des professionnels à la mise en place de ces mesures. Le Cartel a fait des propositions dans ce sens : il s'agit qu'il soit associé à cette lutte contre les prestations inutiles et en faveur de pratiques de qualité.

RESTRICTIONS BUDGETAIRES & EVIDENCE BASED MEDICINE
SATISFACTION MITIGEE DE LA PATIENTELE



•••••
Sur le fond

La volonté du ministre des Affaires sociales de contrôler

les dépenses et particulièrement de supprimer les interventions inutiles nous paraît légitime d'autant qu'elle paraît bien s'insérer dans des perspectives plus globales de refinancement, de maintien d'un système équitable et efficient.

L'organisation d'une politique de santé au sein d'une politique sociale solidaire et équitable reste un objectif essentiel, les systèmes sociaux et de santé mis en place doivent en être le reflet. Depuis les origines du conflit entre médecins diagnosticiens et ministre, on a vu sortir de l'ombre certaines propositions plus clairement libérales : le VLD du Premier ministre proposait de limiter le refinancement des soins de santé à 50 % des montants proposés par les autres partis et assortissait cette position de mesures de privatisation de quelques activités comme les soins dentaires et la kinésithérapie.

Bénédicte Vaes, dans un éditorial du Soir rétablissait la hiérarchie des enjeux, invitant les acteurs à ne pas se tromper de conflit ou d'ennemis *« autour d'un rêve d'assurance privée offrant des recettes complémentaires aux médecins pour un investissement plus faible de l'Etat, les libéraux du VLD et de l'Association belge des syndicats médicaux pourrait faire front unis »*. En outre, le lit de la scission des soins de santé y trouve son creuset. *« La Flandre développe déjà son assurance-soins qui couvrira ce que l'INAMI ne couvre plus et la solidarité communautaire détricotée risque bien d'imposer au patient wallon de dépenser plus ou de se faire moins soigner »*.

La réalité de la médecine à deux

vitesses serait renforcée pour les patients, mais aussi pour les médecins pour qui, quelques libérales que soient leurs revendications, n'en demeurent pas moins pour une large part des salariés déguisés du système de l'assurance maladie.

Les intentions du ministère des Affaires sociales (contrôle des dépenses dans une perspective plus globale de maintien et de refinancement d'un système de soins équitable) sont potentiellement porteuses d'améliorations au bénéfice de la santé de la population pour autant qu'elles s'inscrivent dans la cohérence d'une politique. Comme le Cartel, comme le Groupement belge des omnipraticiens, la Fédération des maisons médicales est preneuse de collaborer à ce chantier.

Chacun pour soi... ?

Joëlle Van pé, directrice administrative de la Fédération des maisons médicales

.....

Contribuer selon ses moyens et bénéficier selon ses besoins, c'est le principe fondamental de la sécurité sociale. Au sein de différentes mutuelles ont vu le jour plusieurs projets dont on peut craindre qu'ils mettent ce principe à mal.

.....

Dès son lancement, Hospi-solidaire a suscité des critiques violentes de la part de l'Union professionnelle des entreprises d'assurance (UPEA) et de certaines compagnies d'assurances. Elles intentèrent une action auprès du tribunal de commerce pour obtenir la cessation des activités des mutualités chrétiennes dans la prise en charge des coûts des soins hospitaliers sous le motif de concurrence déloyale. Ces compagnies proposent en effet de nombreuses formules d'assurance groupée couvrant ces frais.

Estimant nécessaire d'introduire une question préjudicielle devant la Cour d'arbitrage sur l'égalité de traitement entre les assureurs et les mutualités, le tribunal s'est vu répondre que la spécificité des activités mutualistes, centrées sur la santé et appliquant les principes de solidarité, d'absence de but lucratif et de non discrimination, justifie la maintien d'une loi propre qui ne viole en rien les articles 10 et 11 de la Constitution. L'action en cessation n'est donc pas applicable.

La question n'en est pas pour autant résolue, et les craintes demeurent. Il est inquiétant que cette Hospi-solidaire ne joue qu'entre affiliés de cette mutuelle. Tout aussi inquiétant est le fait de couvrir par une assurance complémentaire un risque que tous s'accordent à dire qu'il relève du « noyau dur » de l'assurance maladie (soit hospitalisation en chambre commune ou à deux lits).

Juillet 2001 : les mutualités socialistes lancent Medi-Kids dont l'objectif est de prendre en charge les frais médicaux pour les enfants de moins de 18 ans atteints de pathologies

graves (cancer, mucoviscidose, etc.) au-delà d'une franchise de 30.000 BEF par an, le tout dans le cadre de l'assurance complémentaire.

Condition : le demandeur doit s'engager dans la mesure du possible à recourir aux services mutualistes mis à sa disposition ou conseillés par l'assistante sociale de sa mutualité.

Dans le cas de Medi-Kids, on peut se poser la question de la pertinence d'un tel projet par rapport à la facture maximale développée par le ministre Vandembroucke dans la définition du budget de l'AMI pour l'exercice 2001 et qui propose de plafonner les dépenses en matière de santé pour les enfants jusque 15 ans à 26.000 BEF par an. Toutefois, le produit couvre d'autres frais non couverts par facture maximale : matériel médical, frais d'alimentation, etc.

