EURO COS & Humanisme Santé

25 ANS
DE REGARDS CROISÉS

Euro Cos, Humanisme et Santé
Groupe pluri-professionnel européen
de réflexion en santé

1991 - 2016

EURO COS
& Humanisme Santé

25 ANS
DE REGARDS CROISÉS

1991 - 2016

Euro Cos, Humanisme et Santé
Groupe pluri-professionnel européen
de réflexion en santé

Sommaire

Préambule 7

Préface - Roland Ries, Christophe Gautier 9

Quelques souvenirs
Claude-Marie Laedlein-Greilsammer 15

URU MMXVI ou l'étonnant voyage
Marc Michel 21

Quête Eurocossienne
Jacques Freund 27

Michel Doeffel 29

Avoir 25 ans c'est à la fois la maturité et la jeunesse !
Jan Cimisky 33

Des pilules dorées aux pilules en or !
Vera Boltho 37

Nicole Steinberg & Liliana Moheit 41

La naissance d'Euro Cos, une histoire mythique
Michel Hasselmann 43

Un lieu de rencontre et de réflexion privilégié
Didier Le Prado 49

Euro Cos fait des petits européens
Une petite histoire collatérale !
Alain Coheur 53

L' « équiqualité » de la médecine
Pierre Maillard 57

Plaidoyer pour une politique humaniste
de réduction des risques.
Deux exemples de pratique en santé publique
à Genève, Suisse
Christian Mounir 63

Les conflits de valeurs dans le champ du soin
Pierre Ancet 71

Euro Cos : un rempart,
repère pour une médecine humaniste
Jacques Kopferschmitt 77

La relation entre alimentation et santé
racontée et enseignée dans la littérature italienne
Roseline Ricco 81

Euro Cause
Christophe Masutti 89

EUROCOS
Marie-José Freund 93

Yves Alembik 95

Une persévérance unique
de la réflexion humaniste en médecine
Didier Sicard 97

25 ans aussi pour le Principe de Précaution
Véronique Legendre 101

Merci de lire la notice avant la prise du médicament
Sylvie Bernabé 105

Humanités médicales :
retour sur un quart de siècle français
Christian Bonah 109

Vers un nouvel humanisme ?
Pour une politique de la création
Arnaud Bubek 117

Communiquer l'incertitude médicale
Hakim Minouni 123

Mourir en musique, guérir par la musique
Mathieu Schneider 129

L'obsession du chiffre
Hélène Gebel 133

Plaidoyer pour une approche plus Humaine
Et si l'on tentait l'épikie ?
Bernard Geny & Marie-Jo Thiel 137

Rencontre avec une expérience d'auto-détermination
Marie Schebelen 145

Nuage de mots
Kevin Lota 149

La représentation médiatique
du phénomène de l'immigration
et les faits de Lampedusa du 3 octobre 2013
Guido Nicolosi 151

Hommage à Georges Canguilhem
Jean-Jacques Kress 159

Liste des auteurs 167

Les Rencontres Santé Société Georges Canguilhem
d'Euro Cos Humanisme & Santé 173

Préambule

Depuis 25 ans plus de cent personnes ont accompagné
et accompagnent encore Euro Cos Humanisme & Santé.
Certaines d'entre elles, marquent ce quart de siècle en apportant
une contribution de leur choix dans ce florilège « eurocossien »
tellement éclectique !

Merci à ceux qui ont été inspirés
Merci à ceux qui prendront part à la lecture de ce fascicule.

Les contributions des auteurs ne sont pas proposées ici
par ordre alphabétique, mais suivant l'ordre chronologique
de l'arrivée de chacun d'eux à Euro Cos Humanisme & Santé.

En préface sont proposés les textes du Maire de la ville de Strasbourg
et du Directeur Général des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

En fin d'ouvrage, on trouvera l'hommage à Georges Canguilhem.

Préface

Roland RIES
Maire de Strasbourg

Le dialogue, patrimoine immatériel de Strasbourg

C'est avec autant de constance que d'intérêt que la Ville de Strasbourg soutient les Rencontres Santé Société Georges-Canguilhem d'Euro Cos Humanisme & Santé, créées il y a tout juste vingt-cinq ans dans notre ville. Imaginées par les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et l'Université de Strasbourg, elles offrent à des professionnels, des universitaires, des étudiants, ainsi qu'à un vaste public, dans une démarche véritablement pluridisciplinaire, un lieu d'échanges et de réflexion sur les enjeux liés à la santé publique.
En cela, ces Rencontres font désormais complètement partie de ce « patrimoine immatériel » de Strasbourg dont la vocation de ville de dialogue se confond avec celle de capitale européenne : Bibliothèques idéales, colloques, congrès, dialogues interreligieux et œcuméniques, Forum mondial de la Démocratie, Forum européen de bioéthique... Ce sont autant de rendez-vous placés sous le signe du débat qui identifient Strasbourg comme *le* centre de référence et d'excellence en matière de réflexion sur les questions sociétales. C'est donc bien une aventure autour de l'Homme qui s'enracine à Strasbourg, capitale de l'Europe des droits de l'Homme et siège du Parlement européen, poursuivant ainsi la tradition de l'Humanisme rhénan qui est né à Strasbourg au XV^{ème} siècle. Le Conseil de l'Europe, installé dans notre ville en 1949 a été le premier à se doter d'instruments juridiques internationaux pour garantir la dignité et l'intégrité de l'être humain.

Pour les fondateurs des Rencontres, le choix de Strasbourg faisait doublement sens car notre ville est aussi fortement engagée pour la santé de ses habitants. Elle est en effet l'une des rares grandes villes françaises à avoir gardé de larges compétences en matière de santé. Strasbourg a une longue histoire de ville solidaire et soucieuse de « l'hygiène » (nous dirions aujourd'hui de « l'action sociale et de la santé publique ») L'annexion de 1871 a profondément marqué l'organisation sociale de l'Alsace et de Strasbourg, et la politique bis-

marckienne mais également la politique municipale se sont alors particulièrement illustrées en matière de santé : soins gratuits dispensés aux enfants à la polyclinique universitaire dès 1887, centre de soins bucco-dentaires pour les enfants en 1902 (à l'époque unique en Europe), consultations pour nourrissons à partir de 1900 (près d'un demi-siècle avant l'organisation nationale de la protection maternelle et infantile), service d'hygiène scolaire en 1902, service social pour les enfants défavorisés, service de désinfection notamment des salles de classe ou encore ouverture d'un grand établissement de Bains municipaux en 1908, toujours en fonctionnement.

Au sortir de la Seconde Guerre mondiale, l'État et la municipalité de Strasbourg ont préservé cette organisation qui, par bien des aspects, anticipait sur la sécurité sociale et les nouvelles politiques publiques. C'est donc un choix politique pleinement assumé de continuer à exercer des compétences en matière sociale et de santé publique. Les actions municipales en ce domaine sont ancrées dans le quotidien, au sein duquel nous sommes particulièrement attentifs à répondre aux besoins des populations afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. C'est dans cette démarche globale que s'inscrit aujourd'hui le « Sport-santé sur ordonnance » (qui a inspiré l'article sur la prescription d'activité physique dans la loi de santé), les « Maisons urbaines de santé » (trois de ces lieux pluridisciplinaires animés par des professionnels de santé ont ainsi été créés ces dernières années à Strasbourg dans des quartiers « politique de la Ville ») mais aussi le dispositif PRECCOSS (prise en charge des enfants en surpoids), les « aires de jeux sans tabac » (pour lesquelles Strasbourg a été pionnière, avant même la généralisation nationale) ou la salle de consommation à moindre risque, qui ouvrira cet automne à Strasbourg et qui s'inscrit dans une politique de santé publique basée sur la prévention.

Dialogue, humanisme, actions au quotidien : cet esprit d'ouverture, si singulier et si vivant à Strasbourg, nous oblige. A la suite des terribles événements de janvier 2015, j'ai ainsi initié, pour les Strasbourgeoises et les Strasbourgeois, une «Conférence citoyenne» dont

les discussions, prolongements et réflexions continuent de nourrir l'action de la municipalité.
Albert Einstein écrivait que *« le silence des pantoufles est plus dangereux que le bruit des bottes »*. Face au drame humain, social et sanitaire que constitue le déracinement des réfugiés arrivant dans nos pays européens, et estimant qu'il appartient aux maires de prendre toute leur part de responsabilité face à cette situation, j'ai lancé à la fin de l'été 2015 un appel aux habitants de Strasbourg pour les sensibiliser à cet enjeu qui les concerne beaucoup plus qu'ils ne le croient, et qui fait aujourd'hui écho au thème de vos Rencontres, *« Migrations : les enjeux pour la santé ? »*.

C'est un thème que n'aurait pas renié le philosophe Georges Canguilhem dont on fête cette année le cinquantenaire du maître-livre *Le Normal et le Pathologique* et dont le nom est depuis l'an passé judicieusement accolé à ces Rencontres. Il ne me semble pas inutile, en ces temps troublés, de rendre hommage aux engagements de cette grande figure, disparue il y à peine plus de vingt ans. Engagé aux côtés Emmanuel d'Astier de la Vigerie, Georges Canguilhem exerça en effet d'importantes responsabilités dans la direction unifiée des mouvements de résistance en Auvergne, où l'université strasbourgeoise était repliée. En juin 1944, il participa à la bataille du Mont-Mouchet, et y créa un hôpital de campagne dont il organisa l'évacuation sous le feu de l'ennemi. Médecin engagé, précurseur en matière d'interdisciplinarité (philosophe, historien des sciences et épistémologue), Georges Canguilhem interroge dans son œuvre la nature et le sens de la recherche en médecine et en biologie, mais aussi la production et l'institutionnalisation des connaissances scientifiques car, écrivait-il, *« il n'y a rien dans la science qui n'ait d'abord apparu dans la conscience »*.

Préface

Christophe GAUTIER
Directeur Général
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg cultivent, depuis toujours, une alliance remarquable entre une tradition qui puise aux meilleures sources de l'humanisme hospitalier et la plus grande modernité. Cette exigence, constante, nécessite bien évidemment la mise en place de réflexions, de questionnements, sur le sens de notre action et l'adaptation permanente de notre organisation pour rester fidèle à ses valeurs fondatrices.

C'est dans cette perspective que notre Centre Hospitalier Universitaire a co-fondé il y a vingt-cinq ans Euro Cos Humanisme & Santé. Agora d'échanges et de débats, cette plateforme propose, depuis sa création, une vision repensée des grands thèmes de santé publique, en mutualisant les compétences des professionnels.

La place particulière de Strasbourg au sein de l'ensemble européen est également source d'enrichissement naturel de ces réflexions, tant la ville s'inscrit depuis plusieurs siècles dans cette tradition du débat d'idées, autour des notions de progrès et de droits de la personne humaine. Le thème choisi cette année par Euro Cos s'inscrit pleinement dans cette perspective.

Je suis certain que les débats qui se noueront à l'occasion de cette édition, marquant par ailleurs les 25 ans d'Euro Cos, seront pleinement à la hauteur de cette ambition des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg de contribuer à la réflexion sur les enjeux de santé de demain.

Claude-Marie
Laedlein-Greilsammer

Quelques souvenirs

Dans les années 1980, à l'initiative de quatre personnes d'horizon professionnel différents[1], l'Université Marc Bloch et le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Strasbourg, mirent en place une coopération, afin d'élaborer des formations destinées aux assistants de service social hospitalier.
C'était là le début d'une collaboration, et aussi l'acte fondateur d'Euro Cos Humanisme & Santé.
Toujours avec l'aval de l'Université Marc Bloch et du CHRU de Strasbourg, ce « quartet », mit en place l'Association Européenne des Assistants Sociaux Hospitaliers en 1989 et par la suite, il eût l'utopie d'imaginer un lieu de réflexion pluridisciplinaire et pluri-professionnel en santé.
Il proposa, alors à la Faculté de médecine de Strasbourg de se joindre à ce projet, et le doyen de l'époque, bien qu'un peu dubitatif, décida pourtant de déléguer un professeur du Centre Hospitalier Régional Universitaire[2] pour participer à cette entreprise. Ce désigné-volontaire-professeur ne le regrette certainement pas !

Ainsi en 1991, une convention de coopération, signée par l'Université Marc Bloch, le CHRU de Strasbourg, et l'Association Européenne des Assistants Sociaux Hospitaliers, créa Euro Cos Humanisme & Santé.
Pour avoir une visibilité, il fallait trouver un nom et inventer un logo. Et lors de la première réunion de travail du groupe, déjà la disponibilité et l'imagination de chacun fût mise à contribution.

Le nom de « Eméra », déesse de l'aube, a été très sérieusement

1 Jacques Freund, Claude-Marie Laedlein-Greilsammer, Marc Michel, François Steudler.
2 Michel Doeffel

évoqué, mais cela parut un peu « too much »… et comme l'Europe avait alors le vent en poupe, et que la réflexion se devait de ne pas rester hexagonale, le choix se porta sur Euro, qui s'accolerait à celui de Cos, l'île où est né Hippocrate et la première école de médecine. Trois ans plus tard et comme une évidence, les mots « humanisme et santé » s'y sont ajoutés. Quant au premier logo, il a été « bidouillé » - c'est la seule expression qui convienne - grâce à des pâtes de potage en forme d'étoile…

Cette utopie se devait aussi d'être pragmatique. Il fallait un thème pour les premières Rencontres prévues dès 1992, ainsi qu'un financement.
Le VIH en Europe, qui commençait à faire ses ravages, sembla un sujet pertinent, et un dossier conséquent fut déposé auprès de la Commission Européenne, qui décida de financer la totalité du projet.
Un amphithéâtre, mis à disposition par le Parlement Européen, per-

1991

2000

2011

mit d'accueillir près de 300 professionnels de santé, belges, espagnols, italiens, irlandais, français et portugais, et la ville de Strasbourg, ouvrit la grande salle du Palais des Rohan, afin d'y recevoir les participants. (Pour la petite histoire, notons que la dernière personne reçue dans cette salle avant Euro Cos Humanisme & Santé, était la Reine Elisabeth II d'Angleterre…)

Le programme de 1992, proposant une approche pluri-professionnelle et pluridisciplinaire sur le SIDA, remporta un tel succès, qu'il incitait à poursuivre l'aventure, avec d'autres thèmes pour d'autres Rencontres.

Commença alors ce chemin qui dure depuis 25 ans. Une façon de travailler, très spécifique, se mit en place naturellement et sans aucune méthodologie préétablie. Un thème, choisi en concertation avec les différents membres du groupe, fait l'objet de débats, animés et riches, lors de réunions de travail mensuelles au sein des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Ceux qui ne peuvent être présents, envoient leurs idées, leurs propositions, leurs réactions, et grâce aux échanges de courriels et de communications téléphoniques, la réflexion progresse et chacun se set toujours concerné.
Après quelques mois, de ce « remue-méninge », tout s'affine, se décante, et les Rencontres peuvent alors se construire.
Ce cheminement se fait, à la fois, avec beaucoup d'enthousiasme, de doutes, d'incertitudes, d'angoisses, de déboires, mais aussi de satisfactions et de plaisirs partagés.
Dans cette démarche de travail, rien n'est figé, rien n'est jamais certain, et tout est toujours à faire. Voilà probablement une des raisons qui amène Euro Cos Humanisme & Santé au quart de siècle !
Depuis tout ce temps, les thèmes s'enchaînent, des liens se tissent et perdurent, et des étudiants et de jeunes professionnels ont rejoint le groupe de travail.

Bien sûr, en 25 ans une multitude de choses sont arrivées, tant sur le fond que sur la forme, et ne seront évoqués ici que quelques temps forts, parfois anecdotiques, mais tellement spécifiques.

‣ Jusqu'en 1999, l'amphithéâtre du Parlement Européen était plein

et particulièrement, en novembre 1995, pour « L'avenir de la vieillesse », lors de la grande grève générale qui dura plusieurs semaines. Plus un train, plus un avion et il gelait à pierre fendre… Afin de ne pas annuler les Rencontres, tous les participants furent contactés et mis en relation pour venir ensemble en voiture, puisque l'essence ne manquait pas encore. Avant l'heure, le covoiturage était lancé, et il fallut refuser du monde !

- En 2000 : le « flop » de « Où nous mène le médicament ? ». Il y eut 2 inscrits, un anglais et un suisse. Le médicament ne nous mena pas loin, et le programme pourtant très pertinent, fut détricoté. Pourtant cette déconvenue ne nous a pas fait baisser les bras, et en 2001 avec « Les paradoxes d'une recherche de santé sans risques », les inscriptions ne manquèrent pas.
- En 2004, lors de « Irrésistible médecine prédictive », dans l'amphithéâtre de l'IRCAD[3], « la java bleue »[4], entonnée par deux d'entre nous fut reprise par toute la salle, en attendant que le système informatique, qui avait déserté, soit remis en marche.
- De 2004 à 2011 : l'expérience de Rencontres « hors les murs » pour des galops d'essais. « Génomique- génoéthique et anthropologie » à Montréal, rouge d'automne, où les universitaires qui nous accueillaient, semblaient ne pas bien saisir notre démarche pluridisciplinaire et pluri-professionnelle en santé. « La force des images et des représentations » à Prague, chaleureuse, et un quatuor à cordes dans la maison de Mozart. « De l'accès à l'excès, ou les avatars de la demande de soins » et « La relation de soins, dans une société d'urgence, d'immédiateté et de norme » à Dijon, accueillante, organisée et efficace. « La maladie sortie de l'hôpital » à Paris, dans une salle tristounette, à côté de Jussieu toujours en désamiantage, et le potager du Roi à Versailles. « Santé, médecine et corps morcelé » à Marseille, où nous n'étions pas franchement attendus, mais avec le sens de l'humour, on revient de tout ! « La santé prise dans la toile » à Genève, intimiste dans une petite salle, mais ne man-

3 Institut de Recherche contre le Cancer de l'Appareil Digestif à Strasbourg
4 Chanson réaliste de Vincent Scotto (1939)
5 Didier Sicard

quant d'intérêt.

- En 2007, pour « La santé médiatisée », après sa première synthèse des Rencontres, le président du Comité Consultatif National d'Ethique[5] qui demande, avec prévention, s'il peut revenir à Euro Cos… Depuis il ne l'a pas quitté!
- En 2013, le directeur de France Culture de l'époque, partant pour monter à Strasbourg avec Euro Cos, des Rencontres Santé Société… Hélas ! il était certainement le seul à vouloir partir, d'autres volontés ne furent pas favorables. Mais nous avons rêvé. C'est alors que le Président*(6) de l'Université de Strasbourg, et l'un de ses vice-présidents(7) proposent que les doctorants de toutes disciplines puissent assister aux Rencontres et que celles-ci soient validées dans leur cursus. Depuis, les jeunes viennent, et la grande salle Pasteur de l'Université de Strasbourg est pleine de 100 étudiants et de 100 professionnels qui se rencontrent et peuvent échanger. Euro Cos Humanisme & Santé devient ainsi pluridisciplinaire, pluri-professionnel et pluri générationnel.
- Depuis 2015, grâce à la volonté de Bernard Canguilhem, les Rencontres Santé Société portent le nom de son père, Georges Canguilhem*(8).
- Et en octobre 2016, pour ses 25 ans, Euro Cos Humanisme & Santé propose un sujet, au combien brulant et passionnel : « Migrations : les enjeux pour la santé ? ».

Voilà quelques moments de l'histoire, et je veux dire, ici, ma reconnaissance à ceux qui accompagnent cette aventure avec fidélité et qui donnent leur confiance à ce qui est entrepris.
Sans eux, sans vous, rien n'aurait été possible, et rien ne le serait !
Merci pour tous ces souvenirs et pour ce qui peut encore être fait.

---

6 Alain Beretz

7 Edouard Mehl

8 Georges Canguilhem (1904-1995) philosophe et médecin, pionner de la pluridisciplinarité, qui a, entre autre écrit « le normal et le pathologique » et présenta sa thèse de médecine à la Faculté de Médecine de Strasbourg

URU MMXVI
ou l'étonnant voyage

MARC MICHEL

A la suite de plusieurs incidents perçus par son système, le robot consentit enfin à interrompre la veille qui, périodiquement, lui permettait de recharger ses milliards de neurones. Chargé de la mission incertaine d'écouter les signaux perçus dans cette partie du cosmos que les astrophysiciens avaient baptisée *Brocéliande*, il n'en crut pas ses détecteurs de fréquence : un signal lui parvenait, faible et fort tour à tour. C'était comme une petite musique, régulière bien qu'à peine audible. Il crut d'abord à une hallucination électronique car à cet endroit du cosmos, il ne devait rien y avoir, rien qui puisse échapper à l'attraction dévorante de cette région galactique. Le robot, URU MMXVI, tel était son code d'identification, avait été conçu par d'autres robots pour reconnaître ce qui avait déjà été reconnu, or voici qu'il était en présence d'un objet d'une étrangeté totale. Zélé et docile, il en référa à l'Assemblée du Haut Savoir. Celle-ci pensa tout d'abord à un dysfonctionnement d'URU MMXVI. On le renvoya en atelier mais rien n'y fit. Il continuait à prétendre que là où rien ne devait exister, quelque chose d'inédit, de non conforme, se faisait bel et bien entendre. La station spatiale frémit. Le Haut Savoir se fâcha et menaça URU d'une lourde peine de désactivation. Les experts programmés par cette Haute Assemblée, convoqués en urgence, n'avaient-ils pas tranché ? Ainsi était-il interdit de prétendre qu'il put en être autrement. Le principe de précaution était là pour conjurer par anticipation la survenue de risques éventuels.

URU devait donc se taire ou disparaître car ses affirmations constituaient une menace mortelle pour la survie du Système qui avait érigé la conformité en règle absolue. La seule intelligence autorisée se résumait à répéter avec soin ce que le Système avait décidé ce

qu'il fallait dire et décrire ce que le Système avait décidé ce qui pouvait être vu. Tout comportement se devait de reproduire par mimétisme les injonctions préétablies, de mettre en œuvre les procédures et protocoles figurant dans le Grand Livre numérique dont le contenu était inoculé dès la conception des robots et savamment entretenu par des sessions de rappel. Le Système avait ainsi inventé la polymérisation des intelligences et promu du même coup le contentement universel. A de rares exceptions près car certains, sans savoir ni comment ni pourquoi, trouvaient dans la folie la seule possibilité de briser leurs chaines, provoquant immédiatement l'activité fébrile des robots chargés de les remettre dans la norme. Le nec plus ultra pour la plupart était de s'injecter de fortes doses de connectique et de se livrer avec délice en pâture aux messageries foisonnantes de réseaux créés à leur initiative. Non contents d'être structurellement connectés, ils en rajoutaient comme pour se prémunir de toute panne improbable du Système.