Les deux services ont les mêmes avantages et inconvénients. Avantage : un système solidaire (tous les affiliés y participent). Inconvénients : la solidarité entre cotisants est inégale puisqu'il s'agit du même montant pour tous les affiliés (et non d'un montant en rapport avec leur capacité contributive) ; le principe de ces couvertures « intra »-mutuellistes ouvre la porte au désengagement des autorités tentées de ne pas inclure dans l'assurance obligatoire, seul garant d'un accès au soins pour tous, des frais assumés par certaines mutuelles. Les promoteurs de Medi-Kids sont d'ailleurs conscients de ce risque, et déclarent que leur initiative est un « *pis-aller humanitaire, dicté par certaines détresses présentes. L'objectif foncier pour l'Union des mutualités socialistes reste d'obtenir à terme une*

En janvier 2000, les mutualités chrétiennes lancent un nouveau service : l'assurance Hospi-solidaire. Cette assurance rembourse les frais d'une hospitalisation au-delà de 10.000 BEF pour un adulte, de 5.000 BEF pour un enfant ou de 2.000 BEF pour une hospitalisation de jour. Elle est incluse dans l'assurance complémentaire obligatoire pour un surcoût de 115 BEF par mois et est acquise sans aucune sélection du risque.

Ces conditions intéressantes sont financées grâce aux rentrées assurées par le caractère obligatoire de la cotisation pour tous les affiliés de la mutuelle, et la viabilité du projet repose sur des conventions de maîtrise des coûts négociées avec plusieurs hôpitaux.



couverture financière suffisante de ces affections pédiatriques lourdes par l'assurance maladie obligatoire. » (Renouer n°46, juillet-août 2001).

Les idées qui circulent actuellement ne semblent néanmoins pas s'orienter dans la direction d'une plus grande couverture des frais de santé par l'assurance maladie invalidité, ainsi que le suggère une note interne du cabinet Verhoostadt évoquant le projet de ne plus couvrir les frais de dentisterie et de kinésithérapie.

Ce premier octobre 2001, le coup d'envoi de l'assurance-dépendance de la Communauté flamande ne nous rassène pas davantage. Bien que de nature différente que les initiatives mutualistes, cette assurance enfonce un nouveau coin dans le principe de solidarité. Désormais, selon la mutua-

lité qui a emporté votre adhésion, selon la langue que vous parlez, ou selon les primes d'assurance que vous pouvez payer, vous aurez droit à une couverture différente de vos soins... et à terme, à des soins différents.

La désarticulation entre la solidarité et l'assurance s'aggrave. Le problème dépasse largement les jongleries budgétaires auxquelles se réduisent trop souvent les débats politiques sur la santé. Seuls un attachement farouche au principe de solidarité et une réorganisation en conséquence de notre système de soins permettront de réduire cette luxation.

Un médecin généraliste sur deux atteint de burn-out ? Un choix de société

Anne Gillet-Verhaegen, médecin généraliste à Bruxelles, vice-présidente du Groupement belge des omnipraticiens (GBO)

.....

Au printemps de cette année, la presse médicale se fit l'écho d'une enquête qui révélait l'importance du phénomène de burn-out qui touche près d'un médecin généraliste sur deux. Le burn-out désigne un syndrome officieux qui se caractérise par un épuisement moral ou intellectuel, une sensation d'être irrémédiablement débordé, largué, de ne plus pouvoir donner et se donner à ses patients. Le docteur Anne Gillet nous offre une lecture politique des conclusions de cette enquête.

.....

C'est sans étonnement que nous lisons les résultats de l'enquête concernant le sentiment de « burn-out » des médecins, plus particulièrement généralistes. Toutes raisons invoquées (excès de travail dans une société revendiquant le partage du travail couplé au partage des charges familiales, honoraires insuffisants...) ont leur valeur. Je pense que nous pouvons aller plus loin dans la réflexion. Je suis convaincue que l'état d'esprit de nos confrères est le résultat de choix de société pris à tous niveaux depuis de très nombreuses années. Cinq constats appuient cette analyse.

.....

Une formation trop exclusivement scientifique

Les études de médecine sont encore trop peu adaptées à l'approche des réalités humaines rencontrées en médecine générale : pas de cours de santé publique, peu de cours de sciences humaines, des études très orientées vers l'approche hospitalière et technique.

La confrontation à la maladie a toujours été chose difficile. Mais aujourd'hui, les médecins généralistes sont confrontés à une inadéquation fréquente entre le savoir technoscientifique médical universel enseigné et la réalité individuelle, très diversifiée de chaque patient. C'est alors essentiellement empiriquement au cours de leur pratique, qu'ils apprennent la rencontre avec l'humanité de leurs patients.

.....

L'illusion de la toute-puissance de la médecine

Les patients sont très souvent illusionnés quant aux possibilités offertes par la science médicale, illusions entretenues par le discours spécialisé dominant (« tout est possible et ce tout répondra à votre manque ») et par la médiatisation de l'hypertechnicité de la pratique médicale (pour preuve les émissions vantant les dernières prouesses médicales, les présentant comme progrès universel). Globalement les généralistes résolvent 80 % des problématiques rencontrées. Mais lorsque les patients exigent d'échapper

à tout échec et à tout risque, les généralistes sont alors confrontés à la discordance entre leur pratique basée sur la « probabilité » des réussites et l'exigence de certitudes entraînant ces patients dans une fuite en avant dans la revendication d'actes médicaux.

.....

La médicalisation des problèmes de société

La société délègue aux médecins la gestion des conséquences médicales et sanitaires des drames environnementaux, de la dégradation sociale suite aux drames humains (guerres, immigrations...) et suite aux choix économiques d'hyper-compétitivité et de dérégulation, engendrant stress, précarité, chômage...

Mais que peuvent les médecins face à ces drames quand par ailleurs la société exige d'eux de gérer ces conséquences au moindre coût ?

.....

La dévalorisation du rôle du généraliste

Dans notre système de libre concurrence, les partenaires médicaux ne reconnaissent que trop rarement le rôle central du généraliste dans le système de soins.

Trente ans de négociations médico-mutuellistes entre mutuelles, INAMI et un syndicalisme médical dominé par les médecins spécialistes ont favorisé le monde technique et hospitalier, dépréciant et appauvrissant fortement la médecine générale. Bien que des pas soient franchis vers

I' M BURNING OUT !!



la reconnaissance de leur rôle, par la mise en route du dossier médical global par exemple, les généralistes souffrent du manque flagrant de collaboration des médecins spécialistes, très certainement au niveau syndical lors des décisions prises lors des négociations. Sur le terrain, nous saluons par contre la synergie entre certains d'entre nous et le travail de haut niveau effectué grâce à cela. Mais il est regrettable de devoir constater la frilosité de beaucoup d'autres se situant encore au stade de rivalité corporatiste.

Or, relever le défi de rencontrer les problématiques posées par la santé de la population ne peut se faire sans un système structuré et répondant à des règles spécifiques de fonctionnement, où chaque prestataire se sait reconnu, accepté, utilisé et payé pour ses compétences propres, en un mot : un système de soin basé sur le principe d'échelonnement non contraignant. D'autre part, les médecins généralistes évoluent dans un jeu qui leur échappe, joué par différentes parties : mutuelles, syndicats médicaux, partis politiques, hôpitaux, universités, firmes pharmaceutiques, fabricants et vendeurs d'équipement médical, constructeurs en bâtiments médicaux avec chacun leur logique structurelle et leur objectif de rentabilité. Certes le langage de ces différentes parties pourrait bien être favorable à une politique assurant le bien-être, mais les décisions prises sont encore fort éloignées de cette politique de bien-être, les intérêts de

chacun se heurtant à ceux des autres. « *La dispensation des soins de santé est actuellement trop souvent assimilée à une entreprise de services, régie par les lois du marché et de la concurrence, avec le patient comme consommateur et la médecine comme produit à lui vendre, alors qu'on peut penser que le système de soins de santé remplit bien d'autres fonctions que la simple production de soins : il nous faut reconnaître qu'il contribue d'une façon majeure à la cohésion sociale de notre communauté par la solidarité qu'il implique entre tous ses membres.* » (Jean-Michel Melis, médecin).

Dans ces conditions de libre concurrence, les généralistes assument souvent un rôle d'interface entre le monde médical et le patient pour atténuer l'influence du jeu financier dans les décisions prises. Mais ce rôle est extrêmement difficile à tenir. Il est difficile d'être en possession de tous les éléments, de décrypter tous les jeux d'influence. Pourtant ce rôle est indispensable pour permettre au patient de comprendre les enjeux individuels et collectifs des démarches médicales le concernant.

Pour tenir ce rôle, les généralistes se doivent d'être indépendants financièrement et intellectuellement de toute structure et de tout intérêt qui seraient en conflit moral ou financier avec les intérêts médicaux des patients. Or la diminution de leurs revenus menace leur indépendance financière et risque de les pousser à accepter certaines compromissions. Leur

indépendance intellectuelle est aussi menacée et ils voient avec suspicion les conseils scientifiques donnés par les firmes pharmaceutiques... qui veulent qu'ils prescrivent plus, et les conseils scientifiques donnés par les organismes assureurs et autre INAMI... qui veulent qu'ils prescrivent moins... et qui demain peut-être dicteront ce qu'il est bon de diagnostiquer et de traiter.

•••• **Impuissance relative des pouvoirs publics**

Les pouvoirs publics, otages bien souvent de la société marchande, lancent des messages se souciant de la santé publique et dans le même temps se plient aux exigences marchandes. La contradiction est criante lorsqu'on réalise qu'au même moment, les pouvoirs publics adressent aux généralistes une mise en garde contre l'effet dommageable de leurs prescriptions d'anti-inflammatoires et simultanément autorisent la mise sur le marché d'anti-inflammatoires non soumis à la prescription. Et

• Un médecin généraliste sur deux atteint de burn-out ? Un choix de société • (suite) • • • • • • • • • •

comme si cela ne suffisait pas, ils acceptent en sus la publicité pour les médicaments, les mettant au rang des produits de simple consommation et promouvant l'idée fallacieuse qu'à tout problème répond un produit efficace et sans danger.

La relative impuissance des pouvoirs publics les a amenés à exiger des généralistes de nombreuses tâches administratives pour contrebalancer la puissance marchande, contribuant ainsi à les étouffer sous le poids d'un travail bien éloigné de leur mission première, leur mission médicale.

Saluons cependant les initiatives récentes au sujet des remboursements des médicaments et de la structuration de la première ligne.

• • • • **Conclusions**

Les généralistes occupent un rôle central dans le système de soins. Ils dispensent des soins efficaces, accessibles au plus grand nombre, à un coût raisonnable, répondant à 80 % des problématiques qu'ils rencontrent. Mais la complexification de la société qui a modifié les rapports entre les patients et les médecins, le manque de collaboration structurée entre les médecins eux-mêmes et la marchandisation de la médecine et des patients eux-mêmes ont engendré un sentiment d'insécurité chez beaucoup de généralistes, déstabilisant leur confiance en eux. Ce sentiment d'insécurité a pour conséquence d'aggraver leur perception péjorative des événements et l'impression de recevoir de plein fouet leurs charges destructrices.