Bien sûr, URU savait tout cela ou plutôt savait *comme* cela. Aussi les signaux lointains qu'il percevait le dérangeaient profondément. C'était comme si son microsystème était mis en défaut, soudain devenu inopérant. Il avait beau recourir à ses innombrables tables d'algorithmes, tenter de nouvelles combinaisons avec de nouveaux modèles mathématiques, rien n'y faisait : ce *quelque chose* résistait à toute assimilation qui eut pu le faire entrer dans les savants syllogismes de sa logique formelle embarquée. Il revint donc à la charge et obtint d'être à nouveau entendu par l'Assemblée du Haut Savoir. Celle-ci finit par trouver une échappatoire qu'elle crut habile : autoriser URU à se téléporter vers ce point étrange en sachant qu'il n'en reviendrait jamais puisque cela ne pouvait exister. URU n'avait plus le choix, c'était cela ou la désactivation définitive. Il partit.

En arrivant, il eut un choc. Non, il n'avait pas dysfonctionné : il était bien devant un phénomène étrange dont il avait perçu les signaux des années lumière auparavant. Des personnages curieux et qui avaient pu être des robots comme lui, osaient produire ce qu'il ne pouvait, lui, admettre et comprendre. Ils se parlaient comme

s'ils étaient chacun une source possible de connaissance. URU n'en croyait pas ses focales, lui à qui l'on avait dit que le savoir était clos, qu'il ne devait fonctionner au mieux que selon le modèle hypothéticodéductif et que les régions de ce savoir devait, de façon étanche, respecter les sacrosaintes classifications du modèle de Humbolt. Il entendait parler de complexité, d'interactions et de rétroactions, d'approche globale ou holistique. Tout semblait fragile et inorganisé, tout juste stabilisé pour être aussitôt remis en cause. De temps à autre, un personnage, qu'URU prit pour *Mélusine*, tentait de ramener le débat à des objectifs pragmatiques. Tous se livraient à un exercice inattendu pour notre petit robot observateur : la *pensée*. Il finit par comprendre, en cassant quelques-uns de ses logiciels, que penser c'était être libre, capable de s'abstraire un moment des prétendues vérités ou du prêt à penser. URU ne connaissait que *in/out*, *on/off*, séquences conventionnelles de la logique binaire pour laquelle le tiers est nécessairement exclu. Seul, l'instant *t* compte alors qu'ici domine la logique du *récit* pour laquelle la narrativité sert, non sans ruptures et bifurcations, de fil conducteur. Dans ce monde-là, il y a ainsi nécessairement de l'*autre* et, par voie de conséquence du *temps*, de l'inachevé et par voie de conséquence du *désir*. Ainsi tout n'est pas le même et toute identité s'inscrit aussi comme différence. S'il y a différence, il y a possibilité de *singularité*. Chaque être est ainsi semblable et unique. URU comprit enfin qu'il était dans cette région du cosmos que les Anciens appelaient *humanité*. Tous essayaient d'apporter leur pierre de pensée à l'édifice d'un discours en construction ; on aurait dit les recherches de tonalité d'un orchestre avant le concert. Bien sûr, ce n'était pas l'unisson. L'un semblait avoir déjà réglé son instrument et suivait une partition déjà bien travaillée ; un autre, qui avait manqué une séance, piétinait et devait tout se faire réexpliquer. Et puis, il y avait, comme dans un halo mystérieux, quelques autres à qui l'on avait inopinément rompu le contrat de participation : Denis qui ponctuait ses phrases par trois points décisifs, François que l'on entendait encore tourner des chemises de notes, Jacques le Modeste, Martin le Caustique… URU, le petit robot, échappé de la Station *Parménidia*, se régalait de ce spectacle qui le ravissait. Il découvrait l'existence improbable d'un monde imparfait, ressort inattendu du

vivant et du singulier. Insensiblement, il mutait. Certes, il savait bien que le Système était, insidieusement, en train de travailler au dehors et que tous ceux-là, malgré leurs efforts, étaient bien obligés de faire avec. Mais ils résistaient de cette résistance superbe qui permet de rester debout. Seraient-ils un jour vaincus par cette maladie mortelle de la polymérisation des intelligences ? URU n'en savait rien mais il estima que ces moments n'avaient pas de prix et qu'en pareil cas résister, c'était malgré tout exister. Il comprenait ce que ces *hommes debout* avaient accompli en vingt cinq ans de leur temps comme autant de répliques ou fractales d'un même geste, quel qu'en fut le point d'application : observer et décrire, analyser et comprendre, imaginer et proposer. URU se mit à respirer, à bouger, dès qu'il se reconnut quelque part leur appartenir et que sa Station spatiale avait réussi à cacher à tous, leur *origine*. Il finit par comprendre que son nom de code n'était qu'un cryptogramme qu'il réussit à lire en clair grâce à la table de codage eurocos et URU signifiait en fait *Upper Rhine University*, Université du Rhin Supérieur, soit l'Université de Strasbourg, et son numéro MMXVI remontait à la langue officielle en usage à l'époque où Marc-Aurèle y séjournait aux *limes* de l'empire, soit en clair 2016. En fait, *Parménidia* n'était qu'une dissidence qui s'était constituée pour échapper au monde imparfait et jouir, du moins le faisait-on croire, du plaisir du même, sans changement ni altération. Il comprit pourquoi la pensée y avait été bannie à jamais.

URU envoya un message laconique : *nihil novi*, il n'y a rien de neuf en *Brocéliande*. Et il décida que lui, le mutant, resterait près de ceux-là qui voulaient rester debout car il avait compris qu'il lui fallait choisir entre le plaisir illusoire de la servitude volontaire et l'accomplissement de soi, par la reconnaissance de l'autre, dans le risque de la liberté. Son étonnant voyage n'était pas achevé, il venait juste de commencer.

Quête *Eurocossienne*

Jacques Freund

JF 15

Michel Doeffel

La réflexion et le partage des connaissances au sein d'équipes pluridisciplinaires et pluri professionnelles constituent le fondement d'Euro Cos. Cette approche a toujours accompagné notre pratique aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg avec récemment la mise en place des réunions de concertation pluridisciplinaire(RCP) et de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) par le Service Expert de Lutte contre les Hépatites virales d'Alsace (SELHVA) en partenariat étroit avec une association de patients « SOS Hépatites Alsace».

Les objectifs des RCP sont de mettre en commun les compétences individuelles, de proposer collégialement la meilleure solution thérapeutique et de mettre en place un Programme Personnalisé de Soins (PPS).Les RCP ont été instaurées par le SELHVA en avril 2014 et se déroulent sous forme de visioconférences avec les centres hospitaliers généraux de la région et d'audioconférences avec les hépato gastroentérologues libéraux. Elles réunissent des médecins hépatologues, psychiatres, addictologues, des soignants d'éducation thérapeutique, des virologues, des pharmaciens, des travailleurs sociaux, des attaches de recherche clinique...L'initiation du traitement par les antiviraux à action directe est subordonnée à l'échelon national à la tenue d'une RCP depuis novembre 2014. Près de 600 dossiers ont été discutés au cours des RCP en Alsace durant l'année 2015. Les RCP ont pour intérêt d'optimiser l'organisation des soins, d'améliorer les pratiques, d'homogénéiser les prescriptions sur un territoire et de contribuer à la formation continue des professionnels de santé.

Le programme ETP pour l'hépatite chronique C a été débuté en 2011 afin d'accompagner le patient dans l'initiation du traitement

antiviral, dans le suivi de ce traitement, dans la prise en charge des comorbidités notamment des addictions à l'alcool et aux drogues psychoactives, et dans le post-traitement. Les patients sont orientés vers une consultation infirmière spécifique par le médecin hépatologue qui les suit. Le médecin connaissant son patient avec son histoire médicale et sociale estime qu'un suivi régulier est nécessaire lors du traitement antiviral afin de faire le point sur les résultats biologiques et de s'assurer de l'observance et de la tolérance du traitement, ceci en accord avec le patient. Le suivi au cours du traitement est complète par des informations et/ou apprentissages selon les besoins du patient sur l'histoire de la maladie et ses risques évolutifs, et sur les possibilités de guérison. L'infirmière d'éducation thérapeutique assure également la coordination des soins avec l'ensemble des acteurs de santé, notamment les psychiatres, les addictologues, les psychologues, les pharmaciens d'officine, les biologistes et les assistantes sociales. En 2015, l'infirmière d'éducation thérapeutique a assuré 758 consultations d'ETP auprès de 120 patients.

Les objectifs de SOS Hépatites Alsace sont multiples, avec notamment l'amélioration de l'accès aux soins, du parcours de soins et de la qualité de vie des patients par un accompagnement personnalisé, la possibilité d'un soutien permanent pour optimiser l'observance du traitement et augmenter ainsi les chances de guérison, la diffusion d'informations auprès des patients et du grand public et la participation de patients experts dans les consultations et les séances d'ETP. L'ensemble de ces approches permettent au patient de devenir acteur de sa santé et d'assurer lui-même sa prise en charge, le médecin et les autres professionnels de santé assurant la prise en soins.

L'auteur tient a remercier Frédéric CHAFFRAIX, coordonnateur administratif, Florence ERNWEIN, infirmière d'ETP et le Docteur Jean-Philippe LANG, psychiatre addictologue du SELHVA.

Avoir 25 ans
c'est à la fois la maturité
et la jeunesse !

JAN CIMICKÝ

Pour les tchèques, la France est depuis toujours un pays proche et admiré.
Un riche passé lie nos deux pays, et il suffit de se remémorer plusieurs faits historiques : le prince Samo, venu de France unifier des tribus slaves sur ce territoire, l'histoire du roi Jean de Luxembourg, qui a combattu aux côtés des Français contre l'Angleterre, et qui est tombé dans la bataille de Crécy, mais aussi l'histoire de son fils, Charles IV, qui a apporté en Bohême la vigne de Bourgogne

J'ai grandi en Tchécoslovaquie, à l'époque du rideau de fer, alors qu'il ne nous était pas permis de voyager. N'ayant pas la possibilité de parler avec des français, et en dehors du cursus scolaire, j'ai perfectionné « mon français » grâce à des chanteurs comme Edith Piaf, Gilbert Bécaud et Charles Aznavour.
Aujourd'hui, alors que je viens chaque année à Strasbourg pour quelques jours, il m'est toujours très difficile de ressaisir toutes les subtilités de la langue, de retrouver sa souplesse et de réagir rapidement en français. Pourtant je me sens à Strasbourg, un peu comme chez moi.

Strasbourg m'a accueilli en 1986 et de cette première rencontre, j'ai des souvenirs en noir et blanc, mais aussi en couleur.
Pour un homme venant d'un pays de l'Est, d'un pays slave, c'était vraiment exceptionnel, et je ne résiste pas au clichés touristiques : Strasbourg, sa magnifique Cathédrale dont la tour touche les nuages, les maisons médiévales à pans de bois, l'Ill qui coule au milieu de la ville dans le quartier appelé « la petite France », les rues étroites, les cigognes dans les boutiques de souvenirs, les marchands de châtaignes grillées en hiver…

Grâce à Euro Cos j'ai découvert des lieus spécifiques de Strasbourg, l'Hôpital Civil, historique et traditionnel, le Palais de l'Europe, la salle de conférence de la clinique Sainte Barbe, la grande salle de l'Université de Strasbourg et bien d'autres lieus strasbourgeois.
C´est pourquoi j´ai été heureux, de pouvoir montrer à mes hôtes sensibles, et amis « eurocossiens », Prague, ma ville natale au cœur de l'Europe, il y a presque dix ans...et de leur faire apprécier la beauté de l'architecture pragoise, admirer les palais et les cathédrales romanes et gothiques, les palais d'été en style renaissance, et les églises en style baroque vaporeux. Et partout la musique. Smetana, Dvořák et surtout Mozart.

Nous avons marché à pied dans le romantisme nostalgique dans des ruelles intimes et secrètes pragoises, en caressant de nos pas le dallage du Château de Prague, ange gardien de la rivière Vltava ; nous sommes entré dans la ville juive pleine de secrets, où jadis le célèbre rabbin Jehuda Löw ben Bezalel a conçu et pétri son homme artificiel, le Golem ; nous sommes resté un instant dans la bibliothèque où le célèbre Tycho de Brahe a étudié les manuscrits rares ; et bien sûr, nous avons découvert ensemble sur la place de la Vieille ville la statue du prédicateur Jan Huss, qui nous rappelle le prix de la vérité …
Et comme moi, j'aime Strasbourg et j´y reviens avec joie, j'espère que pareillement vous, mes amis, vous avez gardé quelque chose dans votre cœur... et vous aimeriez y retourner...

Eh bien, Prague vous est toujours ouverte, chers amis !

Des pilules dorées
aux pilules en or !

VERA BOLTHO

Lors du vingt-cinquième anniversaire d'EUROCOS la première question qui me vient à l'esprit est celle de savoir si la santé publique va mieux en Europe. Bien entendu la question est loin d'être simple : tout comme la maladie, la « santé », est multifactorielle. Ce n'est donc pas en quelques lignes que l'on peut analyser ces critères complexes. L'OMS le fait d'ailleurs très bien.

Parmi les autres nombreuses sous-questions qui se posent, il y a celle des politiques de santé dont la situation globalement ne va pas mieux tout en n'allant pas trop mal ! C'est bien sûr au prix de déficits et/ou restrictions parfois importants, ou de la recherche d'efficience mal comprise généralement. Pour boucler leur budget annuel les pays en période de crise réforment et restructurent leur système de santé avec plus ou moins de succès ; les budgets étant à la fois élevés et limités, les honoraires des professionnels irréductibles, le potentiel des progrès pharmaceutiques et technologiques infini, le profil démographique pyramidal devenant un « champignon », le rôle des responsables consiste plutôt à jongler entre prévention et protection, entre santé publique et offre de soins, qu'à se doter de vraies stratégies globales à moyen-long terme.

Sur cet arrière-fond problématique, mais tout compte fait encore 'stable', se greffent aujourd'hui de nouveaux défis, dont celui particulièrement aigu des pilules au prix d'or, entre 3 000 et 100 000 $ par traitement ; s'ils sont miraculeux pour les patients, ils sont meurtriers pour les budgets de santé. Les arguments des industriels sont connus : investissements, durée et aléas de la recherche, études cliniques, retour sur investissements, concurrence, etc. Ceux des « payeurs » aussi,

sans remboursement pas de marchés satisfaisants. Les pressions, elles, viennent d'une part des actionnaires et d'autre part des patients.

La logique voudrait qu'un accord soit trouvé dans l'intérêt « raisonnable » de tous les acteurs. Si la forte composante « culturelle » en santé et en systèmes de santé à ce jour a souvent freiné la mise en commun de bonnes pratiques en Europe, il est à espérer que face à ce nouveau défi on inaugurera une tradition vertueuse de coordination européenne en matière de fixation des prix pharmaceutiques. Problème complexe, certes mais des rapports et des propositions de solutions techniques commencent à émerger en Europe. Les décisions devraient toutefois venir du concert politique européen et la vraie question est donc de savoir si la conjoncture politique européenne actuelle y est favorable. Un vrai débat !

Nicole Steinberg
Liliana Monheit

Les psychiatres, praticiens du sujet singulier, courent le risque de se laisser enfermer dans une clinique réduite à la problématique individuelle.

Comment faire résonner les questions de chacun à l'aune de questions plus larges (de santé publique, de philosophie, d'anthropologie d'économie..) pour y enrichir sa pratique ?
En participant à la vie d'Euro Cos !

La préparation des rencontres y sont l'occasion de nourrir une pensée multidimensionnelle, et les allers retours qui y sont débattus entre singularité et perspectives globales enrichissent mutuellement ces deux champs.

Euro Cos, c'est une histoire de regards croisés, d'idées partagées, parfois confrontées.
C'est aussi une histoire d'amitiés fécondes.

La naissance d'Euro Cos
Une histoire mythique

MICHEL HASSELMANN

À la mémoire de mon ami Martin Weil

L'idée que l'on puisse aujourd'hui découvrir un mythe Grec jusqu'alors ignoré est impensable. Pourtant, c'est ce qui arriva à AH Namless, professeur de codicologie et d'histoire des manuscrits à la «*Univerty of Tasmania*» alors qu'il était en année sabbatique sur l'île de Kalymnos. Les Kalymniotes, descendants probables des Cariens, installés sur l'île il y a plus de trois milles ans, parlent un dialecte particulier aux racines doriques et certains de leurs écrits restent sans traduction. Sur cette île, le monastère Agios Savvas proche de la capitale Pothia, possède un fond de papyrus en partie inexploité. Certains, dit-on, proviendraient de Kastro Chrysocheiras où séjournèrent durant plusieurs siècles les Chevaliers de Saint-Jean, ordre fondé peu après la première croisade. Grâce à un concours de circonstances qu'il serait trop long d'exposer ici, c'est parmi ces manuscrits - dont certains furent rapportés de Saint-Jean-d'Acre - que Namless découvrit un mythe jusqu'alors inconnu. Sa rédaction pourrait, selon lui, être dû au pythagoricien Philolaos de Crotone et dater du 5ème siècle avant Jésus-Christ. Le découvreur en a autorisé la publication mettant toutefois en garde contre les effets éventuellement néfastes que sa divulgation pourrait entraîner. Mais en raison de l'importance qu'il revêt pour l'histoire contemporaine, nous prenons ce risque ; voici donc le mythe dans la traduction proposée par son découvreur.

« Les hommes ont par nature tendance à toujours s'assembler avec ceux qui leur ressemblent, avec ceux qui sont d'une même appartenance d'idée, de croyance ou d'origine. Le groupe ainsi formé se sent plus fort, si fort qu'il en vient à vouloir imposer sa vision du monde, parfois par la parole et la dialectique, mais souvent par la force et les armes. Et, victorieux, il trouve cela bon et délicieux même s'il

dût, pour vaincre, commettre l'injustice. Mais, quand par malheur il connaît la défaite et l'humiliation, il en vient à goûter l'amertume de l'injustice. La raison aurait dû faire comprendre que pour éviter les affres humiliants de la défaite qui font oublier le plaisir des victoires anciennes, il eut été sage de s'entendre avec les groupes humains différents, de croiser les points de vue et d'aller vers les disciplines et sciences enseignées par d'autres. Mais ce ne fut pas le cas. Les humains toujours s'assemblaient selon leur chapelle, jetant sur les autres un regard suspicieux et méprisant. Et le monde n'évolua pas comme il eût pu le faire si les idées des uns eussent pu se mêler à celles des autres. Zeus se désespérait de voir ces fragiles créatures ne pas unir leurs forces pour ordonner le monde mais s'égarer dans des joutes stériles qui les éloignaient du service qu'ils devaient aux Dieux. Il décida alors de leur donner des lois et des conventions indiquant aux hommes ce qui était juste et légitime afin qu'ils se tiennent à l'écart des excès, des vengeances et des guerres. Mais rien n'y faisait. L'idée lui vint alors de faire engendrer et donner vie à une nouvelle divinité. Pour mettre en œuvre son dessein, il convoqua la princesse Europe, fille du roi de Tyr dont il connaissait la fécondité. Jadis, après l'avoir enlevée en se métamorphosant en taureau blanc, il s'était accouplé à elle et de cette unique union naquirent Minos, Rhadamanthe et Sarpedon. Ayant trouvé la mère, Zeus pensa que le futur père devait connaître l'art médical qui soulage les souffrances et tient pour un temps l'Hadès à distance. Il convoqua donc Asclepios fils d'Apollon et de Coronis dont les adeptes, les Asclepiades, exercent la médecine sur l'île de Cos. A Europe et Asclepios, Zeus dit ceci :

« Allez à Cos et sous un platane, accouplez-vous. De votre union naîtra une divinité qui tiendra de sa mère la sagesse, la philosophie et le souci de la cité et de son père l'art médical, la prudence et l'énergie de rendre les mortels plus forts et plus vaillants. Elle aura la capacité de diffuser sa sagesse sur le monde et enseignera aux hommes l'art de prendre en compte la certitude opposée. Je dis qu'alors les hommes vivront heureux et serviront au mieux les dieux.»

Et il fut fait ainsi. Sur l'île de Cos, des œuvres d'Asclepios, Europe devint grosse.

Comme dans le monde des dieux le temps n'existe pas, seule l'éternité rythme les jours, Europe attendit pour mettre au monde la divinité nouvelle. Les années, les siècles, les millénaires humains s'écoulèrent sans que l'enfant ne vit le jour. Asclepios s'impatientait. Mais Europe restait intransigeante. Voulant impliquer Zeus dans cet événement elle proclama *« Ce que femme veut, Dieu le veut »*. Mais le Dieu-roi n'était pour rien dans ce délai. En réalité, Europe guettait le moment propice pour que sa divine progéniture puisse agir avec efficacité. Et ce moment arriva vers la fin de l'humain XX^{ème} siècle quand, abolissant le mur qui séparait deux blocs opposés, les hommes donnèrent l'impression de se réconcilier. Europe entrepris alors d'accoucher, mais ignorant le temps, le travail dura deux ans. Sa fille naquit en 1991. Pour la nommer Zeus voulut qu'elle porte le nom de sa mère couplé à celui du lieu de sa conception. Elle fut donc nommée Euro Cos et reçu le titre de *« Déesse de l'Humanisme et Santé »*. Depuis, selon le divin souhait, elle œuvre au rapprochement des idées, à l'échange et à la confrontation des opinions pour le plus grand bien des hommes. Zeus et tous les Dieux savent que ceci est bon.

Si vous allez sur l'île de Cos, vous verrez un platane éternellement vert. C'est lui qui abrita jadis les amours d'Europe et d'Asclepios.

Adam H. NAMLESS lors de sa nomination
comme correspondant étranger
de l'Académie des inscriptions et belles-lettres
Paris 2008

Un lieu de rencontre et de réflexion privilégié

DIDIER LE PRADO

25 années de réflexion autour de la santé.

Je n'ai rejoint ce groupe totalement atypique que lors des dernières années au cours desquelles les rencontres ont eu lieu dans les locaux du Parlement Européen.
Claude-Marie Laedlein et Jacques Freund m'avaient contacté dans la mesure où j'intervenais comme avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation des hôpitaux universitaires de Strasbourg pour me proposer un exercice de réflexion pluridisciplinaire sur des sujets « sociétaux » relatifs à la santé publique.

Ce fut pour moi une découverte et un enrichissement. Il est très rare de pouvoir ainsi porter un regard transversal sur des questions aussi délicates que celles qui ont été abordées à Eurocos au fil des années.
J'aime mon métier d'avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation car il me permet d'aborder, à travers le prisme sous doute déformant de la technique de cassation ou du contentieux administratif, une grande diversité de sujets.
Et c'est précisément cet aspect transversal de la démarche d'Eurocos qui m'a séduit.

Je me suis retrouvé bien souvent seul juriste au milieu de médecins, de cadres de santé, de philosophes…, pour croiser nos points de vue.
Chaque année, à l'issue de réunions préparatoires auxquelles je n'ai malheureusement bien souvent pas pu participer, Eurocos a su faire le choix de thèmes d'actualité se prêtant à ces débats fondamentaux et pluridisciplinaires.

Quelques exemples parmi d'autres : le statut juridique du corps humain, la vulnérabilité, le patient face à ses droits d'autonomie, l'EI santé à l'épreuve du droit….
Sur chacun de ces sujets et bien d'autres encore, il est apparu que seule cette approche transversale permettait une véritable réflexion.
Sur le statut du corps humain, les lois bioéthiques de 1994 et 2004 ont certes posé des jalons ; mais la question de la protection du corps humain ne peut pas être traitée que par des spécialistes, qu'ils soient juristes ou médecins ; il appartient à tout citoyen de déterminer les valeurs communes qu'il entend privilégier ; et il appartient aux philosophes, aux sociologues de nous éclairer.

La place du médecin et celle du patient mérite également une réflexion pluridisciplinaire.
Le médecin était, il y a bien longtemps, considéré comme un sage, voire une mage ou un prêtre, seul détenteur du savoir médical et dont la science et la pratique n'étaient jamais contestées.
Les rapports entre le médecin et son patient ont bien évidemment changés et le patient est aujourd'hui devenu acteur de sa propre santé, patient qui s'est vu reconnaitre par la loi Kouchner du 4 mars 2002 des « droits ».

Face à cette évolution de notre système de santé, il est essentiel pour le juriste de pouvoir réfléchir au rôle de la règle de droit.
La règle de droit qui ne doit pas être uniquement une source de contrainte mais qui doit être d'abord un moyen de régulation des rapports sociaux.

Qui doit permettre de favoriser le dialogue entre les professionnels de santé et les patients.

L'écoute et le dialogue qui sont les conditions premières de la confiance.

Entre le fort et le faible, c'est la liberté qui opprime et la loi qui libère disait Lacordaire.

La règle de droit doit, quant à elle, pouvoir libérer le dialogue et la

confiance entre tous les acteurs de notre système de santé.

Merci à Eurocos, qui m'a permis lors de ses rencontres annuelles pluridisciplinaires, d'enrichir ma réflexion, sur ces sujets passionnants.

Merci à Eurocos, qui m'a permis de rencontrer d'autres esprits curieux, différents, et passionnés.
Longue vie à Eurocos.

EURO COS fait des petits européens
une petite histoire collatérale !

Alain Coheur

Nous sommes en l'an 2000, de discussions en réflexions, nous imaginons, Clo-Mie et moi, si nous pouvons aller au-delà de nos rencontres annuelles et de concevoir des relations plus formelles entre des établissements hospitaliers, et plus spécifiquement entre le CHU de Strasbourg et le CHU de Liège qui bénéficiait déjà d'une expérience transfrontalière dans l'Eurégio Meuse-Rhin. Le projet qui s'élabore prend dès lors une dimension transnationale et sera déposé pour bénéficier des fonds européens au FEDER.

Nous partîmes sur les routes de l'Europe, non sans avoir sondé en interne nos hôpitaux pour connaitre les volontés de coopération dans les différents services. En septembre 2001, à Rotterdam, lors d'une bourse de la CE aux projets, nous étions prêts pour présenter notre avant-projet qui reçut un accueil favorable. Cela nous encouragea à persévérer et à conceptualiser notre dossier pour un dépôt final en 2002.

En chemin, nous avions accroché un nouveau complice le Centre hospitalier du Luxembourg, ainsi les trois décidèrent de créer un réseau de coopération hospitalière transnationale tout à fait novateur dans l'Europe du Nord-Ouest mettant en commun leurs potentialités médicales, humaines, technologiques, scientifiques, intellectuelles, ainsi que leur savoir-faire respectif.

Le plus difficile fut dès le départ de créer pour les gestionnaires hospitaliers un climat de confiance et au sein des professionnels de santé des trois hôpitaux de créer une dynamique constructive en incitant à la convergence des savoirs et des techniques et instituer ainsi

des pôles d'excellences et d'autre part de la confiance

Dans l'esprit d'Euro Cos, nous avons favorisé la coordination d'actions, d'activités et de moyens pluri-professionnels et pluridisciplinaires en santé, permettant ainsi un meilleur accès aux soins, avec une offre plus appropriée, proposée de façon plus rationnelle.

Les trois Centres Hospitaliers furent les instigateurs de projets novateurs, promouvant de nouvelles technologies dans le domaine médical et de la communication, de nouvelles méthodes de gestion de ressources humaines et de management hospitalier, ainsi qu'en développant des perfectionnements professionnels communs.

Le réseau hospitalier ainsi construit s'intéressa à trois champs d'activité choisis en concertation afin de répondre aux besoins des politiques régionales et nationales de Santé Publique ; les nouvelles technologies de l'information à travers un réseau de communication informatique transnational, les innovations technologiques et prise en charge des patients comme le développement de méthodes de prise en charge cognitive innovantes, pour les patients schizophrènes et atteints de la maladie d'Alzheimer et enfin les ressources humaines et formation continue pour l'amélioration de la qualité des soins dans les blocs opératoires

Grâce à ce réseau, à la mise en commun des connaissances et des expériences, ce projet fut un véritable succès ! À tel point qu'à la fin du programme en 2008, un nouveau projet fut déposé, élargissant encore le cercle des hôpitaux aux Pays-Bas et à Allemagne et s'est terminé en 2013.

Depuis cet engagement de l'année 2000, les coopérations hospitalières européennes perdurent tout en se diversifiant… et cela est une autre histoire.

Enfin, nous ne pourrions passer sous silence, la conférence organisée en mars 2004 sous l'égide de la Commission européenne inti-

tulée *« Les nouvelles applications génétiques face à l'accès à la santé »*, les eurocossiens furent nombreux à y intervenir : Michel Hasselmann, Jean Michel Vidal, Emilio Mordini et contribuèrent au succès de cette conférence, à l'époque un sujet novateur ! mais Euro Cos n'a-t-il pas toujours été à la pointe de la réflexion ?

L'« *équiqualité* » de la médecine

Pierre Maillard

« L'équiqualité » d'une action est l'étiquette que nous donnons à un concept socio-économique qui émerge depuis quelques années. Elle peut se décrire comme étant :
Le jugement qualité que chaque contributeur à la production ou à l'usage d'une action, porte sur la répartition qu'il perçoit de l'ensemble des efforts et des gains, entre tous les contributeurs de l'action.

C'est une forme de généralisation du concept de qualité. L'élaboration, par le contributeur d'une action, d'un jugement qualité portant sur la répartition perçue des efforts et des gains entre tous les contributeurs de l'action comporte trois niveaux :

- un jugement a priori :
    - de sa satisfaction de la répartition envisagée;
    - de son niveau de confiance dans la capacité du système de répartition à réaliser cette répartition ;
- un jugement évolutif au cours de la production et de l'usage de l'action :
    - des chances de maintien de sa satisfaction initiale de la répartition envisagée ;
    - du niveau de confiance qu'il peut encore accorder à la capacité du système de de répartition à réaliser la répartition initialement envisagée ;
- Un jugement final synthétique à l'issue de l'usage de l'action
    - de sa satisfaction réelle de la répartition ;
    - de sa confiance dans la capacité du système de répartition à reproduire une situation analogue, ou plus satisfaisante ;

Dans une période de notre histoire où les moyens de communication font émerger très vite les situations de déséquilibres de répartition des efforts et des gains, et leur font occuper l'essentiel de l'espace médiatique, donnant l'impression d'une civilisation corrompue qui démotive, et ouvre un boulevard aux solutions radicales qui peuvent détruire des pans entiers de progrès accumulés, il faut davantage s'appuyer sur ce concept pour redonner du sens à l'Humanité, et répondre à ses aspirations profondes.
La médecine est un secteur d'activités où l'équiqualité joue un rôle majeur.

Au fil des années, les réflexions d'Euro Cos ont souvent tourné autour de ce concept et de son application en médecine.
Si on considère que l'action est le traitement de la pathologie d'un patient, les personnes qui contribuent à la production et à l'usage de l'action possèdent des visions souvent différentes non pas du sens de l'action, mais de la manière de la produire, de s'en servir, et de valoriser les efforts et les gains.

Ces visions évoluent notamment sous l'effet des réseaux sociaux et des médias, mais aussi du vécu de chacun, de ses représentations mentales, et des différents rôles joués au cours du traitement de la pathologie.

L'équiqualité des patients, qui sont des contributeurs essentiels au traitement de leurs pathologies, s'est considérablement modifiée au cours du vingtième, et du début du vingt et unième siècle. Le patient veut participer davantage au diagnostic et au choix du traitement. Il accepte moins le risque de ne pas atteindre la guérison. Il veut fournir des efforts qui étaient attribués autrefois au médecin dans la recherche des causes et des modes de traitement. Il veut que le traitement lui permette de retrouver plus vite son intégrité physique avec le minimum d'efforts. Il veut consacrer une part de plus en plus faible de son pouvoir d'achat au traitement. Il ne veut plus que le médecin puisse percevoir un certain niveau d'honoraires. Il pense que les Pou-

voirs Publics doivent faire davantage d'efforts pour la santé.

Le médecin a modifié également considérablement l'équiqualité qu'il attribue au traitement d'une pathologie. Il sent qu'il est passé du statut de notable à celui de technicien. Il ne veut plus assurer seul la continuité des soins en étant disponible en permanence. Il consacre moins de temps à personnaliser l'acte médical parce qu'il n'est pas assez rémunéré. Il réduit ses efforts d'investigation en ayant plus systématiquement recours à des aides technologiques au diagnostic pour gagner du temps et limiter ses risques. Il n'accepte pas toujours le manque de considération des patients. Il ressent une perte significative de pouvoir d'achat.

Les Pouvoirs Publics souhaitent aussi une profonde modification de leur équiqualité des traitements pour réduire leurs efforts financiers, ou les répartir différemment. Ils pensent que les patients consomment trop de médicaments, qu'ils consultent le médecin inutilement, que les médecins délivrent trop de congés maladie, que les laboratoires médicaux vendent trop cher certains médicaments, etc.

Les organismes de régulation souhaitent aussi une profonde modification de leur équiqualité pour améliorer la qualité des soins. Ils pensent que les laboratoires médicaux manquent de transparence pour assurer leur conformité aux exigences normatives, qu'il faut augmenter les audits inopinés, qu'il ne faut plus que les audits soient payés par l'audité, etc.

Les laboratoires médicaux souhaitent une meilleure répartition des risques d'échecs au niveau de l'innovation médicale.

On pourrait étendre les exemples qui montrent que l'équiqualité devient une des principales sources de progrès en médecine. Elle peut servir à décrire la plupart des risques majeurs d'insatisfaction des différents contributeurs au traitement d'une pathologie. Elle peut éviter les risques d'échecs dus à une perte de motivation et d'engagement des contributeurs qui sont des facteurs essentiels de succès.

Si la mise en exergue de ce concept d'équiqualité par l'évolution de notre Société, pourrait être considérée comme une généralisation du concept de qualité, son étude, et sa maîtrise, ne doivent pas être confiées aux spécialistes du management de la qualité. Ils ne sont pas les mieux armés pour guider le chemin à parcourir. Ils n'ont qu'une vision : réductrice, rationnelle, technique, et trop inhumaine des moyens à mettre en œuvre. Ce n'est pas une attaque de cette population dont je fais partie, mais un constat que je crois objectif et, tout du moins, souvent partagé.

Les promoteurs de cette « équiqualité » doivent être des équipes interdisciplinaires, composées de sociologues, de psychologues, de systémiciens, d'économistes, de qualiticiens, et de médecins, qui acceptent de reconstruire ensemble un modèle centré sur l'étude et l'usage de ce nouvel équilibre dynamique, au cœur de toute action humaine.

Cet équilibre sera toujours dynamique c'est-à-dire acceptable, et accepté, momentanément par les acteurs de l'action, sans pouvoir l'inscrire dans le marbre par des lois ou des normes.

Les tentatives, pendant plus de vingt ans, de créer cette dynamique de progrès, au sein d'un institut appelé : « Institut de Recherche et de Développement de la Qualité » n'ont pas abouti.
L'institut a fermé ses portes en 2007. Le moment n'était pas le bon. Les trente glorieuses laissaient croire que cette approche équilibrée du développement sociétal était inutilement complexe, et pouvait créer un frein à une croissance rapide qui séduisait.

Euro Cos, par son indépendance, son interdisciplinarité, l'expertise reconnue de ses membres, et la passion qui les anime, est le lieu le mieux adapté pour redonner un nouvel essor à l'usage de ce concept, comme source de développement dans le domaine de la médecine.

Le moment semble venu de relancer une initiative dans cette di-

rection. Je profite des 25 ans d'Euro Cos pour lancer cette bouteille à la mer. La mise en exergue de ce concept s'inscrit, je le crois, dans la pensée humaniste, et avant-gardiste, de notre mouvement.

C'est un passage de relais qui s'adresse surtout à nos jeunes membres qui cherchent à donner encore plus de sens à notre Société, par de meilleures contributions à la santé de l'Humanité.

Plaidoyer pour une politique humaniste de réduction des risques.

Deux exemples de pratique en santé publique à Genève, Suisse

Christian Mounir

La « réduction des risques » est une stratégie à l'articulation de la santé publique et des Droits de l'homme qui vise à minimiser les effets physiques ou psychosociaux négatifs des conduites à risque sur les usagers et par voie de conséquence sur la société, en rendant ces conduites possibles de manière qu'elle entraîne moins de problèmes ou dommages individuels et sociaux.

La vie et le bien-être des sociétés humaines dépendent des *choix politiques* qui président à leur organisation. Santé et médecine n'échappent pas à ce primat du politique. Ainsi, afin de promouvoir la santé à l'échelle populationnelle, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de l'OMS[1] nous invite à

- construire une *politique* publique *saine* ;
- créer des *environnements favorables* ;
- renforcer les *actions communautaires* ;
- *développer des compétences* personnelles par l'information et l'éducation ;
- *réorienter les services de soins de santé vers la prévention des maladies et la promotion de la santé.*

Par préjugés, information erronée ou erreur de jugement, souvent, l'aberration des passions sociales, politiques ou idéologiques met les bâtons dans les roues de politiques ou de mesures raisonnées et raisonnables pourtant fondées à la fois sur le bon sens, sur les principes de l'humanisme médico-social et sur des études et des

1 Organisation mondiale de la santé

expériences probantes (voir le cas emblématique et tragique de Semmelweis par exemple) aux frais d'innombrables années de vies perdues. Or précisément, aujourd'hui, deux domaines de la santé publique qui concernent l'organisation sociale et la santé globale sont en butte à des résistances politiciennes et des débats de principes « vertueux » où l'ange le dispute à la bête (Pascal) : la législation et l'action sociale en matière de stupéfiants d'une part, et le travail du sexe d'autre part. Résistances et passions conceptuelles où se jouent la santé et la vie *des autres* qui met à l'honneur la boutade « médecine ? Métier dangereux pour…les autres ! ».

Faut-il bien le rappeler ? Quel statut philosophique donner à la médecine, sinon celui d'un exercice de la compassion devant la souffrance humaine et de l'effort bienveillant et acharné pour porter secours et recours à son prochain ? La médecine est un humanisme. Encore faut-il qu'elle comprenne et assume que sa tâche ne se limite pas au colloque singulier, mais qu'elle engage *l'humain* en général. Et *s'engage* en ce sens !

Trente années de confrontation aux problématiques de santé sociale et psychique de la jeunesse dans un service de pédiatrie sociale de l'Etat m'ont entièrement acquis à la nécessité de *l'engagement* en faveur de politiques globales de santé qui s'écartent résolument de l'idéal du mieux, pour faire le bien ! J'ai eu le privilège de contribuer à mon niveau ou d'être témoin de *l'assainissement* – au sens premier du terme – de la « scène de la drogue » et du milieu du travail du sexe. Prétendre éradiquer l'addiction ou la prostitution est une polichinellerie, au mieux un aveuglement ; les criminaliser, une forfaiture. C'est prétendre supprimer par décret le besoin et la souffrance humains – alors que notre tâche est fondamentalement ailleurs et consiste à comprendre et assister avec bienveillance. Hâtons-nous lentement de respecter l'autonomie et de ne pas intervenir abusivement là où ce n'est pas nécessaire et d'aider ceux qui peinent, à moins souffrir et à mieux vivre sinon à guérir et défions-nous, par superbe et supercherie, au contraire, de priver les uns de leur liberté et de pousser les autres plus avant dans la douleur, la misère, le désespoir et la mort !

La dramatique expérience de la grande « Prohibition » au USA devrait nous servir d'étude en vraie grandeur définitive ! Loin de réduire ni la consommation ni la criminalité d'un supposé « hérédo-alcoolisme » cher à Zola, tout au contraire, elle a été le terreau du gangstérisme, favorisé la contrebande et la production exclusive d'alcools distillés et frelatés, engendrant une augmentation de la violence et de la

mortalité. Or n'en va-t-il pas de même de la prohibition des stupéfiants aujourd'hui ? Toute l'expérience de longues années de lutte militaro-policière sisyphéenne montre que la prohibition nourrit la production clandestine, le crime organisé, la délinquance et la circulation de produits frelatés qui ruinent la santé des consommateurs et favorise la diffusion des maladies. « La guerre mondiale contre la drogue a échoué avec des conséquences dévastatrices pour les hommes et pour les sociétés du monde entier », comme le dénonce la Commission mondiale pour la politique des drogues.

L'action répressive dans le domaine du sexe tarifé conduit à de semblables résultats : elle promeut la clandestinité qui alimente le crime organisé, nourrit la traite des humains, favorise la diffusion des maladies et sème la misère et la mort. Marginaliser et exclure ne relèvent pas d'une politique de santé publique en ce qu'elle fabrique de la clandestinité et éloigne de toute possibilité de compréhension, d'assistance et de prise en charge !

Pour pouvoir conseiller ou prendre en charge, soulager la douleur voire aider à guérir, il faut d'abord reconnaître la dignité de la personne et son droit à la différence, à *l'identité* de sa condition et à la maladie, et lui permettre *d'exister*. Et admettre surtout que la *condition humaine* soit inconstante et diverse (Montaigne) et qu'il n'y a pas *nécessairement* maladie lorsqu'il y a écart à la norme moyenne. Il faut reconnaître et accepter cette « normalité » et par suite, dans la *distribution normale* des états et des conduites de la condition humaine, un écart de percentiles bien plus étendu que celui de nos conventions arbitraires. En définitive, la normalité est ce avec quoi l'on peut – ou pourrait ! - vivre sans excessif ou insupportable dommage pour nous-mêmes et pour autrui si notre relation au monde n'était pas perturbée par des normes mal ajustées au réel. Et cette normalité-là ne s'impose pas à autrui – elle est un état accepté ou choisi par chacun, dans sa *différence*.

En associant dépénalisation, décriminalisation, acceptation, encadrement, information et éducation, nous avons assaini le monde de la « scène clandestine ». Supprimant l'illégalité et la stigmatisation, nous avons fait apparaître au grand jour des réalités qu'on avait contraintes d'exister dans l'ombre et se voyaient forcées par des lois iniques de vivre cachées et traquées. Ce qui a révélé, *contre les idées reçues*, une palette de modes d'existence allant du parfaitement non-problématique au plus pénible. Ce qui a permis porter assistance, d'aider et au besoin de traiter, ceux qui souffraient. Par ailleurs, la

criminalité dans les domaines du sexe et des stupéfiants ont sinon totalement disparu, du moins énormément régressé, au grand bénéfice de la société entière. De même, la santé des personnes s'est considérablement améliorée, bénéficiant du même coup à tout le corps social par l'amélioration du contrôle et la réduction massive de maladies contagieuses (IST, tb…). La prise en charge bienveillante des personnes permet à un grand nombre de s'inscrire petit à petit dans des procédures de sortie de leurs conduites à risque dommageables pour retrouver un mode de vie plus apaisé. Mais de notre côté, nous avons appris des vérités qui jusque-là nous paraissaient insensées : que le nombre de consommateurs de stupéfiants est bien supérieur à ce que l'on imagine, mais qu'à l'instar des consommateurs d'alcool, tous ne sont pas dans l'abus, que nombreux sont ceux qui consomment de façon purement ludique, et que parmi ceux qui se reconnaissent *dépendants,* la plupart gèrent leur consommation parfaitement, très longtemps et souvent durant toute une vie ! Nous avons aussi appris qu'un consommateur « dur » - car ce n'est pas le produit qui est dur, mais son mode de consommation – et qui en souffre, une fois reconnu dans sa dignité de patient et pris en charge sans jugement, franchit dans la plupart des cas un jour ou l'autre les étapes naturelles de la « décroissance », dont le chemin passe par la prescription de produit et l'assistance à l'injection à risque contrôlé, la stabilisation puis la décroissance des doses, la substitution et enfin le sevrage. Mais il convient d'ajouter que pour rendre ce processus possible, il faut l'accompagner d'une prise en charge psychosociale qui s'intéresse à l'origine des motivations et aux fondements des problématiques qui ont engendré la conduite à risque, ainsi qu'à un soutien à la *réinsertion* qui se fonde sur un *projet de vie.* Or, les principaux obstacles à la pleine réalisation de nos objectifs de réduction des risques sont socio-politiques. La Convention internationale sur les stupéfiants d'abord et la pression des Etats-Unis qui à la suite du « McCarthy de la drogue » Harry J. Anslinger, font barrage à toute dépénalisation de la production de stupéfiants sous contrôle des Etats, comme à leur libre prescription. Ce qui a pour effet de soutenir le trafic et la dangerosité des produits illicites. Sans compter en amont, toutes les situations sociales et économiques « motivant » des pratiques les rendant supportables !