• • • • **Quelques pistes pour améliorer la situation...**

1. Des études de médecine répondant encore mieux à l'apprentissage de la médecine générale, avec une formation tant scientifique que de sciences humaines.
2. Une meilleure promotion publique des compétences et de l'utilité de la médecine générale, couplée à l'étude des besoins de la population, analysés sous l'angle de la médecine générale qui approcherait de plus près la réalité de tous sur le terrain.
3. L'octroi de moyens suffisants aux politiques de « bien-être » qui devraient englober les politiques de l'emploi, de l'enseignement, de la culture, du logement, de l'environnement, de l'immigration... et l'octroi de moyens suffisants à une politique de santé donnant une place plus réelle à la prévention, ce qui soulagerait la charge de travail curatif ou trop souvent « palliatif » des généralistes.
4. La promotion d'un système de soins basé sur un système d'échelonnement non contraignant, favorisant la collaboration structurée entre les différents prestataires.
5. La maîtrise de la politique des soins de santé par les pouvoirs publics en collaboration serrée avec les différents partenaires, pour limiter le champ commercial de la pratique médicale.
6. Quant aux généralistes eux-

mêmes : on peut penser que la pratique de groupe leur permettrait de porter à plusieurs le poids des incertitudes professionnelles par le partage des expériences et atténuerait de ce fait leur malaise et sentiment de burn-out.

En outre, on peut aussi penser que l'intensification des formations à l'approche relationnelle et des réflexions sociales, éthiques et politiques couplées à leurs formations scientifiques, les armerait dans leurs démarches pour donner un sens individuel et collectif équilibré au travail qu'ils accomplissent.

Pour notre part, nous invitons les médecins à participer au travail de syndicalisme médical pour faire entendre leur voix généraliste et permettre un travail de concertation déjà entamé... mais très malheureusement encore entièrement bénévolement.

Nous les invitons aussi à s'allier aux autres professions, artisans de l'amélioration de la qualité de la vie, pour exiger de nos représentants démocratiques de mettre en place les conditions optimales pour l'exercice de nos métiers.

La représentation de la maladie

Témoignage d'une infirmière

Marie Ryckmans, infirmière sociale à la maison médicale Santé Plurielle

.....
Quelle place peut donc prendre l'infirmière entre le diagnostic et la guérison (ou la chronicité), entre l'acte de soin et le bien être de tout le corps ?

directement en contact avec le corps (ou l'esprit) blessé du malade, parfois de manière abrupte, très intime. Et nos soins sont parfois, eux aussi, agressifs. La parole et le respect permettent une élaboration autour du soin. Notre soin sera également inscrit dans l'ensemble des contacts et soins effectués par l'entourage et les autres soignants.

à domicile, pour un soin ponctuel ou chronique, la « maladie » va être révélée d'un jet ou par petite touche par la personne elle-même.

Ce qui me semble le plus important, c'est sans doute de faire un bout de chemin dans le contexte de la maladie : écouter ce qui se dit, ce que le patient en pense, comment la vit l'entourage, quelle place elle occupe, est-elle liée à une culpabilité, quelle est sa représentation dans le passé, le présent et l'avenir...

Jamais deux pathologies identiques ne seront vécues de manière semblable. Pour certains, la maladie prend toute la place, pour d'autres, elle reste marginale ; parfois elle peut anéantir toute l'énergie ; à d'autres moments, elle est l'occasion de mobilisation, de renouveau.

La maladie n'est pas toujours associée à une perte : les bénéfices secondaires sont souvent présents. Même lorsque vient la guérison, la cicatrice reste dans la mémoire.

L'image qui me vient à l'esprit est celle d'un arbre dont une branche serait atteinte : peut être est-ce la branche maîtresse, peut-être un rameau... En accompagnant cette personne et sa famille, il est, pour moi, primordial de ne jamais perdre de vue les racines, le tronc, les autres forces qui restent vivantes jusqu'au bout. Une de nos fonctions est, peut être, d'aider le malade à composer, ou à recomposer, le tableau de vie.



Voici qu'un soin nous est proposé : entre l'information et la réalisation, souvent très peu de temps devant nous pour l'élaborer. Le dossier médical nous permet de situer la pathologie actuelle, quelques antécédents, la situation familiale et sociale du patient. Par le soin, nous entrons

Bien sur, notre vécu personnel sera confronté à celui des autres et y ajoutera une nouvelle facette.

Mais d'emblée, c'est le consultant lui-même qui nous livre ou nous dévoile la place que prend notre soin dans son histoire. Que ce soit au dispensaire ou

Domicile et bienveillance

Patrick Jadoulle, médecin généraliste à la maison médicale la Glaise, membre du comité organisateur

.....

« Certes la personne a des droits mais elle a aussi des besoins. A son égard, je dois m'interroger à propos de ce que je peux lui apporter, en tant que personne en relation avec elle et en tant que professionnel. » (Monique Meyfroet). C'est autour de cette idée, résumée par le terme de « bienveillance », que l'asbl Permanence soins à domicile organise un colloque pour fêter ses dix ans d'existence.

.....

Tout d'abord, Monique Meyfroet, psychologue clinicienne, membre de l'asbl Respect s'interrogera à propos de l'origine du concept de bienveillance et de ses rapports avec la notion de lien. En effet, les besoins de l'autre, de la personne que j'aide et que je soigne ne sont pas les miens. Pour rencontrer ces besoins, un lien se crée. Pour garder la juste proximité voulue, en tant que soignant, je dois être accompagné et soutenu. Tout se passe à travers le lien, les liens : celui que la personne établit avec ses proches, ceux qui relèvent du contexte professionnel.

Ensuite, Jean-Marie Gomas, médecin généraliste responsable d'un centre de la douleur et de soins palliatifs, montrera que la bienveillance peut constituer un concept novateur si on le met en regard de la qualité des soins.

Permanence soins à domicile : un service, trois départements.

- la bio-télévigilance, avec près de quatre mille cinq cents appareils en fonctionnement ;
- un télé-secrétariat permanent pour tous les centres d'aide et de soins à domicile qui le souhaitent ;
- Allo Personnes Agées Maltraitées (ALMA Wallonie-Bruxelles) : une écoute spécialisée, un rôle d'information et de prévention, un travail en réseau avec des professionnels formés à l'approche de la maltraitance, une articulation entre les centres d'aide et de soins à domicile, les CPAS, les services sociaux des mutualités, les hôpitaux, les maisons de repos...