En ce qui concerne le *sexe tarifé,* la *légalisation* du travail du sexe répond au principe de réalité et a mis son exercice au regard et sous la protection de la Loi. Le travail du sexe est reconnu et enregistré

comme une activité professionnelle avec droit de cité, imposable et soumis à des règles d'exercice et sanitaires contrôlés. Des organismes de défense, conseil, formation et de soutien des prostitué(e)s ont été formés qui ont permis l'assainissement du « milieu » et sinon la totale disparition de la criminalité, du moins sa réduction massive sous la pression et le contrôle conjoints entre les professionnels et la police. Ces associations offrent également aide et soutien à celles et ceux qui, à un moment ou à un autre souhaitent « sortir du circuit » et se requalifier dans d'autres activités. Parmi les « découvertes » (!) ici encore, la revendication de la part des *courtisan(e)s* indépendants au *libre droit* à exercer ce *métier*, à la reconnaissance de sa dignité et de son rôle social (Grisélidis Réal). Avec, entre autres conséquences positives, le bénéfice pour la santé publique de la possibilité offerte au développement ces dernières années d'un secteur d'activité porteur d'émancipation, celui de *l'assistance sexuelle* au handicap[2]. Ce dernier apport répond de manière humaniste à un vrai besoin et à une souffrance hypocritement ignorés jusqu'ici par les services de santé comme par les autorités politiques. Besoin et souffrance qui se terrent au cœur même du travail du sexe en général. Comme formateur en santé sexuelle, l'intervention de travailleurs du sexe dans mes cours à l'université[3] a toujours été une révélation d'une intensité exceptionnelle. Leur témoignage portait souvent bien moins sur *l'agir sexuel* que sur *la peine humaine.* Et le formidable travail, d'empathie et même de compassion dont peuvent faire preuve la plupart des professionnels du « sexe » dans l'écoute, l'assistance et le réconfort qu'ils peuvent souvent apporter à certains de leurs clients – on voudrait dire à leurs patients - dont la motivation première n'est pas dans l'ordre du sexuel, mais dans celui du *relationnel* et de *l'émotionnel* dont ils ne trouvent pas leur compte ailleurs !

En santé publique, l'engagement *humaniste en réduction des risques pour la santé* s'est en règle générale avéré *in fine* du plus grand bénéfice pour la société tout entière. Que l'on songe par exemple à la Loi Veil sur la décriminalisation de l'interruption volontaire de grossesse qui a contribué à sauver tant de vies de femmes ! Humanisme en santé, c'est avant tout se départir de jugement et d'anathème pour *comprendre et aider.* Ce qui nécessite une législation adaptée et n'empêche pas

2 http://www.tdg.ch/geneve/actu-genevoise/Des-prostituees-formees-pour-offrir-une-sexualite-aux-handicapes/story/13035070

3 Dans le cadre du Certificat de formation continue interuniversitaire Genève et Lausanne « guidance et éducation en matière de sexualité, vie affective et procréation » (GESVAP).

qu'elle soit restrictive dans les domaines spécifiques où cela s'impose *de facto,* comme la consommation de substances psychoactives au volant. De manière générale, si le rôle de l'Etat et des services de santé est de protéger et secourir les citoyens, on fait fausse route dans la voie de la criminalisation des conduites à risque. Il convient au contraire de gérer avec réalisme et intelligence la complexité des conduites humaines par des politiques et des pratiques non répressives et participatives priorisant la réduction des risques sur la base, ou dans l'esprit, des cinq principes de le Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de l'OMS.

Merci à Philippe Granget, médecin de santé publique, à Martine Ruchat, professeure à la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'Université de Genève ainsi qu'à Arnaud Bubeck, chercheur et EuroCossien, mes relecteurs, de leur contribution critique à l'amélioration de ce document dont j'assume par ailleurs l'entière responsabilité.

Références

- AGTHE DISERENS, C., VATRÉ, F.,(2012), Assistance sexuelle et handicaps : au désir des corps, réponses sensuelles et sexuelles avec créativités. 2ème ed., Paris, ed.

- Chronique sociale, coll. Comprendre les personnes, 192 p.

- ASPASIE, Mission, http://www.aspasie.ch/

- ASPASIE, Handicap et sexualité, http://www.aspasie.ch/sexe-et-handicap

- BRIGAUD, Th. (dir.), DEBAULIEU, C., LUHMAN, N., MAGUET, O. (coord.) (2013) , Histoire et principes de la réduction des risques, entre santé publique et changement social. Paris, Médecins du monde, 132 p.

- La guerre aux drogues, (2011) Rapport de la Commission mondiale pour la politique des drogues, http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2012/03/GCDP_WaronDrugs_FR.pdf

- CELINE, L.-F. (1924 ; 1999) Semmelweis. Paris, Ed. Gallimard, coll. L'imaginaire, 128 p.

- HARI, J., (2016) La brimade des stups : Premiers et derniers jours de la guerre contre la drogue., Genève/Paris, Ed. Slatkine & Cie, 413 p.

- GRISELIDIS REAL, (2006) La passe imaginaire. Paris, Ed. Verticales, 424 p.

- GRISELIDIS REAL, (2005) Carnet de bal d'une courtisane. Paris, Ed. Verticales, coll. Minimales, 128 p.

- MINO, A., ARSEVER, S., (1996) J'accuse les mensonges qui tuent les drogués. Paris, Calmann-Lévy ed., 256 p. + annexes

- OMS, (1986) Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, http://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986

Les *conflits de valeurs* dans le champ du soin

Pierre Ancet

Travailler ensemble impose un certain nombre de compromis dans l'exécution de tâches complexes, selon des règles à la fois opérationnelles et des règles comportementales. Ces compromis vont avoir des conséquences subjectives : les règles vont progressivement être intériorisées et être investies par des valeurs personnelles. Un système de règles est à la fois contraignant et propre à engager l'adhésion subjective et collective, ce qui n'empêche pas qu'on puisse en évaluer la pertinence. Ainsi en va-t-il des règles dans les établissements de soin : certaines sont nécessaires (raisons d'hygiène, d'asepsie…) et d'autres plus administratives que réellement liées au cœur de l'activité de soin.

Ces règles et compromis sont plus que des aspects formels, elles sont une véritable *matière* que nous rencontrons et que nous travaillons seul ou collectivement. Ils offrent une résistance qui est l'un des objets du travail subjectif. Ces compromis et règles peuvent être vécus comme des compromissions et des contraintes, auquel cas cette « matière » se rigidifie et prend l'apparence de l'obstacle : « ce n'est plus possible de travailler dans ces conditions ! » ; « je refuse de me soumettre à cette règle absurde ». Ils peuvent être vécus comme des facilitateurs de la coopération et ce « matériau » devient alors plus fluide et malléable : « pour une fois ça simplifie le travail ».

Cette métaphore sensorielle pour parler de l'organisation du travail ne doit rien au hasard : la fluidité ou la rigidité des échanges et actions se ressent psychosomatiquement, et nous ne cessons de subir ou de générer des conflits au sein de la matière inter-relationnelle qui nous lie aux autres, dans l'usage de tel ou tel outil, physique

ou virtuel. Ces difficultés sont nombreuses, et nous n'en retiendrons ici que quelques-unes liées au conflit de valeur, dans le contexte de restriction financière et d'accélération temporelle de l'activité de soin. Dans ce domaine d'activité, la vocation initiale est généralement fortement marquée par des valeurs morales élevées. Le salaire n'est pas la seule motivation qui pousse à travailler, de nombreuses personnes continuant d'ailleurs à intervenir une fois en retraite dans différentes associations ou organismes. Ces valeurs fortes, que l'on peut nommer ici transcendantes, se heurtent non seulement à la résistance du réel, mais également à la résistance d'autres valeurs, plus opérationnelles, souvent considérées comme productivistes.

Il faudrait donc distinguer des valeurs que nous pensons être de *premier ordre* (comme l'altruisme, la bienfaisance, l'honnêteté, la sincérité…) et des valeurs de *second ordre* (comme la compétitivité, l'efficacité, le respect des règles et normes standardisées).

Ces valeurs semblent bien distinctes, les premières donnant une direction que les secondes ne feraient qu'appuyer, comme des moyens en vue d'une fin. La difficulté pourrait consister en l'impossibilité d'incarner ses valeurs de premier ordre, ou pire, de considérer les valeurs de second ordre comme prioritaires.

L'inconvénient des valeurs de premier ordre que nous avons citées est qu'elles ne correspondent pas à des réalisations aisément évaluables, et n'ont pour elles que leur intention et ce qu'éventuellement le patient renvoie, sans compter que des actions altruistes en apparence peuvent être des moyens d'emprise inconscients... Le qualitatif n'est pas plus sain que quantitatif, il est seulement d'une autre nature, plus difficile à évaluer, que soit en bien ou en mal.

On voit que la distinction entre valeurs de premier ordre et valeurs de second ordre est plus délicate que l'on pouvait initialement le penser. Derrière la quantité de travail accompli, il y a aussi la marque d'une intention qui n'est pas seulement de production (il faut bien s'adapter aux sollicitations de chacun des patients), derrière

le respect des normes, il y a aussi l'intention de ne pas nuire (par exemple le respect rigoureux des protocoles de soin à l'hôpital).

Au sein des organisations, il peut y avoir de fortes tensions entre des valeurs antinomiques, par exemple entre l'efficacité, la rapidité, la technicité d'une part et l'altruisme d'autre part. Ces tensions peuvent créer des conflits au sein des équipes, entre deux conceptions de ce que doit être un « travail bien fait » (l'est-il techniquement ou humainement ?). Ces tensions peuvent exister au sein d'un même individu lorsque s'imposent à lui des valeurs contraires, par exemple le respect d'autrui et l'ambition.

L'ambition est bien elle aussi une valeur, une valeur de *troisième ordre* certes, mais bien réelle, car il ne faut pas pêcher par angélisme : si la recherche de puissance conduit au dépassement de soi, on peut la considérer comme l'un des ingrédients de l'excellence, celle qui permet au médecin d'agir le mieux possible, avec les moyens dont il dispose. La vanité, lorsqu'elle n'est pas contentement de soi que rien ne justifie, est aussi ce qui oblige à se dépasser au service d'autrui : si elle pousse à devenir conforme à ce que l'on souhaite être pour la mériter, elle peut être vertueuse. Du moins est-ce ainsi qu'Anne-Laure Bloch, médecin neurologue et philosophe, présente la vanité du médecin comme l'un des moteurs de l'acte de soigner[1]. L'excellence de l'acte technique est une manière de se protéger de la culpabilité et de la honte que l'on peut éprouver sous le regard de ses pairs, même en leur absence. Mais ce regard plus symbolique que réel est à ce titre souvent plus pénétrant que le regard réel[2].

Ces valeurs de troisième ordre deviennent des contre-valeurs quand elles servent de refuge dans la difficulté. Telle est la vanité sans le mérite ou l'autosatisfaction sans l'action altruiste. Face à la difficulté de travailler dans un contexte de plus en plus contraint, faut-il plaider pour le cynisme et la reconnaissance de contre-valeurs ?

1 Anne-Laure BLOCH, Médecine technique, Médecine tragique. Le tragique, sens et destin de la médecine moderne, Paris, Seli Arslan, 2009, p. 121.
2 Ibid., p. 125.

Ainsi l'agressivité, le plaisir de la domination peuvent être des refuges très efficaces, bien qu'étant des contre-valeurs. La réalisation d'une action en cohérence avec ses aspirations est si difficile que l'effort mis sur les moyens conduit peu à peu à transformer les moyens en des buts en soi. Or le travail doit être conçu comme la manifestation d'une puissance *moyenne* et non pas une toute-puissance : refuser de lui reconnaitre cette propriété peut conduire à essayer de retrouver la toute-puissance sous des formes moins avouables.

Quand Anne-Laure Bloch évoque la puissance de la vanité dans le soin, elle désigne le *cure* (le soin curatif, médicamenteux ou chirurgical), qui est selon elle plus efficace lorsqu'il déshumanise et objective son patient, et peut perdre de son efficacité lorsque s'y mêlent trop fortement la compassion du praticien, ce dont elle témoigne courageusement à travers un exemple personnel de faute professionnelle[3].

Il semblerait que le soin comme *care* (qui désigne le fait de *prendre soin*) se nourrisse quant à lui de la qualité du lien, de la relation et se trouve donc par nature exempt des tentations de la domination. On retrouve les pratiques de *care* avec les personnes âgées, les personnes handicapées, les malades chroniques, les malades en fin de vie, soit dans toutes les circonstances où l'on ne peut soigner dans le premier sens, celui du *cure*. Or il n'est pas inutile de rappeler que la domination est une tentation présente dans *toute* relation, même si elle prend des formes qui la travestissent en bienveillance, et se manifeste plus particulièrement avec une personne vulnérable et dépendante. La *libido dominandi* ou pulsion de domination reste présente même dans les milieux où la domination ne fait pas partie des valeurs affichées. Dans le monde du *care,* l'emprise peut être elle aussi être présente, même de manière involontaire. « Faire à la place » d'une personne dépendante peut vouloir dire relayer l'action qu'elle ne peut plus faire, en remplaçant sa main pour lui permettre de manger par exemple. Mais « faire à sa place » peut également signifier choisir et en agir en lieu et place de celle-ci sans qu'elle l'ait demandé,

3 Ibid., p. 109.

et lui donner à manger ce qu'elle n'a pas choisi. Le glissement entre l'un et l'autre est toujours beaucoup plus insidieux qu'on ne veut bien l'avouer, mais il a des conséquences redoutables pour celui qui le subit.

On peut donc se retrouver dans sa pratique peu à peu en contradiction avec ses propres valeurs, du fait des contraintes que l'on subit soi-même et des moyens de défense que l'on met plus ou moins consciemment en place. Les effets du conflit de valeurs peuvent se faire sentir entre individus, au sein des équipes, ou même à l'intérieur d'un même sujet. Ce conflit peut être larvé ou non, ressenti ou non par le sujet (la somatisation étant souvent l'expression d'un conflit non ressenti). Il est renforcé par certaines contraintes, telle la contrainte de la chronométrie, le manque de moyens, la restriction des budgets…

Comment échapper à cette pression sans abandonner ses propres valeurs ? Tout le travail en éthique du soin consiste distinguer l'essentiel de l'accessoire au sein des normes et valeurs apparentes. On pourrait en dire autant du travail des qualiticiens. Mais si la réflexion éthique tend souvent à être trop générale en oubliant la concrétude de l'action, la réflexion dans le domaine de la qualité tend trop souvent à oublier la généralité de l'intention pour aller vers la technicité des tâches. Se dessinent ici deux modalités de l'idéal : l'idéal transcendant (la direction qui donne sens à son travail) et la norme devenue idéal pratique à atteindre (l'efficacité maximale que l'on puisse attendre)[4]. Ces deux modalités sont complémentaires se trouvent à l'origine de nos valeurs pratiques dont nous avons montré la complexité et la force, travers les trois ordres de valeur que nous avons dégagé. Il n'est pas dans notre propos de nier l'existence des valeurs de deuxième ou troisième ordre, ni même leur importance, de même qu'il ne faut pas nier l'importance d'un idéal pratique, mais de rappeler qu'elles ne sont jamais que des moyens, qu'elles ne peuvent se substituer seules aux valeurs de premier ordre ou aux idéaux transcendants qui sont à l'origine de nos vocations et guident nos actions tout au long de notre vie.

4 Marie-Anne DUJARIER, L'Idéal au travail, Paris, PUF, 2006.

Euro Cos : un rempart, repère pour une médecine humaniste

Jacques Kopferschmitt

Où va-t-on ? Où trouver l'énergie humaine et nouvelle qui pourrait nous faire sortir de l'impasse ? La spirale de nouveaux questionnements tente de trouver un lieu de réflexion et de propositions : Eurocos. Mais est-ce vraiment utile ? Et devant tant de questions de société, le débat est-il possible ? L'objectif n'est pas de suivre à la lettre toutes les tendances. Bien au contraire, Eurocos est une pépite de la pluralité et de la complémentarité : voilà une de ses richesses. C'est un « aiguillon » permanent qui fait avancer face aux questionnements permanents. Le choix des sujets depuis tant d'années valide cette dimension.

Il y a cependant un profond cri de désespoir qui monte. Sommes-nous dans le temps d'une déshumanisation civilisée comme l'évoquent Marc Grassin et Frédéric Pochard ? Un autre monde est-il possible ? Ce n'est pas uniquement à Eurocos que se trouvent les réponses, mais les questions pertinentes y sont régulièrement posées. ***S****ortir des champs traditionnels,* ***O****uvrir les esprits,* ***S****entir vibrer les émotions*. Il s'agit bien d'une certaine transcendance dans le désespoir que nous apporte Eurocos ! L'humanisme n'est pas un idéal périmé, même si c'est sujet éculé de dissertation.

L'ouverture à l'autre caractérise le fil conducteur de tous les travaux. Comme l'évoquait Ulrich Beck : « la science devient de plus en plus nécessaire, mais de moins en moins suffisante à l'élaboration d'une définition socialement établie de la vérité ». La santé par le chemin partagé de la technicité et de l'humanisme : cela existe t-il encore ? Ainsi l'humanisme est plus un horizon de sens qu'un édifice établi. Cet horizon devant nous, tend hélas de reculer au fur et à

mesure que l'on s'en approche. Euro Cos est bien un rempart qui élève la vision.

Mais l'état de crise devient l'état normal ! Cette année symbolique n'a pas échappé à Médiapart : « l'accueil des migrants, miroir de la perte d'humanité de notre civilisation ». Euro Cos nous aide à ne pas devenir formaté au quotidien pour ne plus hiérarchiser les évènements, ne plus voir l'essentiel en particulier dans le domaine de la santé ? Nous ne sommes pas dans l'empire de moindre mal de Jean Claude Michéa !

La fin des certitudes et l'accroissement de la complexité contraignent ainsi à une prudence vis-à-vis des potentialités des évolutions de la science pour la santé. Des chercheurs canadiens confirment que la poursuite des études contribuait à la jeunesse du cerveau, tout comme le fait de prendre régulièrement les escaliers.

Avec Euro Cos les marches à gravir sont heureusement encore nombreuses.

Avec Euro Cos la veilleuse qui éclaire nos pas, continue d'exister. C'est la lumière sans déclin de Serge Boulgakov.

La relation entre *alimentation et santé* racontée et enseignée dans la *littérature italienne*

Roseline Ricco

En Italien, « Parla come mangi » veut signifier que l'interlocuteur doit parler comme il mange c'est une invitation à réfléchir sur sa manière de s'exprimer qui devrait être plus en ligne avec les personnes avec qui il converse. C'est une invitation à parler de manière plus naturelle, sans artifice, comme lorsqu'on mange de manière quotidienne. Les hommes attribuent à la nourriture des significations affectives, spirituelles, symboliques qui représentent des instruments de communication culturelle.

Pour fêter les 25 ans d'Eurocos, j'aimerais proposer une réflexion sur la relation nourriture et santé dans la littérature italienne (livres, recettes, dicton, proverbes). Si on réfléchit sur le proverbe « L'appétit vient en mangeant », il indique une séquence de cause-effet où manger devient la cause de l'appétit qui représente ainsi le bien-être. Si au XIX° siècle se nourrir beaucoup devient un moyen pour être en bonne santé, le XX° siècle en Italie proposera un concept contraire où l'alimentation doit être allégée pour atteindre la bonne santé. Ces dernières années nous assistons à une nouvelle conception du lien entre alimentation et santé.

Régime pantagruélique pour être en bonne santé au XIX° siècle

En Italie, nous avons pu remarquer que la relation entre santé et nourriture a été faite surtout pour éduquer les Italiens. La volonté est de contrecarrer la malnutrition des paysans (trop de polenta de maïs par exemple qui provoquait la pellagre) et pour promouvoir l'hygiène alimentaire. L'anthropologue Paolo Mantegazza dans le *Dizionario d'igiene per le famiglie* au XIX° siècle affirmait que la cuisine doit

contenir les instruments de cuisine et les aliments définissant la nouvelle identité italienne, saine de corps et d'esprit : « Les aliments devraient contenir les mêmes principes qui composent notre corps » parce que c'est dans la cuisine « que se fabrique la santé dans la famille ». Mantegazza, dans son livre cité auparavant, considérait que la maigreur représentait une grande disgrâce pour les femmes. Il leur conseillait de suivre un régime pour grossir : « climats doux et peu variables. De longs sommeils et peu d'activité physique. En carrosse après avoir mangé. Avant de se lever du lit une soupe avec un bon bouillon ou une tasse de chocolat au lait avec du pain beurré. Vers 11 heures, collation avec du jambon gras, deux œufs au beurre, bière ou café avec crème chantilly. Au repas de midi, de la ricotta ou une soupe au riz, de la friture, du pain et de la viande grasse. Peu de salade avec peu de vinaigre… beaucoup de petits gâteaux, des fromages gras, peu de café et peu de thé, beaucoup de bière ».

Maintenant ce régime déclencherait de fortes réactions de refus, mais la position de Mantegazza est influencée par des croyances séculaires comme la considération que la viande est une nourriture pour personnes riches et celle, médico-humorale, qui considère que l'homme sanguin serait plus sain. Mantegazza est convaincu d'une relation entre la viande, le sang et la bonne santé. Il est en effet contraire au régime végétarien parce que « l'abus du régime végétarien dérange la digestion, appauvrit le sang, produit des développements insolites de gaz intestinaux, affaiblit muscles et cerveau, (…) et prédispose aux maladies qui trouvent dans un organisme faible un terrain opportun pour leur développement. » Mantegazza critiquait les repas qui se basaient sur la salade, les glaces et précisait que le meilleur marché était celui fait chez le boucher. Pellegrino Artusi, auteur de recettes célèbres (généralement offertes aux mariées), critiquait les femmes privées « de la chair dodue » qui plait. Les femmes maigres étaient considérées par Artusi « hystériques, névrotiques et anémiques » parce qu'elles ne se concédaient jamais un plat de viande et un verre de vin, préférant « les légumes et les gâteaux ». Artusi trouvait ainsi que les Toscans et surtout les Florentins mangeaient trop « d'herbes » qui détermineraient une constitution « faible » ; ils seraient incapables

de résister aux maladies et seraient destinés à tomber comme « des feuilles en automne ». Il était contraire à cette habitude moderne qui était de peu assaisonner les plats : « ce sera plus hygiénique, si nous le voulons, et l'estomac se sentira plus léger ; mais le goût en souffre et il manque ce stimulant qui est nécessaire à beaucoup de personnes pour digérer. » Comme Mantegazza, Artusi soulignait l'importance d'une nourriture au goût agréable (donc bien assaisonnée) et utile à la santé (la digestion). A la fin de son livre de recettes, il propose deux menus pour chaque saison et pour les fêtes (une dizaine par an). Dans l'Italie néo-bourgeoise du XIX° siècle, encore apeurée par le spectre de la famine, l'abondance est privilégiée et l'alimentation se doit d'être goûteuse même dans la période estivale. Manger sain signifie manger en quantité. La qualité est moins recherchée.

Régime allégé pour être en bonne santé au XX° siècle : un renversement de tendance

Mais les influences relatives à un style de vie alimentaire sain des Etats Unis, totalement différent de la cuisine italienne prônée par Artusi, changent les habitudes alimentaires des Italiens. L'alimentation devient le produit d'une analyse des composants nutritionnels de la nourriture et une étude des problèmes liés à la nutrition. La science alimentaire a contribué à un changement dans l'art gastronomique. Ces dernières quarante années considèrent la salle de cuisine comme un lieu de tentations et de tensions. La nourriture qui dans un pays affamé comme l'Italie était toujours bienvenue parce que bonne et utile pour construire un corps charnu, s'est vu allégée et la maigreur est souhaitée, considérée comme signe de jeunesse. L'appétit n'est plus aussi souhaitable s'il est associé au manger. Les aliments qui coupent l'appétit sont de plus en plus recherchés. Paolo Camporesi remarquait en 1970 que l'homme avait perdu le sens naturel de l'alimentation et par conséquence la manière d'observer sa propre image. Plus radical apparait Baudrillard en 1995 qui réfléchit sur une réalité en déconstruction : le sucre sans calorie, le sel sans iode, la vie sans sel qui produit un homme dévitalisé, survivant à une vie anorexique. Mantegazza et Artusi, qui avaient contribué à la construction de l'identité italienne, sont détrônés par une nouvelle

relation entre santé et nourriture. La seconde guerre mondiale renforce l'allègement des plats (pour des raisons d'ordre pratique plus que pour des raisons conceptuelles), nous assistons à une substitution métaphorique de la nourriture causée par la pénurie des matières premières pendant la guerre. Le médecin Amalia Moretti Foggia dans le quotidien « Domenica del Corriere » imprimait pendant la guerre des recettes avec des substituts alimentaires : une mayonnaise sans huile, des gâteaux sans sucre, du chocolat sans cacao, du café sans café. Et Primo Levi remplace cette pénurie en rêvant de repas du dimanche.

Et c'est dans le bien-être croissant de la seconde moitié du XX° siècle que nous assistons à une déconstruction du lien naturel entre corps et nourriture, santé et alimentation, nature et culture. Italo Calvino, en 1979, dans son livre *Se una notte d'inverno un viaggiatore* décrit la cuisine de sa lectrice comme une série d'électroménagers modernes et efficients et un frigo oublié où l'on trouve des aliments difficilement associables comme un œuf, un demi-citron, de la crèmes de marrons, des olives noires… Dans le livre *Briciole* d'Alessandra Arachi, la cuisine est contrôlée par la mère qui cache la nourriture pour sa fille boulimique. Déjà dans les années 50, Calvino avait compris que chaque aliment véhiculait un système de valeurs immatérielles, positives ou négatives qui représentaient des rapports familiaux et sociaux.

Diminuer la nourriture devient alors une manière d'être heureux et en bonne santé comme nous pouvons le retrouver dans la littérature italienne. Dans *Più bella di così,* l'héroïne dit : « Il existe un moyen infaillible pour annuler l'effet bénéfique d'un weekend serein ou amusant : c'est celui de se peser sur la balance ». Ou comme l'écrit Pier Luigi Panza qui refuse la « pasta » cuisinée par sa mère. La déconstruction de la nourriture continue avec le pain, l'huile de l'héroïne du livre *Briciole* : « En moins d'un mois mon cerveau réussit à transformer un morceau de pain en un concentré terrible de sucres, l'huile en un tas irrécupérable de gras. Je me méfiais de tout ce qui est comestible mais je réservais à la nourriture toutes mes pensées de la

journée. A ce point je vomissais trois boulettes de viande à la sauce. ». Ces jeunes femmes survivent avec les fruits et les légumes. Cette obsession à une nourriture « saine » et « épurée » est une pathologie : l'orthorexie.

Un retour aux traditions alimentaires :
une nouvelle manière de se nourrir pour être en bonne santé ?

S'alimenter est un acte de contrôle sur une définition subjective de santé. Si les régimes végétariens s'installent désormais dans la cuisine italienne, le risque est d'introduire des aliments qui n'appartiennent pas à la tradition culinaire italienne, comme le soja, la papaye…. Malheureusement, se nourrir n'est plus une affaire de goût ni d'appartenance culturelle. C'est pourquoi, il est intéressant de remarquer une nouvelle tendance en Italie qui consiste à retrouver des légumes ou des fruits anciens et de les réintroduire dans le régime alimentaire. Le cas de la pomme rose des Monts Sibillins est intéressant. C'et une pomme connue par les anciens Romains et le poète Quinto Orazio Flacco en 65 a. C. les considère très savoureuses. Mais comme toutes les vieilles espèces, elle ne fut plus cultivée. C'est en 1998 qu'il y eut un acte politique de ne pas perdre cette espèce si caractéristique du lieu et d'organiser une fête en son honneur (fin octobre à Montedinovo). Ce qui est intéressant, c'est le fait de réintroduire une espèce en reprenant les vieilles recettes et en proposant des nouvelles. Un retour aux traditions alimentaires qui permet aux personnes de retrouver des traditions agricoles et culinaires. La pomme rose devient plus gouteuse avec le temps (cueillie en octobre, sa pulpe devient plus douce au printemps si on la cache sous le foin) ; insensible au froid, elle ne nécessite pas d'antiparasite et la cultiver est donc très économique. Les fruits tellement recherchés pour leurs bienfaits deviennent des médiateurs pour réintroduire le gout de bien manger se mélangeant à d'autres aliments. Lorsque la tradition d'un lieu devient éducation alimentaire.

Références

- ALIGHIERI D., Purgatorio, BUR, Milano, 2001.
- ANDERSON L.H., Wintergirls(2009), trad. it. Giunti, Firenze, 2010.
- ANDREA (SCARABELLI), Beautiful, No Reply, Milano 2008.
- ARACHI A., Briciole, Feltrinelli, Milano, 1994.
- ARTUSI P., La scienza in cucina e l'arte del mangiar bene(1891), Einaudi, Torino, 1970.
- BARESANI C., MANNHEIMER R., TIC. Tipi italiani contemporanei, Bompiani, Milano, 2006.
- BAUDRILLARD J., Il delitto perfetto. La televisione ha ucciso la realtà?(1995), trad. it. Cortina Ed., Milano, 1996.
- BIASIN G.P., I sapori della modernità. Cibo e romanzo, il Mulino, Bologna, 1991.
- BRILLAT-SAVARIN A., Fisiologia del gusto (1825), trad. it. BUR, Milano, 1985.
- BURACCHI G., Da lunedì mi metto a dieta, Bracciali, Arezzo, 2008.
- CALVINO I., Lezioni americane. Sei proposte per il prossimo millennio, Mondadori, Milano, 1993.
- CALVINO I., Se una notte d'inverno un viaggiatore, Einaudi, Torino, 1979.
- CAMPORESI P., Il governo del corpo, Garzanti, Milano, 1995.
- CAPATTI A., Il boccone immaginario. Saggi di storia e letteratura gastronomica, Slow Food Ed., Bra (Cn), 2010.
- CODELUPPI V., La vetrinizzazione sociale, Bollati Boringhieri, Torino, 2007.
- COLLODI, Pinocchio (1883), BUR, Milano, 2011. Corbaccio, Milano, 2009.
- Comune di Montedinove :http://www.comune.montedinove.ap.it/
- CORNARO A., Discorsi intorno alla vita sobria(1558), Alvisopoli, Venezia, 1826.
- DE CLERCQ F., Donne invisibili. L'anoressia, la sofferenza, la vita, Rizzoli, Milano, 1995.
- DE CLERCQ F., Fame d'amore. Donne oltre l'anoressia e la bulimia, Rizzoli, Milano, 1998.
- DE CLERCQ F., Tutto il pane del mondo, Sansoni, Firenze, 1990.
- FATHALLAH J., Sono bruttissima(2006), trad. it., Mondadori, Milano, 2007.
- FERNÁNDEZ-ARMESTO F., Storia del cibo, trad. it. B. Mondadori, Milano, 2001.
- FRANCHETTI L., SONNINO S., La Sicilia nel 1876, Vallecchi, Firenze, 1925.
- FRANKEL V., Il diavolo veste la 40(2008), trad. it. De Agostini, Novara, 2009.

- Giovanni, 1911.
- HARRUS-RÉVIDI G., Psicanalisi del goloso, trad. it. Editori Riuniti, Roma, 1998.
- it. Feltrinelli, Milano, 2005.
- KAFKA F., Un digiunatore(1922), in ID., La metamorfosi e tutti i racconti pubblicati in vita, trad.
- LE BRETON D., Il sapore del mondo. Un'antropologia dei sensi, trad. it. Cortina Ed., Milano, 2007.
- LEVI P., Se questo è un uomo, Einaudi, Torino, 1958.
- LOMBROSO C., Come s'impedisce e cura la pellagra, Calanza, Torino, 1891.
- MANTEGAZZA P., Igiene della casa (1867), ivi.
- MANTEGAZZA P., Igiene della cucina(1866), in Id., Enciclopedia igienica, Madella, Sesto S.
- MANTEGAZZA P., NEERA, Dizionario d'igiene per le famiglie(1881), Scheiwiller, Milano,
- MARINO N., Si fa presto a dire cotto. Un antropologo in cucina, il Mulino, Bologna, 2009.
- MONTANARI M., L'identità italiana in cucina, Laterza, Roma-Bari, 2010.
- NIEVO I., Le confessioni di un italiano(1867), BUR, Milano, 2011.
- PANZA P., Il digiuno dell'anima, Bompiani, Milano, 2007.
- PERULLO N., Filosofia della gastronomia laica. Il gusto come esperienza, Meltemi, Roma, 2010.
- PICCOLO F., Momenti di trascurabile felicità, Einaudi, Torino, 2010.
- RAINERI M.D., Più bella di così, Sperling & Kupfer, Milano, 2008.
- RAYNERI G., Pulce non c'è, Einaudi, Torino, 2009.
- RIGOTTI F., Gola. La passione dell'ingordigia, il Mulino, Bologna, 2008.
- RUOZZI G., Sali della vita. Lingua e letteratura nella scienza in cucina, (Atti del convegno su Pellegrino Artusi, Forlimpopoli, 24 giugno 2007), pubblicato in versione elettronica su http:/www.pellegrinoartusi.it/Ruozzi.Artusi.Forlimpopoli.24.6.07.doc, pp. 1-7.
- SARA, In un corpo senza carne, TEA, Milano, 2010.
- SONNINO S., I contadini in Sicilia, Barbera, Firenze, 1877.
- VERGA G., I Malavoglia(1881), Garzanti, Milano, 2007.
- VILLARI P., Lettere meridionali e altri scritti (1878), Palomar, Bari, 2007.
- ZADOFF A., Fame. Cose che ho imparato nel mio viaggio da grasso a magro(2007), trad. it.
- ZOLA É., L'Assommoir (1877), trad. it. Garzanti, Milano, 2005. Saggi

Euro *Cause*

Christophe Masutti

« La paresse et la lâcheté sont les causes qui expliquent qu'un si grand nombre d'hommes, après que la nature les a affranchis depuis longtemps de toute direction étrangère, restent cependant volontiers, leur vie durant, mineurs, et qu'il soit si facile à d'autres de se poser comme leurs tuteurs. »

E. Kant résumait ainsi le mouvement des Lumières en Europe, avec un texte fondateur de ce que l'esprit européen est capable de produire lorsqu'il parvient à un niveau de maturité suffisant, par le courage (*sapere aude !*) et la volonté de connaître. De même, Euro Cos n'a pas fait qu'emprunter à l'antique médecine l'île isolée des Asclépiades. La dimension européenne est assumée bien au-delà d'un regroupement de vieux médecins nostalgiques aux thèses poussiéreuses latinisantes. Européenne, Euro Cos l'est à nulle autre pareille, par son humanisme. La santé n'est pas qu'une affaire médicale, pas plus qu'elle n'est un concept technocratique d'équilibres budgétaires et d'assurance sociale. Elle est l'affaire de tous et doit être pensée en tant que telle. C'est sur ce commun de la pensée qu'on est amené, presque naturellement, à se positionner en fonction des expériences et des connaissances.

Démarche Kantienne ? Pas uniquement. Mon premier contact, alors encore étudiant en philosophie, m'obligea à constater l'échec assuré d'une réflexion composée exclusivement de concepts bien appris, à mille lieues de l'expérience des médecins dont parfois la solitude face à la décision nous pousse hors du quotidien et des codes socialement acceptables. L'éthique n'est elle-même qu'un superflu sans la réflexion. Révélation. Le crime d'Asclépios ne fut-il pas d'avoir

ressuscité les morts ? Nul médecin n'est irréprochable s'il ne fait que de la médecine. C'est dans ce miroir qu'Euro Cos nous invite à regarder.

Euro Cos, Euro cause... oui, une causerie. Défendre une cause. Année après année, un thème après l'autre, depuis 25 ans, Euro Cos pose des questions, en apporte d'autres, propose des pistes éclairées, rend autonome la pensée. Jamais de réponses toutes faites ni de recette pour une pensée en boîte, prête à porter. Euro Cos n'apporte pas de jugement mais l'exercice du jugement, une chose communément partagée et partageable.

Médecine, histoire, sociologie, philosophie, théologie, économie, politique... Comment dire l'essentiel d'Euro Cos, si les figures de la santé y sont en réalité multiples mais sans discipline, justement, dans un espace de liberté d'expression et de compréhension. Caractéristique rare aujourd'hui : Euro Cos, c'est l'essence, ciel !

Marie-José Freund

Eurocos

Endroit mythique,
adossé aux remparts de la vieille cité
où l'on écoute et soulage les plus démunis,

Usité depuis 25 ans
par une société savante, originale, hétéroclite,
quelque fois bruyante,
qu'il est louable de fréquenter,

Regroupant des personnels de santé,
des médecins, du corps et de l'esprit, des philosophes,
des sociologues, des anthropologues, des juristes et des historiens,
on y rencontre même une libraire
et, pour couronner le tout, des étudiants de divers horizons,

On les retrouve, dans la bonne humeur,
à confronter leurs opinions avec passion,
autour d'un verre de Kaefferkopf,

Comprendre l'homme,
au travers de ses maux, de son anormalité,
de ses difficultés, de ses déviances,

Oh ! voilà une tâche fort ambitieuse,

Sans prétention, mais avec conviction,
tous espèrent que leur réflexion contribuera
à faire progresser, un peu, la fragile condition humaine.

Yves Alembik

Il y a dix ans, je fus invité à faire un exposé dans un milieu que je ne connaissais pas, Euro Cos. La découverte fut impressionnante tant en raison des intervenants tous titrés et doctes que du public particulièrement choisi pour son sérieux. C'est pourquoi sans doute, au moment de passer à la tribune officielle, mes diapos furent intimidées réclamant des soins qu'un appariteur vint leur apporter. Je me trouvai bloqué, coincé et ennuyé, car comme tout médecin habitué à d'autres types de conférences et séminaires strictement universitaires de médecine, c'était entre discours parlé, lecture ou graphiques que se développaient mes interventions jusque-là.

Ne sachant que faire pour faire patienter l'auditoire et pour me donner en fait une contenance, je sautai sur l'idée de faire chanter la salle en attendant des nouvelles de mes diapos. L'organisatrice, Madame CMLG rit et trouva la proposition loufoque mais sympathique et c'est ainsi que toute la salle entonna une chanson d'avant guerre bien rythmée. Mes diapos retrouvèrent instantanément leurs couleurs, bien trop tôt à mon gré, car j'estimai à juste titre que je chantais mieux que je ne pouvais discourir. En tout cas, la suite de la réunion fut plutôt joyeuse après ce moment de naïveté, où au centre de collègues éminents, la Java Bleue avait retenti. De quoi ai-je parlé ensuite, je ne sais plus, mais la chanson me permit d'entrer à Euro Cos, de participer aux réunions préparant les séminaires annuels, et ainsi de boire avec les copains chaque mois un peu de vin des Hospices.

Ce que j'ai pu ensuite comprendre de son fonctionnement, c'est que chacun peut de là où il est apporter une contribution utile, à condition de rester soi. C'est pourquoi je suis encore parmi vous dix ans après.

Une persévérance unique de la réflexion humaniste en médecine

Didier Sicard

Les années qui passent accumulent une évidence. Euro Cos est un espace étrange qui défie les modes, les sujets « lieux communs », pour affronter des questions transversales de santé, sinon souterraines, du moins rarement autant explorées en profondeur par des équipes pluri ou multidisciplinaires.

Quelle autre instance de réflexion peut se vanter d'avoir affronté autant de sujets sensibles, tels que la relation de la médecine dite scientifique et des médecines dites complémentaires sans porter de jugement de valeur, que les différentes temporalités du soin étrangères les une aux autres, la relation de la médecine avec les média, les questions de santé des migrants… ?

L'inventaire n'est pas nécessaire pour qu'émerge une vraie colonne vertébrale, celle de la recherche du sens de cette activité humaine dans sa tentative éternelle d'hubris.

Euro Cos est aux antipodes d'une glorification du progrès médical mais il n'en est pas le pourfendeur idéologique. Les conférences annuelles, précédées d'un travail de réflexion en profondeur, tentent de faire affleurer des regards multiples, issus de disciplines et de nationalités différentes, pour que l'auditoire ne découvre pas seulement un corpus de connaissance, mais se découvre partie prenante, interpellé par le débat.

Les initiatives vraiment innovantes trouvent toujours leur justification avec le temps. On sait que celui ci est impitoyable pour renvoyer au néant ce que n'était pas nécessaire ou éphémère.

Mais aussi généreux pour ceux qui enrichissent la pensée. C'est le cas d'Euro Cos qui atteint son quart de siècle avec un rayonnement inattendu !

Quand j'ai rejoint Euro Cos il y a dix ans, j'étais plus que sceptique. Comment un groupe de personnes de bonne volonté, pouvait dépasser le stade de la réunion conviviale si répandue, pour devenir créateur d'une forme de pensée originale ? Non seulement j'ai été conquis par la richesse conceptuelle des conférences mais les différents volumes annuels publiés continuent d'apporter leur contribution aux travaux que je mène ici ou là. Toutes les structures qui ont pignon sur rue ont toujours commencé par quelque engagement qui semble toujours présomptueux au départ. Amin Maalouf raconte dans son livre sur l'Académie française « Un balcon sur la Seine », qu'au départ celle ci n'était que la réunion amicale de quelques passionnés de littérature et de liberté ! Leur créativité a retenu l'attention d'un certain Richelieu. On connaît la suite… !

Ce serait profondément ridicule de proposer un tel rapprochement, sinon que l'énergie de quelques uns suffit parfois pour créer une véritable entité, source de sa propre nécessité. Mais parmi ces engagements il en est d 'essentiels. Ceux de Claude-Marie Laedlein et de Marc Michel. Deux personnes d'exception, sans ego surdimensionné, qui ont porté ce projet depuis le début, tellement animées de passion par l'aventure d'Euro Cos, que le nom de Canguilhem, le plus grand philosophe de la médecine du 20^{ième} siècle, lui est désormais lié en cette ville de Strasbourg où il a commencé son enseignement. Longue vie à cette nouvelle dénomination et à Euro Cos !

25 ans aussi pour le *Principe de Précaution*

Véronique Legendre

En 25 ans Euro Cos Humanisme & Santé a évolué et ses sources de réflexion se sont multipliées. Pendant toutes ces années le Principe de Précaution, initialement introduit dans le traité de Maastricht pour mieux prendre soin de l'environnement, a gagné du terrain, s'est étendu et a peu à peu envahi tous les domaines, en particulier celui de la médecine et de la santé.

Etymologiquement, au sens premier du terme, un principe c'est ce qui vient en premier, « qui commence et qui commande » et finalement nous gouverne de manière omniprésente. En soi un principe n'est ni bon ni mauvais, il fonde, ordonne l'ordre du monde et des actions humaines. Il permet de trouver des explications aux phénomènes, de prévoir certains évènements ou les conséquences de certaines actions et donc d'être rassurant pour les humains.

Il en est ainsi du principe d'Archimède ou du principe de cause à effet, mais le principe de précaution est-il si fondamental ?

Encore un peu d'étymologie : précaution, mot français apparu au XV^{ème} siècle, vient de *praecaveo*, de *caveo*, mot latin qui signifie prendre garde, lui-même issu du mot grec *koeo* qui signifie s'apercevoir, sentir, entendre, voir ou encore comprendre. Il s'agit de prendre garde à un danger bien réel après l'avoir perçu, on fait attention face au danger. *Cave canem* (« prends garde au chien ») !
Peu à peu, depuis la fin du Moyen Âge il y a de moins en moins de dangers et de plus en plus de risques…

A la différence du danger bien réel, le risque est un danger

hypothétique, potentiel ou virtuel, parfois même un danger imaginaire. La peur salvatrice qui permet de faire face au danger pour s'en protéger ou le fuir devient alors une peur face à un danger théorique, une peur juste à l'idée d'un danger qui pourrait surgir.

Cette peur d'un danger imminent n'est rien d'autre que l'angoisse. La joie d'avoir échappé à un danger va-t-elle se transformer en crainte permanente d'avoir oublié un risque à prévenir ?

Après un cancer on ne parle plus de guérison mais de rémission de bonne qualité, la joie de vivre doit-elle être remplacée par la satisfaction raisonnée et liée à une diminution du risque de maladie ou de récidive de maladie ?

Nous sommes fragiles et mortels mais il est doux de l'oublier parfois !
Au Moyen Âge on craignait le châtiment divin, la mort ou le malheur et maintenant, progrès oblige, nous serions affranchis de tout cela ?
En contrepartie nous devons vivre dans une vigilance permanente pour guetter de nouveaux risques ; cette chasse au risque n'est-elle pas sans fin ? N'entretient-elle pas le climat actuel de méfiance et d'inquiétude ?

La vie quotidienne nous apporte des exemples qui peuvent faire sourire. Ainsi, regardons autour de nous cette génération née à l'ère du principe de précaution omniprésent : dans un jardin public, suivi par une mère tendue au regard grave, un enfant inquiet et casqué est assis sur un poney qui marche tenu par la bride ; dans un bus un autre bambin s'alarme devant l'absence de ceinture de sécurité pour s'attacher sur le siège...

Face à l'incertitude de l'avenir dans un monde qui change il faudrait, à l'aide de calculs des risques, faire des choix raisonnés et validés par les théories d'analyse de la décision. Ainsi le bon choix serait garanti et validé, à condition d'avoir bien pris en compte tous les risques et facteurs de risque !