Et déjà deux colloques : en 1992 sur le pari de l'autonomie et en 1994 sur soins et aide à domicile : quelle qualité de vie ?



Qu'est-ce qu'un « bon soin » ? Au-delà du diagnostic, de l'acte technique, de l'accomplissement des prestations, il y a une rencontre... Dans ce domaine - plus que dans tout autre - il est difficile de parler d'évaluation et les critères semblent discutables. Il faut cependant s'y arrêter et avoir le courage de les énoncer... au risque de se perdre mais pour devenir ou rester des soignants bienveillants.

Les ateliers s'articuleront autour de cinq grands thèmes, alimentés chaque fois par deux intervenants extérieurs :

- **Handicap et bientraitance**

Le handicap est-il synonyme de vulnérabilité ? Que l'on soit enfant ou adulte, le vécu est-il à la fois différent et semblable ? Peut-on imaginer une nosologie de la maltraitance à l'égard des personnes handicapées ?

- **Art et bientraitance**

L'art est sans doute un des meilleurs chemins - méconnu encore de beaucoup - pour arriver à la bientraitance. Par des formes variées, les manifestations artistiques ont pu se réaliser en valorisant le ou les liens créés. Le soignant peut-il découvrir par ce biais des outils inédits ?

- **Etre mal... aller bien**

A travers nos pratiques et la confrontation à des situations difficiles, quel rôle d'accompagnement pour qu'émerge ce qui peut être mieux... ? Comment accompagner à la « retrouvaille » d'un sens ? Comment prendre également soin de ceux qui soignent ?

- **Le don et la dette**

Ce sont les liens créés qui nous donnent envie de vivre. L'échange est-il à sens unique ? L'échange est-il inégal ? Quel retour attendons-nous une fois posé le geste de soin ? Parler autant d'euthanasie (comme c'est le cas aujourd'hui), cela veut-il dire que la vie - même limitée - n'est plus respectée jusqu'au bout ? Pourtant ce sont les liens créés qui incitent à continuer à vivre. Les personnes ne sont pas « égales » devant la vie et la

santé. Cela vaut le détour d'une réflexion plus politique qui aborde les aspects de financement et d'organisation des soins de santé.

- **Communiquer pour mieux traiter**

Communiquer au sein de la famille, entre intervenants et patients, entre soignants, ... est-ce toujours favoriser la bientraitance ? L'acte de violence est-il une forme ultime de communication ? Qu'enferme le secret de famille ? Le non verbal et le verbal se renforcent-ils l'un l'autre ou se réfutent-ils ? Que faire quand les mots de l'autre ne se comprennent plus, ne s'énoncent plus ? Avec ses mots et ses gestes à soi, pouvoir valider la vision que l'autre a du réel.

Le colloque du dixième anniversaire de « Permanence soins à domicile » aura lieu au Centre culturel d'Auderghem, le samedi 1^{er} décembre 2001 de 9 à 17h.

Le programme détaillé peut-être obtenu auprès du secrétariat du colloque : avenue Lacomblé, 69-71 à 1030 Bruxelles, tél. 02/735.24.24.

Idéal d'autonomie et chronicité : la durée de la cure

Serge Zombek, psychiatre, clinicien hospitalier

Entre un début et une fin, entre idéal d'autonomie et risque de majoration d'une chronicité, qu'en est-il du « traitement », de la cure, du dit « toxicomane ».

Ou encore, à la lumière (la lueur parfois) des « toxicomanies », qu'ai-je appris sur la condition humaine (la maladie « humaine ») et les contrats à durée indéterminée, mais finie cependant, que nous signons avec le destin dès le jour de notre naissance ?

Votre serviteur et ses services

Parler de ses pratiques et de ses façons de penser ses pratiques, c'est parler de soi et des idées que l'on a névrotiquement sélectionnées pour les « justifier ». Dix ans de « toxicomanophilie » officielle, est-ce assez long pour en parler ?

Pour me présenter à ceux qui ne me connaissent pas et pour qu'ils comprennent d'où vient ceci ou cela, je déclare que, drame de l'enfant doué, je suis depuis toujours psychiatre hospitalier et qu'il m'a été enseigné

tôt qu'il convenait d'accueillir l'usager de drogues comme les autres sujets souffrant sur le plan psychique, et les aider, au sein du centre hospitalier, pour qu'il soit traité au moins aussi bien que les autres. Mais les traiter aussi bien, est-ce que cela implique que l'on considère l'usager de drogue malade comme les autres malades, un malade comme les autres ; c'est à voir mais tel est quand même mon premier credo hospitalier.

Psychiatre hospitalier, donc psychiatre tout court (un peu court peut-être), médecin en tous cas, donc prescripteur régulier de psychotropes, régulièrement sommé de produire quelque discours sur le sujet « toxicomane » ou mieux, présentant des troubles « liés », quel euphémisme, à l'usage de substances psycho-actives, je tiens, à ce titre et depuis fort longtemps, le paradigme toxicomaniaque comme l'avatar moderne de la question de la folie et de la normalité... qui toujours anime les pratiques en santé mentale.