Parallèlement à cette évolution, l'humanisme et les réflexions philosophiques qui permettent aux humains de penser à leur fragilité et de la supporter sont mises de côté. Ces questions humaines peuvent être étudiées par des spécialistes mais sont reléguées hors du champ de la médecine car elles ne permettent pas de contribuer à apporter des données quantitatives utilisables. Quand chacun de nous est sommé de se comporter en partenaire raisonnable, éclairé et acteur de sa santé…notre angoisse existentielle devant la maladie et un pronostic vital incertain n'intéresse personne.

Pourtant, malgré tous nos efforts, les humains que nous sommes restent tourmentés par la fragilité de la vie et la peur de la mort, cette mort inévitable.

Au bout de 25 années, ce principe de précaution n'est –il pas devenu envahissant et angoissant ? Ne fait-il pas parfois obstacle à la créativité, à l'inventivité humaine ?

Ce principe de précaution n'est-il pas en lui-même devenu un danger auquel il convient de prendre garde ?

Toutefois, pour un principe, il est étonnement changeant !
Après tout il n'est peut-être pas un principe au sens premier du terme mais seulement une production culturelle de notre époque

Merci de lire la notice avant la prise du médicament

Sylvie Bernabé

Les pharmacies ont ceci en commun avec les librairies qu'elles abritent en leurs murs une quantité impressionnante de références. Et si les potions délivrées dans les officines soulagent en général le malade, on peut en dire autant des livres proposés aux lecteurs. Poursuivons la comparaison et poussons la porte du cabinet médical. Un mur souvent tapissé de livres accueille le patient, tout comme en librairie, à ceci près qu'en librairie tous les murs sont tapissés de livres et que le libraire ne porte pas de stéthoscope.

Si le médecin accueille le patient, évalue sa pathologie à partir du récit de ses maux (ou des mots de son récit), il en va de même pour le libraire qui écoute la demande du lecteur puis envisage, après diagnostic, la réponse à donner.

Dans les deux cas, la consultation s'amorce de la même façon. Chez le médecin : *« Bonjour Docteur, je ne me sens pas très bien… »*. Chez le libraire : *« Bonjour, je cherche un livre… »*. S'ensuivent alors l'énoncé de prémices diverses. Chez le médecin : *« J'ai mal au dos, j'ai la gorge serrée, c'est curieux, j'ai du mal à respirer, vous auriez quelque chose pour que je dorme enfin ? »*. Chez le libraire : *« J'ai des insomnies terribles, vous auriez un livre qui fasse du bien ? »*. Le médecin relance : *« Depuis quand souffrez-vous ? A propos, comment va la petite famille ? »*. Le libraire relance : *« Vous êtes insomniaque ? Vous avez donc le temps de lire … »*. Arrivent alors, sans semonce, les confidences. Chez le médecin : *« En fait, ma femme (mon mari) vient de me quitter, je vais très mal… »*. Chez le libraire : *« En fait, mon mari (ma femme) vient de me quitter, je vais très mal… »*.
Le médecin et le libraire ont l'habitude, ils encaissent assez froidement

l'annonce puis, avec tact et bienveillance questionnent, évaluent la gravité du cas. Ensuite, chacun à sa manière rédige une ordonnance. Elle n'est jamais la même. Le patient comme le lecteur mérite un secours personnalisé, une aide subtile et nuancée. Le médecin comme le libraire se doit d'accompagner le récit des peines, les plus bénignes comme les plus graves, d'une médication adaptée.

Lire, c'est toujours partir à la recherche de soi, consciemment ou non. Le texte n'apporte pas de réponse, ou si peu, il se contente souvent de jalonner la quête de points d'interrogation. La lecture ne guérit de rien. Pourtant, et Camille Laurens l'écrit élégamment à son propos : « Les mots pansent : eux par quoi s'élabore la pensée - on disait autrefois le pensement - prennent aussi soin de nos blessures ».

Pour fêter les 25 ans d'Euro Cos, vous prendrez (la posologie ne regarde que vous, en doses homéopathiques ou en prises conséquentes) les 25 remèdes suivants. Il n'y a aucune contre-indication. Néanmoins, certains effets indésirables (ou désirables, c'est selon) peuvent se faire sentir : émotion, rire, larmes, étonnement, angoisse, révolte, enchantement, incompréhension, sérénité, colère, nostalgie, déception, joie, compassion, mélancolie, gaieté…

Ces lectures reconstituantes sont préconisées dans les traitements des symptômes identiques aux effets cités ci-dessus (oui, c'est assez peu banal). Elles évoquent toutes, de façons diverses et vérifiées par l'Université, l'art de la médecine. Pour en faciliter l'absorption, elles ne sont classées dans aucune table typologique. Elles appartiennent à la classe des romans. Leur choix est absolument partial.
Attention, certains des écrivains entrant dans la composition du remède sont aussi médecins.

Victor Cohen Adria : Les trois saisons de la rage (Livre de poche)

Honoré de Balzac : Le médecin de campagne (Folio)

John Berger : Un métier idéal (L'Olivier)

Mikhaïl Boulgakov : Récits d'un jeune médecin (Livre de poche)

Albert Camus : La Peste (Folio)

Emmanuel Carrère : L'Adversaire (Folio)

Céline : Voyage au bout de la nuit (Folio)

Jacques Chauviré : Journal d'un médecin de campagne (Le temps qu'il fait)

Arthur Conan Doyle : Sous la lampe rouge (Actes Sud)

Alexandre Dumas : Joseph Balsamo (Robert Laffont)

Emmanuelle Guattari : La petite Borde (Folio)

Maylis de Kérangal : Réparer les vivants (Folio)

Thomas Mann : La montagne magique (Livre de poche)

Roger Martin du Gard : Les Thibault (Folio)

Molière : Le Malade imaginaire (Folio)

Rabelais : Gargantua, Pantagruel, Le Tiers livre (Livre de poche)

Jean Reverzy : Le passage (Le sonneur)

Jules Romains : Knock (Folio)

Soljenytsine : Le pavillon des cancéreux (Robert Laffont)

Tchekhov : La mouette (Actes Sud)

Herbert George Wells : l'île du docteur Moreau (Folio)

Stevenson : L'étrange cas du Docteur Jeckyll et de Mister Hyde (Livre de poche)

Emmanuel Venet : Précis de médecine imaginaire (Verdier)

Martin Winckler : La maladie de Sachs (Folio)

Emile Zola : Le docteur Pascal (Livre de poche)

Humanités médicales : *retour sur un quart de siècle français*

Christian Bonah

1992. Il y a vingt-cinq ans. Un quart de siècle ou plus de 9000 journées de soins et de formation médicale se sont écoulés depuis la fondation par un groupe de professionnels et d'universitaires issus des sciences humaines et sociales et de la santé d'une association autour de trois termes : Humanisme, Santé et Europe.[1] Cautionné par les Hôpitaux Universitaires et l'Université de Strasbourg et initialement soutenu par le Conseil de l'Europe, la structure « grass-roots » Euro Cos Humanisme & Santé se pense comme un groupe européen de professionnels en santé engagés dans une réflexion pluridisciplinaire sur les pratiques et les enjeux dans le champ de la santé.

A la relecture, le regard rétrospectif fait percevoir une confluence impensée à l'époque mais cohérente aujourd'hui. Par l'arrêté du 18 mars 1992, les ministères de l'Éducation nationale et de la Santé ont introduit sur l'initiative du conseiller Jean Rey un enseignement obligatoire en première année de médecine de « Sciences humaines et sociales en médecine ».[2] Cet enseignement devait proposer dans le cadre de la formation initiale des étudiants en médecine, et cela dès la première année, l'intervention d'enseignants d'autres horizons que ceux venant strictement du domaine médical traduisant la nécessaire

1 Voir : http://euroCos.u-strasbg.fr

2 L'enseignement obligatoire en première année de la formation médicale en France désigné par le décret de 1992 de « culture générale »a été nommé l'année suivante, le 19 octobre 1993, par un deuxième arrêté concernant les orientations thématiques des enseignements du premier cycle sous sa désignation définitive de « Sciences humaines et sociales en médecine ». La réforme de la PACES en 2012 donne à l'unité d'enseignement en première année de santé le titre de « Santé, Société, Humanité », mais les enseignements développés en deuxième et troisième cycle de médecine désormais gardent la désignation de SHS en médecine.

ouverture des formations en santé aux évolutions de la société et de la place du médecin dans le monde actuel.[3]

1992

Certes les premières initiatives pour penser la pratique de soins autrement et dans sa contextualité ainsi que d' ouvrir l'enseignement médical aux perspectives des sciences humaines et sociales et pour penser la santé dans son environnement économique, social, culturel et psychologique ne datent pas des années 1990[4], mais l'année 1992 semble constituer en France un tournant dans la formation initiale et permanente en santé pour ce qui s'écrit à l'époque encore entre guillemets, « les humanités médicales ».[5]

A l'origine de cette évolution, toutefois sans lien de causalité univoque et direct, se trouve un sentiment diffus de crise dans le domaine de la santé pendant la dernière décennie du XXe siècle. La conférence sur les soins de santé primaires à Alma-Ata en 1978 ouvre sur une réflexion plus large, mondiale, sur ce que devraient être, d'une part, les priorités en termes de santé, et d'autre part, le fonctionnement d'un « bon » système de santé national[6].Les années 1980 et 1990 correspondent à un changement de paradigme dans la gestion de la santé publique nationale et internationale s'inscrivant dans un contexte du tournant néolibéral, du consensus de Washington et de la fin de la guerre froide. Le développement des technologies de l'information transforme profondément les pratiques de soins et contribue à rendre visible l'idée d'une « globalisation » sans précédent des phénomènes

3 Pour un premier bilan des enseignements des SHS en médecine voir : Bonah, Christian ; Rasmussen, Anne ; (éds.), Actes du colloque : 10 ans d'enseignement de sciences humaines et sociales en médecine, Faculté de Médecine de Strasbourg, Strasbourg, 2005.

4 Neuman, Dominique, « Bobigny : 25 ans d'expérience en sciences humaines et sociales », dans Bonah, Christian ; Rasmussen, Anne ; (éds.), Actes du colloque : 10 ans d'enseignement de sciences humaines et sociales en médecine, Faculté de Médecine de Strasbourg, Strasbourg, 2005, pp. 9-11.

5 Bonah, Christian ; Rasmussen, Anne, « Avertissement aux lecteurs »,dans Actes du colloque : 10 ans d'enseignement de sciences humaines et sociales en médecine, Faculté de Médecine de Strasbourg, Strasbourg, 2005, p. 5.

6 Birn A.-E., « The stages of international (global) health: Histories of success or successes of history? », Global Public Health, 4 (2009), pp. 50-68.

de santé, renforçant la nécessité de trouver de nouvelles réponses en matière de gestion de la santé[7]. C'est également le moment où les répercussions des nouvelles maladies émergentes, et en premier lieu l'épidémie du sida[8], aboutissent à une remise en question des systèmes de soins occidentaux, affirment la voix des patients comme acteurs mobilisés dans les pratiques de soins[9] et où les maladies non transmissibles et les maladies chroniques prennent le pas sur les maladies transmissibles dans la construction des problèmes publics internationaux, conduisant à un redéploiement des programmes de santé publique.[10] Deux repères parmi beaucoup sont ici l'engagement de la Banque mondiale dans le secteur de la santé avec la publication en 1987 du rapport intitulé *Financing Health Services in Developing Countries*[11], pour parvenir à l'élaboration d'une politique générale de santé traduite dans le Rapport sur le Développement dans le Monde de 1993, *Investing in Health*[12] d'une part, et la délimitation du champ de l'éthique médicale et biologique qui a été construite en France, au niveau juridique, par les parlementaires suite à l'adoption de la loi relative à la protection des personnes qui se prêtent à la recherche biomédicale du 20 décembre 1988, dite loi Huriet-Sérusclat, puis par le vote des lois dites de bioéthique en 1994, visant à réguler les pratiques de soins et de recherche, en particulier dans des domaines innovants comme le don d'organes, les études génétiques, les procréations assistées ou encore la fin de la vie.

---

7 Bettchet D., Yach D., « The Globalization of Public Health, II: The Convergence of Self-Interest and Altruism », American Journal of Public Health, 88, 5 (1998), pp. 738-741.

8 Buton, François, « Sida et politique : saisir les formes de la lutte », Revue française de science politique, 5 (2005), pp. 787-810. Buton, François, Socio-histoire de l'Etat sanitaire, Mémoire pour l'Habilitation à diriger des recherches : Université Lumière Lyon 2, 2015.

9 Barbot, Janine, Les malades en mouvement : la médecine et la science à l'épreuve du sida, Paris, Balland, 2002. Fillon, Emmanuelle, À l'épreuve du sang contaminé: pour une sociologie des affaires médicales, Paris, Éd. de l'École des hautes études en sciences sociales, 2009.

10 A ce titre les premiers sujets de travail retenus par Eurocos concernent en 1992 le sida, en 1993 les alternatives à l'hospitalisation et en 1995 la vieillesse.

11 World Bank, Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform, Washington, 1987.

12 World Bank, World Development Report 1993: Investing in Health, New York, Oxford University Press, 1993.

Dans le sentiment des contemporains, la notion de crise comporte généralement l'idée de l'inédit, de la rupture et de la dégradation des conditions préalables. Elle fait irruption dans le déroulement habituel du monde et disloque les acquis antérieurs. En médecine, comme en politique ou en économie, la crise s'inscrit en porte-à-faux par rapport à une société qui conçoit son évolution naturelle comme celle d'un progrès impossible à interroger.

Engagements partagés

Face au constat que la crise des années 1990 s'accélère, « que l'homme est plus que jamais le pire danger pour l'homme, que notre mère nature, que l'on a tant idéalisée, subit plus que jamais les blessures du progrès technologique… Que notre corps est plus que jamais le support des angoisses, des frustrations, des pressions que nous subissons de toute part »[13] tant les travaux du groupe de réflexion Euro Cos Humanisme & Santé que du collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine[14] cherchent à repenser le sanitaire dans un contexte que certains désignent comme « un enlisement dans la matérialité crasse et l'égoïsme des sociétés assiégées par leur propre violence ».[15]

Ce que partagent rétrospectivement les deux mouvements c'est d'abord de ne pas produire simplement des manifestations scientifiques visibles, mais d'engager et de fournir un travail poursuivi.[16] Puis, ils puisent leurs observations empiriques qui fondent la réflexion dans une pratique concrète de soins et de la formation médicale, en quelque

13 Patris, Michel, « Enseigner les sciences humaines et sociales : bilan de dix années », dans Bonah, Christian ; Rasmussen, Anne ; (éds.), Actes du colloque : 10 ans d'enseignement de sciences humaines et sociales en médecine, Faculté de Médecine de Strasbourg, Strasbourg, 2005, pp. 11-13.

14 Voir pour le collège : http://collegeshsenmedecine.edu.umontpellier.fr/

15 P. Michel, « Enseigner les sciences humaines et sociales », p. 11-12.

16 « Les journées de réflexion de l'association Euro Cos tirent leur force de l'originalité de la démarche qui les initie. En effet, ces journées sont le fruit d'un travail s'échelonnant sur une année, durant laquelle les membres vont se réunir tous les mois afin d'échanger sur un thème particulier. Trois sous-thèmes seront retenus parmi ceux abordés lors de ces rencontres mensuelles et constitueront la trame des journées. » Hoenen, Laure, « Impressions d'étudiants », in Eurocos, Les nouvelles vulnérabilités en santé », Strasbourg : Eurocos, pp. 183-187.

sorte des sciences humaines et sociales en médecine. Leur parole est moins un discours d'expert qui affirme qu'une fragile construction par le bas qui s'interroge et qui fait entendre une diversité des discours autour du corps, autour des liens entre les hommes malades et les soignants, autour des pratiques quotidiennes de soins. De la naît un dialogue original entre praticiens professionnels du soin et sciences humaines et sociales dans une volonté autrement politique et pragmatique, dans une perspective critique, voire subversive. Construire notre rapport au monde et aux soins sous forme d'un compromis instable entre les tendances dogmatiques, conformistes et académiques nécessaires et au contraire un positionnement novateur, original et critique souhaitable.

Complémentarités rétrospectives

Il peut paraître surprenant, à distance, de constater une telle convergence et complémentarité entre les objectifs d'une association interprofessionnelle de réflexion sur les pratiques de santé et les enjeux du champ du soin et une obligation de formation en SHS en médecine nées tous deux il y a vingt-cinq ans. D'un côté la formation permanente de l'autre la formation initiale. D'un côté des praticiens de terrain, de l'autre des étudiants en médecine. D'un côté un groupe pluri-professionnel, de l'autre des enseignants-chercheurs immergés en permanence dans le monde médical. D'un côté l'institution hospitalière, de l'autre un département des SHS en médecine de la faculté de médecine.[17] D'un côté l'émergence de thématiques à repenser et à travailler pour lutter contre la dégradation de l'esprit critique et de l'indépendance, de l'autre un regard et des recherches issus des disciplines des sciences humaines et sociales pour faire éclore et maintenir en les étudiants futurs praticiens du soin leur capacité d'étonnement présent souvent à l'état de germe inconscient au début de leur formation. Induire un mouvement qui va continuer à se développer, comme un récit intérieur de formation pour devenir et être soignant à sa manière propre et autonome.

17 Voir : http://dhvs.u-strasbg.fr

Vers les humanités médicales

Depuis 25 ans, Euro Cos poursuit une réflexion de fond sur les conditions et les enjeux de la pratique de soin. En parallèle, un enseignement en sciences humaines et sociales s'est progressivement développé dans les facultés de médecine et les formations de santé en France. Les congrès annuels d'Euro Cos et bi-annuels du Collège des SHS en médecine ont accompagné ce développement en portant l'attention sur des questions et des champs de recherche de fond et d'actualité autant que sur les enseignements innovants, avec le souci d'un regard croisé entre praticiens de soins et enseignants chercheurs des SHS et entre enseignants et enseignés.

L'apport des sciences humaines et sociales à la pratique et la formation en santé se renouvelle et le champ de leurs interventions s'étend, comme en témoigne la diversification des thématiques des congrès du Collège des SHS en santé, par exemple « Littérature et médecine » à Amiens en 2013 ou « patients mobilisés - patients formateurs » à Lyon en 2015. Pour prendre acte de ces évolutions, le Collège des enseignants en sciences humaines et sociales en médecine a décidé lors de son assemblée générale de 2016 de se renommer en « Collège des Humanités médicales ». Il s'agit de formuler un cadre propice à notre engagement à penser et à mettre en œuvre des formations initiales et permanentes qui devraient contribuer à former des soignants de demain, capables de se situer de manière réflexive et critique dans les contextes renouvelés des pratiques de santé et des engagements thérapeutiques.[18] L'engagement de Euro Cos Humanisme & Santé après vingt-cinq ans de travaux pluri-professionnels et pluridisciplinaires en santé, alliant des Universités, des établissements hospitaliers, des pratiques libérales, mais aussi des interrogations des élus et des collectivités locales, continue et va plus loin dans sa démarche de créer les « Rencontres Santé Société de Strasbourg » qui proposent à des étudiants de toutes disciplines, de

18 Pour accompagner cet engagement et aider à penser le rôle des disciplines des SHS dans les études de santé, le Collège tiendra son congrès national de 2017 : « Les humanités médicales : terrains, expériences et orientations futures » les 22 et 23 juin 2017 à la Faculté de médecine de Strasbourg.

s'associer aux professionnels et aux chercheurs en santé, pour réfléchir et débattre, autour d'une santé dont l'enjeu est plus que jamais qu'elle soit « publique ».

Vers un nouvel humanisme ? Pour une politique de la création

Arnaud Bubeck

Je suis donc je crée

Que signifie encore aujourd'hui le mot d'humanisme? Dans de nombreux domaines de l'action publique, que ce soit la santé, l'éducation ou l'environnement, la question se pose de savoir ce que signifie une pratique qui prenne en compte l'humain. Rien de plus facile à priori que de définir l'humain ! Je pense donc je suis ! Un roseau pensant qui se plie mais ne se rompt pas, « *mieux est de ris que de larmes écrire, pour ce que rire est le propre de l'homme* » écrivait Rabelais, d'accord d'accord, quoi d'autre quoi d'autre…

Dans le contexte d'après-guerre, la situation se complique, Malraux nous décrit l'enfer, non pas celui d'une divine comédie, mais d'une situation bien réelle dans « *la condition humaine* » ; l'homme est capable de tout, l'époque est à l'antihumanisme. Heidegger voyait dans l'humanisme un courant avilissant, réduisant les aspirations poétiques d'une vie authentique pour nous faire rentrer dans l'âge de la technique ; le jugement de Foucault sera implacable, la sentence tombe : l'Homme est mort ! …

…Vive l'homme ? Serait-ce l'occasion de le repenser ? Certains y croient et s'empressent de nous vendre un catalogue bien fourni : la richissime Sillicon Valley a pris le relais de Rabelais et de Montaigne, finis les aspérités universelles, « *Je suis un homme et rien de ce qui est humain ne m'est étranger* » disait le maitre Térence ; mais aujourd'hui, nous avons du mal à nous sentir concernés par les lubies des milliardaires de la Californie. Peter Thiel, magnat des technologies numériques, prépare pour nous l'Homme 2.0 : ultra performant, il

n'a pas de sexe, pas d'âge, aucun enracinement ; libre d'entreprendre, il vole de Paris à New York, d'aéroports en aéroports. Sans attache, il choisit ses amours dans le grand supermarché des rencontres en ligne, qu'il consomme, note puis passe au suivant, comme ses appartements sur airbnb. Il aurait même fini par vaincre la mort elle-même…

…Voilà pour la caricature ; et si l'on redevenait sérieux ? Définir un nouvel humanisme n'est pas un caprice de milliardaire ; l'enjeu est d'importance : dans notre période de grande confusion, il est essentiel de retrouver des valeurs communes qui nous permettent de faire société. Ces valeurs humanistes, qui nous viennent parfois du fond des âges, peuvent nous inspirer, et malgré les siècles de distance, il est frappant de constater à quel point certains écrits de l'Antiquité ou de la Renaissance résonnent encore aujourd'hui. Mais nous devons nous méfier du mot d'humanisme dans ce sens où il enfermerait la définition de ce qu'est l'homme, de ce que sont ses possibilités et de ce qu'il faut faire pour le gouverner. L'homme n'est pas défini par avance, il se réalise à mesure qu'il fait, qu'il entreprend et qu'il découvre. C'est par la création de son œuvre et de sa vie que l'homme se construit.