Après de nombreuses mais brèves escapades extra-hospitalières, j'ai opéré une dernière et récente sortie par la mise sur pied d'un dispositif d'origine ambiguë et à l'appellation non moins ambiguë, la maison d'accueil socio-sanitaire de Bruxelles (MASS). A l'occasion de l'inauguration de nos nouveaux locaux, je commettais un petit laïus dont j'ai repris en chaîne quelques mots, quelques lapsus qui se rapportent de près ou de loin à notre propos :

- abandon de certaines personnes toxicomanes à la rue, à la maladie,
- accès facilité, échelon zéro de l'accès,
- renouer et aller au devant,

- réduction des risques - ou mieux selon moi - limitation des dommages en lien avec l'usage « problématique » de drogues,
- accueil sans conditions,
- dangers de « l'extrême drogue »,
- notre petite devise, « offrir un environnement où l'usager de drogues peut disposer de temps, de tranquillité et des aides nécessaires pour réfléchir à ses problèmes, les classer et élaborer des projets », rien que ça mais tout ça,
- des aides pour réfléchir et se projeter demain dans l'avenir,
- donc des aides et des traitements comme moyens et non comme fin,
- hospitalité préliminaire, attitude d'accueil qui signifierait « et pour commencer, qu'est-ce que ce sera »,
- sans excéder le rythme et les capacités,
- confort, dignité,
- liens et inscription,
- tropisme particulier pour « ceux qui n'en finissent pas de revenir dans les mêmes états et qu'on ne sait plus par quel produit prendre ».

Idéal d'autonomie

Une définition de Robert qui m'a particulièrement amusée, s'agissant de l'autonomie, est celle qui la définit comme la distance (de temps) que peut franchir un véhicule, un avion, un navire, sans être ravitaillé en carburant (si on tourne en rond, la distance devient temps).

L'autonomie du patient sous méthadone est donc, de ce point de vue quelque peu mécanique, de quelques fois supérieure à celle de celui qui carbure à l'héro.

Et voilà qu'Alain Ehrenberg nous rappelle, dans son *Individu Incertain*, que l'on a longtemps « opposé la méthadone à la restauration de l'autonomie du sujet ». Enfin, c'est du passé, allons un peu plus loin dans l'examen de ce concept.

Le sujet autonome serait celui qui, pour parcourir les chemins de l'existence, ne dépendrait pas de manière exclusive et essentielle d'un carburant *a fortiori* artificiel et pourquoi ne pas lui accoler un concept visité plus tôt par Ehrenberg, à savoir la performance et opposer ainsi deux couples antinomiques : autonomie et performance / dépendance et handicap.

Il va sans dire que l'autonomie et les performances de chaque véhicule que nous sommes diffèrent de manière sensible et qu'un parcours de vie autonome se fonde aussi sur le respect des limitations à la liberté (le code de la vie, quoi). C'est de la connaissance de la loi de gravitation universelle qu'a dépendu notre capacité à nous élever dans les airs.

L'autonomie n'est donc pas une absence de lien (ce que l'on nomme l'aliénation, que l'on rencontre dans le délire, la perte de contact avec la réalité, etc.) ; finalement, l'autonomie n'est pas un état, mais état d'équilibre entre les deux extrêmes – fusion ou aliénation, fusion d'un objet exclusif pour l'un, aliénation de la réalité, en partie ou totale, pour l'autre. Mais il est un carburant vital qui ne se laisse pas consommer, contrôler, investir, aussi simplement qu'un vulgaire produit de substitution et dont nous dépendons cependant de manière non négligeable, c'est notre semblable.

Pour être soi-même, pour posséder un *corpus* de lois propre, son code de la vie, une constitution personnelle, il nous faut rencontrer ce que Jean-François Malherbe appelle : « les conditions du dialogue avec l'autre qui nous fait exister ». Dans un fort intéressant ouvrage, *Autonomie et Prévention, Alcool, Tabac, SIDA dans une société médicalisée*, ce philosophe (et théologien...) investit le concept d'autonomie et les conditions nécessaires pour sa promotion, en particulier dans la relation médecin-malade.

Je voudrais brièvement résumer sa

pensée à ce sujet : « pour qu'un dialogue authentique, fondamental, s'établisse entre deux sujets (en ce compris un thérapeute et son patient), il y a douze conditions à remplir, les douze conditions de l'idéal d'autonomie ». Il les énumère sous la forme d'une matrice (voir tableau 1).

Je me suis amusé à remplir certaines cases par certains des dispositifs que la maison d'accueil socio-sanitaire de Bruxelles tente de mettre sur pied, dispositifs qui ne sont pas originaux (voir tableau 2).

Reconnaître	Respecter l'interdit	Assumer	Cultiver
La présence de l'autre	De l'homicide	La solitude	La solidarité
La différence de l'autre	De l'inceste	La finitude	La dignité
L'équivalence de l'autre	Du mensonge	L'incertitude	La liberté

Tableau 1 (d'après Jean-François Malherbe)

Reconnaître	Respecter l'interdit	Assumer et aider à assumer	Cultiver
Easy	Réduction des risques -	La solitude	Dispositifs « boule ; de neige » ; santé communautaire
Pas de sélection d'accueil	limitations des dommages - maintenance		
Sommes-nous tous des « toxicomanes »	Le cadre thérapeutique	La frustration	Qualité de vie ; ne pas humilier
Citoyen comme les autres (CCLA) Malade comme les autres (MCLA)	Pas d'idole Thérapeutique	L'angoisse	Rendre responsable

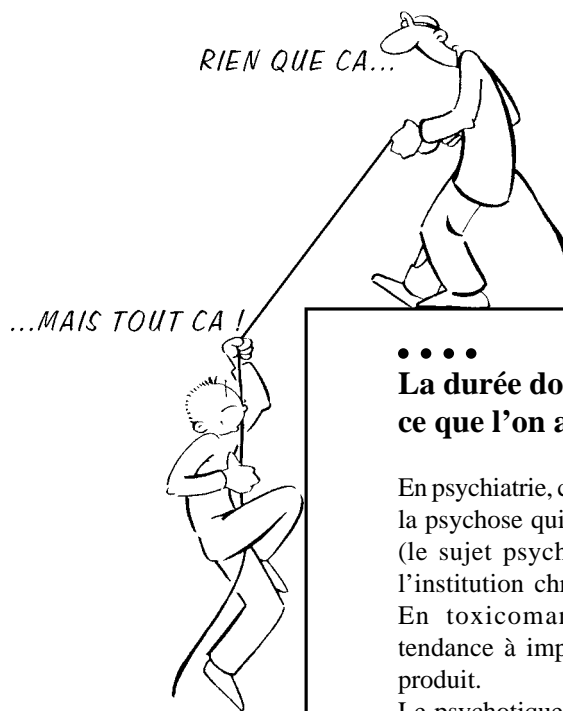
Tableau 2

● Idéal d'autonomie et chronicité : la durée de la cure ● (suite)

C'est au Colloque sur les urgences, à Aix, en janvier, urgences psy et grande exclusion, que j'ai entendu parler pour la première fois d'une société digne comme d'une société dont les institutions n'humilient pas les citoyens qui font appel à elles. Belle utopie.

L'autonomie est à considérer comme une émancipation de certaines conditions qui sont régies par des lois intransigeantes, cruelles, sans nuances, violentes. La rue que certains habitent est organisée selon des principes de survie implacables. Les lois pénales de la drogue sanctionnent les plus vulnérables parmi les consommateurs en maximalisant les risques qu'ils encourent en terme de santé mentale et physique, en terme d'intégration sociale. Sur le plan neuro-biologique, la tyrannie des récepteurs n'est somme toute pas négligeable, pour qu'on en arrive à substituer aux drogues des médicaments aussi addictogènes que la méthadone. La cité de la libre entreprise laisse sur le carreau nombre de sujets qui n'y trouvent place que dans une marge explosive. Enfin, les lois du sujet organisent notre manière d'être au monde, d'être à nos semblables et à nous même, sont pour nombre de nos patients d'une rigidité répétitive qui explique leur destin de souffrance.

Nos patients, nos clients, viennent vers nous, ou acceptent notre approche pour autant que nous les aidions à échapper un tant soit peu à ces lois. Ils nous demandent une aide dans cette émancipation dont ils ont goûté, lorsqu'ils s'adressent à nous, les risques en terme de rupture, de souffrance, de vulnérabilisation.



● ● ● ● La durée donne de l'être à ce que l'on a

En psychiatrie, c'est depuis longtemps la psychose qui incarne la chronicité (le sujet psychotique chronique et l'institution chronifiante en miroir). En toxicomanie, on a toujours tendance à imputer la chronicité au produit.

Le psychotique chronique même s'il présente des accès aigus, même s'il connaît des phases de rémission, présente des handicaps résiduels pour lesquels, faute de guérison, l'on œuvrera aujourd'hui, après des siècles de réclusion, pour la réinsertion, la réadaptation fonctionnelle afin d'augmenter la qualité de son existence. Et ce, il faut l'admettre, depuis l'arrivée des neuroleptiques. Je n'évoquerai pas les vertus de l'opium pour soigner la psychose. Dans le champ des « toxicomanies », la bascule s'est opérée de la même manière dès l'introduction des traitements dits de substitution.

Lorsqu'il s'agit enfin de discuter des traitements des « affections chroniques », nous retrouvons avec intérêt le propos d'Alain Ehrenberg qui commence à filer sa métaphore socio-clinique en partant de l'insulino-dépendant. Puis, il fait une longue digression par le psychotique dont il se demande s'il n'est pas un « modèle d'avenir » depuis que les neuroleptiques soft ont permis en cascade « la multiplication des psychothérapies, l'ouverture des murs de l'asile, la qualité de vie et l'insertion jusqu'à la dilution dans l'immense marais du handicap ». Il arrive enfin au « substitué », qui n'est ni malade, ni

● ● ● ● Chronicité

Venons-en au concept de chronicité, très étranger au secteur toxico, en apparence opposé au terme d'autonomie, et à la consonance très péjorative.

On parlera rarement d'un état de bonne santé chronique, d'une aisance chronique, mais plus volontiers d'un problème, d'une difficulté, d'une « ose », d'une « ite », d'un mal chronique... La chronicité se réfère à la durée du problème, de l'affection mais encore à l'échec, à l'impuissance des stratégies de changement au regard des forces d'homéostasie. Une maladie chronique est une maladie qui se soigne mais dont on ne guérit pas.

Il s'opère bien souvent un glissement de l'objectif au subjectif en ce sens que l'on attrape, on a une maladie aiguë, mais lorsque ça traîne, lorsque ça dure, on en devient et parfois on reste longtemps un malade chronique. J'ai un rhume des foins mais je suis allergique. Il a eu une crise de folie, c'est momentané, mais il est psychotique, c'est chronique.

en bonne santé, mais dont le pronostic de sortie de la dépendance demeure selon lui bien incertain.

« Si nous acceptons de plus en plus de *soigner* plutôt que de nous efforcer à guérir, ajoute-t-il, nous allons devoir de plus en plus accompagner. »

Soins et prudence-petits-pas thérapeutique, c'est ce que la maison d'accueil socio-sanitaire de Bruxelles propose comme préliminaire à ses prises en charge. Pour ma part, je n'ai jamais caché ma tolérance à l'idée selon laquelle les soins palliatifs ne sont pas exclusivement destinés à ceux qui vont mourir, même dans la dignité, mais qu'ils peuvent soutenir ceux qui vivent un équilibre dangereux, précaire, douloureux.

Mais il convient de rester vigilant à ne pas creuser, au cas par cas, ou pire, par catégorie-cible, le fossé entre la verte vallée de la performance et le marais vaseux du handicap.