Tissons, imaginons, créons,

Comment dès lors redéfinir l'humanisme ? Peut-être précisément en ne se préfigurant de rien ; en éducation comme en santé, rien n'est jamais joué d'avance, et les chemins que nous empruntons pour la construction ou la reconstruction de soi passent parfois par des sentiers inattendus, secrets, mystérieux.

Quels chemins mènent à la connaissance ? Il serait prétentieux d'affirmer qu'il n'existe qu'une seule voix qui mène à connaitre les arts, les sciences, soi-même ; L'enseignement d'aujourd'hui, pourtant, peine à reconnaitre la diversité des profils des enfants, qui ont chacun des capacités, des rythmes et des envies différents. Il ne s'agit pas de dire qu'aucune autorité ne doit guider l'enfant, mais que l'apprentissage d'un enfant est une co-construction où ce dernier apprend le monde, et où l'enseignant apprend l'enfant. Lorsqu'on

sait le désamour profond qui existe chez de nombreux élèves pour les matières scientifiques, nous voyons là l'urgence de leur apprendre à aimer la connaissance, à construire leur esprit critique, à aller d'eux-mêmes vers cette richesse qu'ils peuvent faire leurs. Rien n'est joué d'avance, car le génie humain emprunte toujours des voies inattendues.

Il en est de même pour le processus de guérison, comment guérir d'une addiction ? Comment vivre avec une maladie chronique ? Comment accepter de vivre lorsque plus jamais, on ne pourra marcher ou courir comme avant ? Là encore, rien n'est joué d'avance, il faut créer, il faut se créer. Il faut repenser son corps, son image de soi, redécouvrir son potentiel et le potentiel de la vie, que l'on avait peut-être oublié. Facile à dire ? Sans doute, aucun discours ne fera jamais le poids face à certaines souffrances. Mais les voix de la guérison sont parfois imprévisibles. Par quels chemins les guérisons peuvent subvenir : une rencontre, un projet, un palliatif, une idée, un mot ? Qui sait ? Là encore il ne s'agit de remettre en cause l'autorité et le savoir du médecin ; il s'agit de dire que la guérison peut être une co-construction, une redécouverte, un espoir.

Autre exemple : dans l'autisme, qui peut dire aujourd'hui qu'il a trouvé la solution miracle pour répondre aux besoins des patients atteints de ce trouble ? Des querelles de chapelles entre différents courants nuisent aujourd'hui à la prise en charge, et oublient parfois ce qui est l'essentiel de leur pratique : la singularité du patient et la construction de son rapport à soi et au monde pour mieux vivre avec soi-même et les autres. Cette construction, encore une fois, passera par des moyens inattendus ; le patient n'a pas acquis la capacité d'abstraction ? Qu'à cela ne tienne, développons avec lui des moyens mnémotechniques pour qu'il puisse comprendre et s'adapter aux situations auxquelles il fera face. Il a réussi à retenir certains symboles abstraits mais a du mal à s'adapter ? Continuons l'apprentissage, continuons encore et encore chaque jour, car chaque jour est une occasion d'apprendre davantage.

Dès lors, le véritable humaniste ne serait-il pas celui qui, lorsqu'on lui demande ce qu'est la définition de l'humain, dirait « Je ne sais pas encore, mais j'ai hâte de le découvrir ! » ?

Concluons

Cet humanisme négatif, apophatique[1], n'est sans doute pas aisé à pratiquer. Il impose une série d'engagements, de remises en questions et de prises de risques que tous les professionnels ne sont pas prêts à prendre. Il faut savoir briser les routines, oublier les enseignements et dépasser les nomenclatures qui sont pourtant autant d'éléments indispensables à certains moments ; les routines sont essentielles dans un travail quotidien, mais nous font parfois oublier l'essentiel et la raison même de notre tâche ; les enseignements nous offrent une base solide pour comprendre le monde, mais nous empêchent de considérer ce qui ne rentre pas dans les théories ; les nomenclatures nous donnent une référence et nous permettent de communiquer entre professionnels, mais ne pourront jamais capturer l'ensemble de la diversité de ce qui fait l'humain.

C'est là un défi quotidien, une morale, une éthique. Etre prêt à ne pas savoir, avoir soif de découvrir et de connaitre, faire fi des préjugés pour laisser une chance à l'imprévu de se manifester. Redécouvrir notre capacité formidable de création, pour peut-être se rappeler de l'essentiel, que la routine et le quotidien avaient fini par nous faire oublier ; à la manière des parents qui redécouvrent, à travers les yeux de leurs enfants, l'émerveillement d'un monde nouveau en perpétuel jaillissement.

1 La théologie négative ou apophatique est un courant théologique qui parle de Dieu en tant que tout ce qu'il n'est pas. Incarné par Maitre Eckart au XIIIè siècle, Ce courant a largement influencé l'humanisme rhénan très présent à Strasbourg.

Communiquer l'*incertitude* médicale

Hakim Mimouni

Les probabilités occupent une place importante dans le secteur médical. Du diagnostic au traitement, le médecin émet plusieurs hypothèses, et ce en fonction des informations dont il dispose : carte santé, dires du patient, échantillon d'analyse, etc. Le lien entre la maladie et le symptôme observé est alors régi par les lois de la probabilité. L'approche médicale est ainsi un recadrage progressif d'appréciations probabilistes. Chaque situation est réévaluée en fonction de la quantité d'information disponible. C'est alors à travers deux types d'incertitude que va cheminer la décision médicale : l'une portant sur la maladie et l'autre sur le choix du traitement à prescrire. Si le diagnostic se précise après plusieurs analyses, les possibilités de proposer une thérapie adéquate demeurent nombreuses. Chaque traitement est porteur de risque, aussi minime soit-il : complications, effet secondaire, etc.
C'est dans ce contexte que le professionnel de santé est amené à communiquer.

Les problèmes posés par la médiation scientifique

Le médecin appartient à un univers que sa discipline a construit au cours de l'histoire ; une histoire non linéaire, emplie de débats et de conflits. Une simple « traduction » de langage savant ne suffit pas à un public non initié pour saisir le sens que renferme chaque terme. Le cadre de référence n'étant pas partagé, les notions auxquelles renvoie un vocabulaire pourtant commun ne trouvent pas résonnance. Le sang ne « circule » pas comme l'air… Le choix des mots constitue ainsi un premier enjeu et ce, au-delà même du vocabulaire médical.

Afin de mieux diagnostiquer, le professionnel de santé a recours à des modèles, ou théories, définis de manière abstraite. Ces paradigmes amènent à considérer la parole du médecin comme incontestable et inabordable. En réalité, le type du modèle choisi pour étudier la maladie intéresse très peu le patient. Celui-ci accorde malheureusement une plus grande importance à la valeur des résultats. Cette confiance aux chiffres pose problème, puisqu'elle fait abstraction de la méthodologie utilisée pour l'étude.

Par ailleurs, les technologies de l'information et de la communication permettent de connecter le public directement au savoir, sans intermédiaire. Des outils comme Internet donnent l'impression de savoir là où l'on s'informe simplement. Cette absence de médiation ne permet pas de vérifier la véracité de l'information, ni même de la trier pour en extraire les données utiles. Savoir, c'est traiter et analyser l'information.

Dans un monde de plus en plus numérisé, la vulgarisation des sciences se voit confrontée à de nouveaux enjeux ; les outils de communication modernes questionnent son positionnement. Quelque soit le canal utilisé, l'interaction entre le médecin et le patient demeure une nécessité.

La perception psychologique des probabilités

Selon le psychologue américain Paul Slovic l'esprit humain n'est pas préconçu pour se représenter la notion de probabilité. L'intuition est mise en difficulté dans la perception d'une information probabiliste. S'il est aisé de considérer impossible un évènement de probabilité nulle, accepter parallèlement que cet événement puisse se réaliser constitue un premier paradoxe.

L'heuristique est une faculté mentale qui permet d'émettre inconsciemment et rapidement un jugement conforme à l'intuition. Le cerveau a recours à ce type de mécanisme pour évaluer un risque de façon instantanée. Il s'agit d'un traitement de l'information holistique, c'est-à-dire établi de manière inconsciente, spontanée et

intuitive. Il s'oppose au traitement analytique fait consciemment et dans un laps de temps plus long, nécessaire à la réflexion. Dans l'évaluation des probabilités, les gens utilisent principalement trois modes d'heuristiques : la représentativité, la disponibilité et l'ancrage. La représentativité consiste à évaluer la situation par ressemblance avec un évènement plus connu. La disponibilité est la facilité à attribuer une probabilité à partir des informations disponibles (emmagasinées dans la mémoire). Et enfin, l'ancrage est un procédé qui fait appel à des références intérieures (premières impressions) pour donner une estimation probabiliste.

Ces heuristiques présentent chacune des pièges dans le jugement. Le premier des schémas mentaux, celui de la représentativité, a tendance à projeter une image des évènements passés sur ceux à venir. Il en résulte des liens de cause à effet non justifiés comme l'impression qu'un évènement jamais réalisé ne se réalisera pas. La disponibilité, quant à elle, peut être biaisée par le fait que l'on accorde plus d'importance aux évènements extraordinaires. Enfin, les premières impressions utilisées dans le mode d'ancrage, laisse peu de place à l'intégration de données nouvelles pour mieux évaluer la situation. Le type d'utilisation de ces heuristiques dans la communication d'une incertitude influe donc sur la perception du message. Ainsi, la façon d'énoncer une situation joue un rôle sur sa représentation et son interprétation.

Pour se sentir rassuré, l'être humain a besoin de savoir que son environnement est très peu sujet aux aléas. La perception du risque diffère selon que l'on soit acteur ou non de la situation. Les probabilités sont également mieux évaluées dans les situations qui paraissent contrôlables ; elles le sont moins lorsque le contrôle échappe à toute intervention humaine. Par ailleurs, le rapport au hasard diffère selon la conception que l'on se fait de la science. Toute personne qui intègre l'incertitude comme étant inhérente à la production scientifique ne s'attendra pas à des réponses absolues et irrévocables.

Il existe une autre source d'erreur et conséquente dans le

raisonnement probabiliste : l'innumérisme. On la définit comme étant une incapacité à raisonner avec les chiffres. Ce phénomène est responsable des altérations qui peuvent subsister dans la communication sur l'incertitude. Quoi qu'il en soit, le grand public privilégie les formulations qualitatives de probabilité (sous la forme d'expression comme « peu probable », « très probable », etc.) à des informations chiffrées. Toutefois, ce mode de communication peut fausser la prise d'une décision. Une confusion se crée en effet entre probabilité et intensité du risque. Il en résulte parfois une sous-estimation de l'amplitude d'un danger ayant une faible probabilité.

En conclusion, il est nécessaire de concentrer les efforts simultanément sur l'émission et la réception du message afin d'améliorer la communication d'un énoncé probabiliste. Intégrer d'un côté la dimension psychologique de l'individu avant toute diffusion de l'information, tout en éduquant de l'autre à une meilleure compréhension des probabilités. La formulation et les raccourcis mentaux constituent les deux axes principaux dans la diffusion du message.

Mourir en musique, guérir par la musique

Mathieu Schneider

À Claude-Marie en contrepoint à nos complicités lyriques

Que n'a-t-on déjà vu de valeureux héros et de courageuses héroïnes mourir sur scène ? C'est presque le destin de tout personnage d'opéra : Carmen avait même réussi à faire scandale, car elle ne correspondait pas aux attentes du genre comique. Elle, simple cigarière, osait se hausser au rang des puissants de ce monde à qui il semblait que le droit fût réservé de pouvoir mourir sur scène, et en chantant. Eurydice, Salomé, Admète, Électre, Clytemnestre, Agamemnon… sans parler des grands de la mythologie nordique, auxquels l'opéra réserve le même sort : Siegmund, Siegfried, Brunnhilde. Reprenant les codes de la tragédie, l'opéra n'a d'autre choix que celui de faire mourir ses héros et ses héroïnes sur scène. Il leur réserve en général une mort longue et patiente. Cette *patience* du mourant à l'opéra ramène d'ailleurs à l'étymologie du mot : le patient est littéralement celui qui souffre (du latin *pati, passus*), ou qui accepte de souffrir. Il semblerait donc qu'à la différence du héros de théâtre, dont la mort est somme toute relativement brève – il faut bien avouer qu'un texte est bien plus vite lu qu'il n'est chanté –, le héros d'opéra soit amené à être patient, voire qu'il soit le patient de sa propre maladie, un mal au monde pour certains, une sorte de malédiction héréditaire pour les autres, que ce soit les Atrides ou les Nibelung. Ces patients sont-ils amenés à guérir ? Ou leur chant ne les condamne-t-il qu'irrévocablement à une mort longue et douloureuse ?

Dans ce panel bien sombre des héros lyriques tragiques, il faut bien reconnaître qu'il y a des espoirs, sinon des miracles. Tristan, lui aussi condamné à mourir pour avoir fauté avec Isolde, se retrouve blessé et inconscient au troisième acte de l'opéra de Wagner. Un patient au sens premier du terme que celui qui pour la circonstance

s'est improvisé médecin, son suivant Kurwenal, essaie tant bien que mal de ramener à la conscience, sinon à la vie. Or ce ne sont pas les soins physiques – que d'ailleurs Kurwenal ne lui prodigue pas, ou bien l'opéra en tout cas n'en dit rien – qui vont le tirer de sa léthargie, c'est la musique. « L'antique mélodie, que me réveille-t-elle ? » (*Die alte Weise, was weckt sie mich ?*). Ce sont par ces mots que Tristan revient à lui. La musique – ici d'ailleurs une très vieille mélodie qu'il avait entendue au moment-même où ses parents lui donnèrent la vie en mourant en même temps – fait entrer son âme en résonance (sympathique) et le ramène à la vie. Pour un bref moment certes, mais on ne peut lui nier cette vertu.

De même, lorsque Brunnhilde est tirée du long sommeil dans lequel l'avait plongée Wotan pour avoir désobéi, la musique joue à nouveau un rôle important. Siegfried doit d'abord faire preuve de bravoure et oser franchir le rideau de feu qui encercle le rocher sur lequel la walkyrie est étendue. Mais il n'y a qu'un baiser qui ramènera Brunnhilde à la vie ; et ce baiser, comme il se doit à l'opéra, prend la forme d'un long monologue chanté dans lequel le jeune héros innocent découvre le corps d'une femme, apprend à éprouver et à transmettre ses sentiments. Si la musique s'adresse aux âmes, la Tétralogie wagnérienne laisse bien aux objets, et particulièrement aux plantes et au sang des animaux, le soin de s'occuper des corps : Siegfried devient invincible en se baignant dans le sang du dragon, mais c'est une feuille de tilleul qui le rendra vulnérable à l'épaule.

Que la musique soigne les âmes, ou qu'elle les charme, est un mythe bien ancien. Orphée, par exemple, n'est pas un berger ordinaire. C'est parce qu'il maîtrise le jeu de la lyre qu'il attire à lui les animaux, qu'il les domestique et qu'il parvient même à charmer Cerbère et à pénétrer dans les Enfers, donc métaphoriquement à vaincre la mort. Pourtant, jamais la musique, aussi puissante qu'elle soit, ne permet ni de terrasser la maladie ni de contrer les lois de la morale. Tristan mourra d'avoir fauté ; Orphée faillira d'avoir douté.

La musique peut-elle vraiment guérir celui qu'elle met en scène comme souffrant, donc son héros-patient ? Les quelques exemples

piochés dans l'histoire de l'opéra montrent que non. En revanche, dans la dichotomie entre l'âme et le corps, elle a clairement la vertu de soigner les âmes, et par double ricochet, d'éduquer et d'aider à guérir. L'Antiquité avait déjà ouvert la voie à ce qu'on appelle aujourd'hui d'un terme générique la « musicothérapie ». Dans le troisième livre de la *République*, Platon développe son éthique des modes et distingue entre plusieurs types de musique : celle dont les rythmes renforcent le courage, celle qui au contraire encourage la paresse et celle qui stimule l'intellect. Serions-nous donc tous patients en écoutant de la musique ? Patients pour se laisser prendre au jeu jusqu'au bout ? Patients pour nous laisser soigner, ou pervertir, par elle ? *Ars longa, vita brevis*.

L'obsession du chiffre

Hélène Gebel

Quand j'étais en CP, mon plus grand plaisir était de montrer à mes parents que je comptais bien, que je savais additionner et soustraire des nombres. J'étais en quelque sorte fascinée par les chiffres. Aujourd'hui encore, tout ce qui touche aux mathématiques m'attire, m'intrigue et me parait même d'une certaine beauté. Face à une équation du type $\ln(-3x+1) = 6$, j'aime prendre quelques minutes pour trouver le résultat. Ici : $(1-e^6)/3$. Quand Cédric Villani parle, je ne comprends pas grand- chose mais c'est comme une douce mélodie que j'entends.

Je suis en revanche de plus en plus perplexe, si ce n'est inquiète, face à ce que l'on pourrait appeler l'obsession du chiffre. Ce phénomène, aucun secteur n'y échappe. Tout est dénombré, comparé, évalué. C'est parfois anodin, quelquefois fort utile mais de temps en temps sans aucun sens.

C'est anodin, quoique plaisant pour les collectionneurs, de compter le nombre de livres, de petites voitures, de moules à kougelhopf (mon père), ou d'œufs Kinder (une personne que j'ai croisée un jour) qu'ils possèdent.

C'est utile pour les consommateurs que nous sommes, comme pour les entreprises et les administrations publiques de savoir gérer les finances. Même si l'argent ne fait pas le bonheur, ne pas en avoir rend souvent malheureux ou empêche tout du moins de s'intégrer dans la société. Face à ce que l'on appelle la crise, peu de gens supportent par ailleurs de constater que l'argent est gaspillé du fait d'une absence de rationalité.

Le problème survient dès lors que l'on cherche à appliquer ce type de raisonnement à des domaines que les nombres ne peuvent pas, à eux seuls, résumer. En matière de politique publique, la Révision générale des politiques publiques initiée en 2007, puis la Modernisation de l'action publique, débutée en 2012, ont fait des ravages. Derrière des objectifs tout à fait honorables – améliorer les services pour les citoyens et les entreprises, moderniser et simplifier l'Etat dans son organisation et son processus, … - le but premier est bel et bien de réduire la part des dépenses publiques dans le Produit intérieur brut et donc de chiffrer le coût et le rentabilité de chaque action publique, peu importe son bien -fondé. Vous faîtes un colloque universitaire ? Le Ministère de l'Enseignement supérieur vous demandera combien de gens étaient présents mais ne vous interrogera pas sur le contenu. Vous êtes infirmier ou médecin hospitalier ? Le Ministère de la Santé vous jugera sur la base du nombre d'actes que vous aurez effectués et du nombre de lits d'hôpital que vous aurez libérés. Les discussions que vous aurez eues avec les patients, on s'en moque. Loin de moi l'idée de jeter l'opprobre sur les seuls décideurs publics. Nous, en tant que citoyens, agissons pareil. On se compare les uns aux autres à l'aune des revenus, du nombre d'heures travaillées et des résultats scolaires obtenus par nos enfants.

Mais ce qui compte pour chacun d'entre nous est-il mesurable, chiffrable, comparable ? Le concept de l'Homo Œconomicus tend à nous le faire croire ; rien ne nous empêche de le refuser.

Plaidoyer pour une approche plus Humaine,

Et si l'on tentait l'épikie ?

Bernard Geny

Marie-Jo Thiel

Introduction

Il ne se passe pas de journée sans que des lanceurs d'alerte nous préviennent de la déshumanisation de notre société, bien souvent pour « optimiser son fonctionnement ». Notre propos est centré sur le domaine de la santé, mais il est probablement applicable à toutes les activités humaines.

Récemment, E Hirsch nous a fait part d'une situation dramatique, malheureusement devenue fréquente dans de nombreuses structures de soins, ou « la dignité des soignants est bafouée au nom de l'efficience »[1]. De même, malgré un dévouement sans limite des équipes soignantes et administratives, partenaires en responsabilité, il est possible d'observer au pire une maltraitance institutionnelle, au mieux une impossible bienveillance du fait d'une surcharge de travail[2].

Nous sommes loin de l'idéal éthique proposé par P. Ricoeur[3] :

« L'éthique c'est la visée de la vie bonne,
Avec et pour les hommes,
Dans des institutions justes ».

1 E Hirsch. La dignité des soignants bafouée au nom de l'efficience. Le Monde, 13 septembre 2016, p 12.
2 http://www.soignantenehpad.fr/pages/maltraitance/c-est-de-la-maltraitance-institutionnelle.html
3 P. Ricoeur. Ethique et morale, 1990.

Ne jouons plus aux tiques,

Et, réinterrogeons notre pratique.

Cette surcharge de travail semble être liée, au moins en partie, à notre propension à respecter les nombreuses lois et règlementations qui régulent nos activités et à ne plus savoir les hiérarchiser (car toutes les normes ne revêtent pas le même caractère décisif) ni avoir l'audace d'entrer dans une vraie démarche herméneutique (car la loi doit être interprétée et non s'appliquer « automatiquement »). Habitués à suivre des protocoles de soin, soumis « au dogme » de la durée moyenne de séjour, nous risquons d'être légalistes « dura lex, sed lex », et d'appliquer la loi sans discernement au péril du bien-être des patients qui nous font confiance et, des principes qui nous ont amenés à choisir de soigner.

Et si l'on tentait l'épikie ?

L'épikie, ne se laisse pas définir si facilement mais, on peut traduire ce mot Grec par équité, au sens du droit issu de la jurisprudence plutôt qu'au sens de justice distributive. Traditionnellement, l'épikie est considérée comme une **transgression de la lettre de la loi au profit de son esprit**. C'est une transgression « légale », mais pas morale puisque c'est au nom de la conscience morale que cette transgression est réalisée. L'épikie confirme la valeur de la loi, il ne s'agit pas simplement de désobéir à la loi. Elle applique l'adage « la lettre tue quand l'esprit vivifie »[4].

4 St Paul, Deuxième lettre aux Corinthiens, 3, 6.

Ainsi, **Aristote** engage le citoyen à agir, dans des situations exceptionnelles, indépendamment de la norme formulée en termes généraux. L'épikie **est un correctif de la loi, là où elle présente des lacunes en raison de son caractère général**. Dans ce contexte, l'épikie se traduit aussi par «justice meilleure» ou encore par «pratique de la réserve». Pour Aristote, l'épikie ne se tient pas en dehors de la justice, mais elle est elle-même une **manifestation de la « meilleure » justice**. C'est une vertu qui a pour but d'optimiser sur le plan moral l'action humaine. C'est l'amélioration d'un ordre général dont la lettre au regard de la situation singulière est inappropriée revenant et éventuellement même confiée à tous les citoyens[5].