Le concept de chronicité se montre ainsi à double tranchant : il respecte la maladie en tant que « dialogue d'un sujet avec lui-même et son environnement vers la réalisation « provisoire » (parfois définitive) mais efficace d'un équilibre de survie, même malheureux », je viens de citer encore Jean-François Malherbe.

Le concept d'autonomie reconnaît au « malade » chronique sa différence et incite les thérapeutes à l'escorter dans une temporalité qui peut durer une vie entière et, dans le cas de l'usager de drogues, il respecte, même s'il l'interroge, son droit au « dopage ».

Cependant la chronicité-stigmat

comporte tous les dangers de contrôle social au nom de l'accompagnement, contient le risque de l'imperceptible passage de l'escorte au cordon sanitaire. Méfions-nous toujours de la « furor sanandi ».

••••

La durée du traitement, de la cure

La convention qui lie la maison d'accueil socio-sanitaire de Bruxelles à l'Institut d'assurance-maladie-invalidité (lien dialectique entre notre idéal d'autonomie clinique et notre dépendance financière), et il s'agit là d'une étrange singularité, ne stipule pas de manière précise la durée de la réadaptation fonctionnelle alors qu'à l'agenda de ce même Institut, est inscrite la renégociation des conventions de rééducation en santé mentale, et ce particulièrement en ce qui concerne le temps de la prise en charge (pour tel diagnostic, deux ans de traitement + six mois, éventuellement... au-delà de cette limite, votre thérapie n'est plus valable). De même le contenu précis de la réadaptation est exigé en terme d'actes, d'évolution de la symptomatologie « objective » et d'évaluation des « résultats ».

En revanche, la convention de la maison d'accueil socio-sanitaire de Bruxelles n'impose pas au bénéficiaire (supposé chaotique) le moindre rythme thérapeutique.

Quelle nouveauté, si l'on y songe, dans cette structure administrative qui ne greffe pas d'emblée au bénéficiaire un implacable métronome... Tout au plus faut-il indiquer régulièrement le maintien d'un contact même ténu.

••••

La convention INAMI adhère à un nouveau modèle : la contactothérapie

Comparés à la demi-vie du produit qu'il consomme, toujours trop courte (sauf quand sont recherchés les plaisirs dynamiques), comparés à la demi-vie de sa situation sociale (la rue, le squat, l'asile de nuit, la maison d'accueil, l'hôpital, etc.), comparés à la demi-vie de certaines vies relationnelles, comme le disait un médecin du monde français, pour « ces zonards qui n'ont qu'une visibilité de quelques heures de leur existence », la cure, le traitement, est parfois la seule chose qui peut durer.

A la maison d'accueil socio-sanitaire de Bruxelles, comme ailleurs, pour ceux-là en particulier, nous pratiquons ce que j'ai dernièrement appelé l'« easy et maintenance ». L'easy, c'est l'accès facilité, c'est la rencontre, c'est le début rapide, le coup de foudre thérapeutique, car avant que ça ne dure, il faut que ça commence..., et puis il y a la maintenance, autre condition de la cure, autre terme péjoratif qui, selon moi, fait surtout référence au temps qui dure, aux entretiens des 5000 km, au fonctionnement dans l'attente d'un changement, etc.

Il y a deux manières de juger de la qualité d'une prise en charge en fonction du temps : il y a le temps du symptôme et de la « performance » comme dans l'UROD (désintoxication ultra-Rapide) ou dans l'évaluation de la période de « rémission » quel qu'en soit le critère (abstinence, dernière injection, période d'abstinence, absence de problèmes judiciaires, de

• Idéal d'autonomie et chronicité : la durée de la cure • (suite) • • • • • • • • • •

maladies somatiques associées, etc.). Mais il y a aussi la qualité de la durée, la durée suffisamment bonne, ce que j'appellerais le temps de la « posture » thérapeutique qui excède les discontinuités.

• • • • **La cure (la durée de la cure)**

Qu'il s'agisse de la cure analytique, de la cure de désintoxication, de la post-cure, la cure thermique ou la paroisse catholique, il s'agit pour moi d'un vocable bien peu familier ; j'ai donc choisi de ne pas me risquer à en dire des inepties et à l'aborder trop longuement.

Je ne manquerai pas, cependant, de vous dire que l'étymologie de ce mot nous renvoie au « soin » (cura) au tournant de l'an mil de notre ère francophone, avant qu'au cours du seizième siècle, selon le bon vieux Robert, il ne signifiera désormais plus que « traitement d'une certaine durée » (nous y revoilà) ; pas de cure qui ne dure d'une part, pas de cure qui ne soit précédée par cinq siècles de soins (j'exagère).

Si l'on a eu toujours soin de soi, l'on peut probablement entrer plus rapidement dans le vif de la cure ; si au contraire, on s'est négligé, affaibli, désinséré, malmené, blessé, etc. il faudra prendre le temps du soin.

Après une phase d'hospitalité « inconditionnelle », grâce au soin, au souci de soi (la drogue est donc doublement briseur de souci), on en vient à pratiquer la thérapie, cet art du possible qui consiste à aider son

patient à négocier la définition de l'équilibre entre le fonctionnement parfait du corps et de l'esprit qu'il a et le plaisir de vivre sa vie singulière, d'être le corps et l'esprit qu'il est. Pour faire cela, il y a de brillants artistes à leur disposition et de nombreuses techniques. Toutes convergent vers un but assez commun : aider le sujet à construire un passé personnel, un présent subjectif et, *in fine*, une histoire de la vie comme action.

Ce texte a fait l'objet d'un exposé présenté au château du Karreveld le 6 mars 2001 lors d'une conférence organisée par les Antennes du Projet Lama.