Hamel[6] et Desclos[7] analysent les propos de personnalités ayant développé la doctrine de l'épikie. Pour **Thomas d'Aquin**, « Les actes humains pour lesquels les lois sont faites, sont des cas singuliers et concrets, variables à l'infini; il est donc impossible d'établir une règle absolument universelle. Les législateurs considèrent ce qui arrive ordinairement, et s'en inspirent pour faire une loi dont l'observation, en certains cas, irait contre la justice et le bien public que la loi entend précisément sauvegarder. En pareils cas, obéir à la loi, ce serait mal agir: au contraire, c'est bien agir que de négliger la lettre de la loi pour faire ce qu'exigent la justice et le bien public. Telle est la fonction de l'épikie, que nous appelons équité ». (*Somme théologique*). Thomas d'Aquin juge que l'usage de l'épikie doit être restreint, faisant la différence entre le juste légal et le juste naturel, il précise qu'il ne s'agit pas de juger la loi ou le législateur mais d'une situation déterminée.

Différent notablement de Saint Thomas sur ce point, **Suarez** étudie plus particulièrement la relation entre la lettre de la loi et l'intention du législateur, entre l'épikie et l'interprétation restrictive de la loi. Il propose ainsi trois situations où on peut appliquer l'épikie (loi très déficiente qui commande quelque chose d'immoral, loi

5 Aristote, Éthique à Nicomaque, livre V chap X.
6 E Hamel. Studia Moralia III, 1965. L'usage de l'épikie, 48-81. Desclée et SocIl. Editores Pontifici.
7 J Declos. L'épikie, d'hier à aujourd'hui, 2000.

intolérable même si elle n'est pas mauvaise et, absence présumée de vouloir appliquer la loi). « Il suffit donc, pour appliquer l'épikie, que la loi se heurte à des difficultés imprévues, qui rendent son application accidentellement plus dure qu'elle ne devait l'être dans l'intention du législateur ». *Suarez, De Legibus, 1612.*

Quand utiliser l'épikie ?

Cette question est essentielle car si nous évitons l'écueil du légalisme (L'adage « dure loi, mais loi » étant compensé par celui de Cicéron « comble du droit, comble de l'injustice, summum jus-summa injuria »[8], nous risquons les pointes du situationnisme (La situation prime sur tout. « Par exemple : un état végétatif implique une euthanasie ») et du subjectivisme (La connaissance n'est pas connaissance de l'objet, mais connaissance subjective. « Je pense que c'est bien, peu m'importe la réalité objective »). En fait, deux niveaux ne coïncident pas : le juridique (légal) et l'éthique (le moral). On peut respecter la loi et ne pas être éthique…mais, transgresser la loi, est-ce éthique ?

Si l'on suit les préceptes de Thomas d'Aquin, on recherche un bien commun qui implique aussi un bien individuel, et il faut une cause grave pour utiliser l'épikie. Mais des lois même bien pensées sont, dans certains cas, défectueuses et dans ce cas, l'épikie est obligatoire.

Pour Suarez, c'est moins le souci d'assurer un droit meilleur qui prédomine que la préoccupation de sauvegarder la liberté du sujet en face d'un prince omnipotent. Au nom du droit que possède tout homme à ne pas être traité en esclave.

De nos jours, l'épikie semble de moins en moins définie comme une interprétation de la loi, faite selon la volonté présumée bienveillante du législateur, mais plutôt comme une correction de la loi dans le but de mieux assurer la justice et le bien commun.
La question principale était : quand faut-il délaisser la lettre de la loi pour réaliser une justice meilleure? Elle devient : quand sommes-nous légitimement excusé de l'observation de la loi dans sa lettre ?

8 Cicéron, De officiis, I, 10, 33.

Michel-Ange, Chapelle Sixtine - www.agoravox.fr

Conclusions

Pratiquer l'épikie revient à **poser la question de notre autonomie par rapport à la loi** (autorité au sens large), y compris quand elle n'existe pas encore « la vitesse du changement entraîne un vide légal permanent », et à prendre (ou pas) le risque d'être considéré comme laxiste ou situationniste, en ayant pour objectif une « justice meilleure ». C'est une « **action**, la plus **humanisante** qui soit, une manière d'assumer positivement l'**incertitude** inhérente à notre condition humaine[9] ».

L'expérience d'un comité d'éthique, dans le cadre de l'expertise de projets de recherche non interventionnelle, semble montrer que **l'emploi de l'épikie est prudent et rare**, permettant face à la complexité, d'être « plus éthique » et « moins réglementaire ». Les écueils de « légalisme, de subjectivisme et de situationnisme » sont possibles, mais un **débat ouvert** permet en général de les éviter.

Si l'on considère comme Aristote que l'épikie n'est pas un droit diminué mais un droit meilleur, une super-justice qui corrige la loi quand elle est déficiente à cause de son caractère universel, il nous appartient éventuellement, dans nos domaines d'activités respectifs, **d'expérimenter l'epikie de façon consciente et argumentée**.

En effet, la prolifération de consignes pourrait nous transformer en exécutants de recommandations, certes potentiellement valables pour une population mais pas forcément pour la personne, unique, riche de ses particularités, qui se confie à nous en tant que professionnels de santé.

Pratiquer l'épikie reviendrait alors à s'extraire de contraintes mal adaptées pour aller à l'essentiel, à regarder la direction plutôt que le doigt qui la montre.

---

9 JF Malherbe. L'incertitude en éthique clinique, 1994.

Rencontre avec une expérience d'auto-détermination

MARIE SCHNEBELEN

Remerciements au Dr. Elin C. Doval

Quand j'ai commencé mes études de médecine, les exigences de ce métier me faisaient peur. La pratique médicale demande responsabilités, compétences et communication dans un environnement relativement stressant.

J'avais l'impression que je ne serais pas en mesure de devenir un soignant pleinement humaniste. L'humanisme médical était comme un concept sans réel contenu pratique. J'ai ensuite réalisé l'importance de l'auto-détermination dans mes études et précisé la signification clinique de l'humanisme médical.

J'ai pris conscience de quel médecin je voulais devenir avec la formation en éthique que j'ai reçue à l'université de Strasbourg. Étape par étape, la découverte de ce domaine fantastique et enrichissant m'a ouvert les yeux sur de nombreux doutes que j'avais lorsque j'ai commencé mes études. La formation des médecins a besoin de temps et patience, c'est un processus continu dépendant des capacités individuelles. Mais, avec le soutien de mes proches et de mes professeurs, j'ai enrichi mon esprit critique et ma façon d'appréhender la pratique médicale.

En outre, j'ai rencontré des personnes de différentes cultures. J'ai aussi étudié dans différents systèmes éducatifs au cours de mes expériences à l'étranger. Chaque pays avait une manière différente d'enseigner. La hiérarchie des valeurs dans la pratique médicale et les systèmes de santé changeaient aussi d'un pays à l'autre.

L'étude de l'éthique m'a fait redéfinir la façon dont j'appréhendais

mes études médicales : je suis aujourd'hui convaincue de l'importance de la communication pour éviter les malentendus et erreurs médicales. De même, je pense que le chemin vers l'accomplissement personnel exige courage, honnêteté et responsabilité envers les autres personnes et nous-même.

Cependant, le processus de réalisation personnelle donne à chacun la possibilité de rendre le monde meilleur. Nous devons ainsi être des participants actifs du monde que nous voulons pour demain. D'autant plus que la technologie est de plus en plus intrusive dans nos corps et notre intimité, elle est créatrice de plus d'inégalités dans le monde. Avec l'éthique, qui ne considère pas seulement les professionnels soignants et les comités d'éthique, mais tous les êtres humains. Chaque personne est capable d'apporter les changements qu'elle souhaite voir dans le monde.

Il me semble indispensable de dépasser ses peurs et a priori. Aller à la rencontre de mentors, à l'université, ou, par la lecture de livres et de témoignages, est une source d'aspirations pratiques pour chaque être humain osant dépasser ses limites. L'écoute et l'échange avec d'autres personnes enrichissent également les premières idées que nous avons sur un sujet. Cette ouverture aux dialogues appelle à la tolérance. Cela permet de trouver des façons concrètes de changer à notre échelle le monde qui nous entoure. La prise de conscience de chaque habilité individuel au changement nous encourage à agir et à prendre des décisions plus éthiques au quotidien.

Par conséquent, l'enseignement en éthique devrait encore progresser chez les étudiants en médecine et la sensibilisation du grand public également. Les décisions allant dans ce sens sont autant de petites victoires pour le monde que nous voulons pour demain !

Nuage de mots

Kevin Lota

EuroCos
Canguilhem
Médicament
Professionnels
Hôpitaux
Hospitalisation
Internet
Pluridisciplinarité
Étudiants
Praticiens
Temps
Strasbourg
Bien-être
Santé
Médecine
Savoir-faire
Autonomie
Complémentarités
Communication
Relation
Guérison
Chercheurs
Maladies
Génomique
Humanisme
Sciences
Normes
Réflexion
Universitaires
Compétences

La représentation médiatique du phénomène de l'immigration et les faits de Lampedusa du 3 octobre 2013

GUIDO NICOLOSI

Bien que l'immigration soit, même en Italie et depuis plusieurs années déjà, un processus de longue période et structurel, les médias italiens s'obstinent à présenter ce phénomène à l'intérieur d'un cadre symbolique et cognitif d'urgence. Qu'il s'agisse des débarquements de "désespérés" sur les côtes ensoleillées du Sud, ou du risque d'une augmentation de la criminalité, du danger sanitaire des contagions, ou bien d'une intervention spéciale demandée à une politique toujours plus distante de la vie des citoyens, l'immigration représente toujours un "problème" social grave et à affronter en toute urgence. Un exemple banal, mais flagrant, peut mieux éclaircir cette affirmation apparemment apodictique.

D'après plusieurs estimations (par exemple : Caritas, 2005), les immigrés qui entrent en Italie de manière clandestine en utilisant les soi-disant "tacots de la mer" ne représenteraient qu'une partie minime (presque insignifiante d'un point de vue strictement quantitatif) du phénomène, environ 10%. Pourtant, environ 90% de la production journalistique sur l'immigration tourne autour du sujet des débarquements. Bien que ce soit un problème important, d'un point de vue humain et éthique, un processus si marqué d'agenda setting (Shaw, 1979) révèle une orientation qui se prête à des risques de distorsion de nature culturelle et politique.

En tant que forme de reconstruction symbolique du réel, la représentation médiatique est, sans doute, une forme de représentation sociale (Moscovici, 1961). Quoiqu'il soit extrêmement difficile de mesurer et de vérifier de façon ponctuelle le degré d'influence que les médias exercent sur l'opinion publique, une littérature consistante

a amplement démontré comment ces derniers sont des acteurs importants dans la reconstruction de l'espace symbolique de la société contemporaine (Eco, 1964; Wolf, 1985).

La représentation médiatique de l'immigration en Italie a fait l'objet d'un vaste débat politique et social et de diverses études et recherches empiriques (Mansoubi; 1990; Cotesta, 1999; Dal Lago, 1999; Censis, 2002; Corte, 2002; Morcellini, 2009, Musarò e Parmiggiani, 2014, etc.).

L'importance du phénomène a été confirmée par Michel Wieviorka lorsqu'il affirme que les médias doivent être directement mis en cause dans le débat sur le multiculturalisme, parce que leur façon d'illustrer les différences, qu'elles soient culturelles, réelles ou imaginaires, se fait sur une vaste échelle et que la nature de ces différences est profondément conflictuelle (Wieviorka, 2000: 104).

Il s'agit d'études et de recherches à la fois très différentes, mais unies par quelques évidences très importantes. En particulier, comme il a été amplement souligné par presque tous les auteurs, il semble qu'en Italie les logiques du newsmaking soumettent le migrant à un processus de dé-individuation symbolique radical. Les techniques de représentation et d'image utilisent, en effet, un registre expressif, linguistique et iconique (les photographies ou les reprises-vidéo) qui renvoie à une structure sémantique orientée à nier les identités sociales et personnelles des migrants (Nicolosi, 2007).

La plupart des immigrés irréguliers se trouvent en fait en Italie après être rentrés régulièrement avec un visa temporaire (études, tourisme, travail, etc…) pour y rester ensuite même après l'échéance. L'immigration est perçue et vécue comme une urgence permanente. Par exemple, durant les années où en Italie a gouverné la Lega Nord (la Ligue du Nord), un groupe politique manifestement xénophobe, le Ministre de l'Intérieur Maroni (appartenant à ce parti) a pu librement soutenir, sans aucune critique de la part des médias italiens, avoir réduit de 80% l'immigration clandestine en Italie, grâce au fait d'avoir réduit de 80% les débarquements sur les

côtes siciliennes. Nous savons que l'on a atteint ce résultat grâce aux accords internationaux entre l'Italie et la Libye destinés à bloquer les flux migratoires dès le départ.

Les évènements tragiques de Lampedusa du 3 octobre 2013 correspondent à la même "sophistication" sémantique. Toutefois, la spécificité de l'évènement et de son effet émotionnel et "sensationnaliste" ont à la fois imposé d'importantes variantes. Le résultat a été un produit complexe, par certains aspects contradictoire. En fait, une analyse attentive de la production journalistique réalisée dans les jours qui ont suivi la tragédie a mis en relief un processus d'élaboration symbolique à *« double voie »* (Nicolosi e Panebianco, 2015).

L'écriture (la presse): le cadavre raréfié ou raconté

La presse écrite semble avoir utilisé un registre expressif contradictoire, presque schizophrénique. Une partie importante des articles analysés a suivi le registre expressif consolidé et désindividualisant dont nous avons parlé précédemment. Dans ce récit, la mort, quoique présente, subit un processus de raréfaction symbolique extrêmement raffiné. Elle est racontée "entre les lignes", elle n'est jamais montrée directement.

Elle est toujours décollée des identités de toutes les personnes impliquées: les chiffres, les pourcentages, les politiques, la politique, les responsabilités, les institutions, les régimes, la guerre, etc. La mort reste dans ce contexte un arrière-plan bien accablant. C'est justement parce qu'elle est désindividualisée et détachée de la dimension corporelle des cadavres réels, qu'elle devient immatérielle, abstraite, inodore et incolore.

Mais différents articles, une part minoritaire, mais toutefois importante (environ 20%), ont par contre adopté un registre totalement différent. On peut l'expliquer tout simplement: le tragique de l'évènement a de toute évidence modifié le frame journalistique de référence. Si, en général, le phénomène immigration est encadré à

l'intérieur d'un cadre symbolique et cognitif qui peut être élaboré narrativement dans les termes décrits ci-dessus, par contre ici domine une stratégie communicative émotionnelle, intimiste dans certains cas, adaptée au genre narratif du drame. L'aspect le plus important pour nous est que le corps/cadavre du migrant est devenu une centralité. Il s'agit d'articles qui en racontent les détails, mêmes les plus intimes, pathétiques ou encore dans certains cas, les plus dégoûtants.

Ce double registre montre déjà comment la dématérialisation (et de façon corrélée, la dé-individuation) de la mort est un processus imparfait, qui, même au niveau symbolique, montre la présence d'une dynamique de rencontre/collision avec un processus opposé qui la ramène à sa dimension matérielle, corporelle et identitaire. Nous reprendrons ce sujet dans les considérations finales.

L'image (presse et télévision):
les traces des corps et les cadavres occultés

Les métaphores les plus récurrentes sont celles de l'urgence et des catastrophes qui renvoient à des évènements impersonnels, sans une possible *« subjectivisation »* : *« invasion »*, *« horde »*, *« masse »*. Souvent la métaphorisation renvoie à des cataclysmes naturels : *« tsunami »*, *« raz de marée »*, *« tempête »*, etc.
Dans les articles de presse, on réserve très peu d'espace au témoignage direct des immigrés. Les connotations subjectives et autonomes sont très peu nombreuses (l'immigré est généralement cité comme « groupe », dont l'homogénéité est plutôt discutable). On tend fortement à la polarisation de l'image de l'immigré dans une représentation dichotomique positive (victime) ou négative (coupable) : *« protagoniste sans défense des voyages de l'espoir »* / *« ennemi et criminel »*. Dans le premier cas, même l'humanisation passe à travers l'utilisation d'une étiquette dé-individualisante : le désespéré ; dans le second cas, il est utile de rappeler que l'attention journalistique à l'égard du phénomène immigration est fortement liée aux termes des faits divers et criminels.

Les articles de presse publiés par le quotidien La Repubblica durant la période du 3 au 31 octobre 2013 ont été pris en considération. Par exemple, un de ces articles avait comme titre : *« Cette petite fille avec des chaussures en vernis dans le hangar transformé en cimetière »* (La Repubblica du 04/10/2013).

Dans le cas des images, l'orientation a été beaucoup plus homogène. La presse et plus encore la télévision ont opté pour un régime iconographique de type « tropique » fondé sur une évidente «translation» rhétorique. Les corps/cadavres ont été ici métamorphosés, ou bien ils ont été «raréfiés» avec un usage adroit de synecdoques et métonymies. Parmi les images les plus fréquemment montrées à la télévision, il y a les épaves de gros bateaux, les plages, les groupes anonymes des migrants, les opérations (en sécurité) de secours. Sur les journaux, nous trouvons le plus fréquemment des images de gros bateaux bondés, ou bien des restes d'objets appartenant aux naufragés: des pantalons, des chaussures, des papiers, des peluches (pour les enfants), des instruments et des ustensiles, etc. Il s'agit de véritables traces(7) des corps des migrants dont l'identité (et leur sort réel) n'est jamais révélé. Dans ces images, le cadavre est présent sur l'arrière-plan, justement de façon figurée. Les seules images(8) récurrentes qui montrent de manière indirecte les cadavres sont celles qui reprennent les morts occultés dans des sacs colorés ou dans des cercueils alignés à l'intérieur du hangar qui pendant plusieurs semaines a recueilli les cadavres de la tragédie du 3 octobre et qui a si fortement marqué l'imaginaire des habitants de Lampedusa.

Bibliographie

- Caritas (2005), Immigrazione. Dossier statistico, Roma: Nuova Anterem.
- Censis (2002), Tuning into diversity. Immigrati e minoranze etniche in Italia, Roma.
- Corte, M. (2002) Stranieri e mass-media, Padova: Cedam.

- Cotesta, V. (1999), Mass-media, conflitti etnici e immigrazione, Studi Emigrazione, XXXVI, n. 135.
- Dal Lago, A. (1999), Non-persone. L'esclusione dei migranti in una società globale, Milano: Feltrinelli.
- Eco, U. (1964), Apocalittici e integrati, Milano : Bompiani.
- Mansoubi, M. (1990), Noi stranieri d'Italia. Immigrazione e mass-media, Lucca: Maria Pacini Fazzi.
- Morcellini, M. (2009), Immigrazione e asilo nei media italiani - Sintesi del rapporto di ricerca
- Moscovici, S. (1961), La psychanalise, son image et son public, Paris : PUF.
- Musarò, P. e Parmiggiani, P. (2014), Media e Migrazioni. Etica, estetica e politica del discorso umanitario,
- Milano, Franco Angeli.
- Nicolosi, G. (2007), Il riconoscimento simbolico in una società multiculturale, in Avola, M., Melfa, D. e
- Nicolosi, G. (a cura di), Immigrati nella "città dell'elefante". Regolarizzazioni, integrazione culturale e mercato del lavoro, Acireale-Roma: Bonanno.
- Nicolosi, G. e Panebianco, K. (2015), Les morts de Lampedusa, Communications, 97, 2.
- Shaw, E. (1979), Agenda Setting and Mass Communication Theory, International Journal for Mass
- Communication Studies, vol. XXV, n.2.
- Wieviorka, M. (2004), Il razzismo, Bari : Laterza.
- Wolf, M. (1985), Teorie delle comunicazioni di massa, Milano : Bompiani.

Hommage à Georges Canguilhem

Jean-Jacques Kress

Euro Cos a choisi le nom de Georges Canguilhem pour désigner ses rencontres annuelles et la Présidente, Claude-Marie Laedlein-Greilsammer m'a demandé de prononcer cette évocation du Philosophe- Médecin, mais à quel titre ?
Remontons à la rentrée scolaire en octobre 1948 de la classe de seconde au lycée Fustel de Coulanges, à l'ombre de la cathédrale de Strasbourg. Le tumulte de la grande cour de récréation était monté d'un cran car les deux fils de G. Canguilhem qui venait d'être nommé Professeur de Philosophie à l'Université de Strasbourg étaient arrivés parmi nous. Porteurs d'un nom étrange pour nous autres alsaciens, d'allure méridionale, expansifs, ils se sont pourtant très vite intégrés. Ce fut le début pour moi d'une amitié de toute la vie avec l'aîné Bernard Canguilhem qui devint plus tard Professeur de physiologie à la Faculté de Médecine de Strasbourg. Il est décédé en avril de la présente année.
Une seconde raison tient à ce que j'ai été amené à créer, dans les années 90, l'un des tout premiers départements de Sciences Humaines en Faculté de Médecine, à Brest, avec le Doyen Boles, Madame Leboul, psychologue, et Madame Haxaire, anthropologue. Ces départements qui se sont multipliés depuis se situent dans le droit fil des idées élaborées par G. Canguilhem dans ses écrits sur la médecine.

Issu d'une famille de paysans artisans de la région toulousaine, il a vécu de 1904 à 1994. Il s'est orienté dès l'Ecole Normale Supérieure (1924) vers la philosophie des sciences et plus particulièrement vers l'histoire et l'épistémologie des sciences de la vie auxquelles il a consacré l'essentiel de son œuvre. Elève, puis disciple favori du philosophe Alain, lecteur admiratif de Bachelard, il a été le maître de

toute une génération de philosophes dont Michel Foucault, François Dagognet, et Pierre Bourdieu sont parmi les plus connus. Dans un autre registre il fut actif à un niveau de responsabilité élevé dans la résistance et la clandestinité du centre de la France où il a combattu les armes à la main en des circonstances mémorables : la bataille du Mont Mouchet.
G. Canguilhem était aussi médecin. Le parcours de cette formation s'est effectué à la Faculté de Médecine de Strasbourg, alors repliée à Clermont Ferrand pendant les années de guerre. Sa thèse de médecine soutenue en 1943, auprès de cette même Faculté, est d'emblée son maitre ouvrage, il en est issu son livre le plus célèbre : le Normal et le Pathologique. Sa thèse de philosophie, soutenue ultérieurement, portera sur la Formation du Concept de Réflexe au XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècle, ouvrage tout aussi essentiel dans le domaine cette fois de l'histoire des sciences de la vie, de l'épistémologie historique. Ce travail jette une vive lumière sur les rapports du mécanique et du vivant.

G. Canguilhem était un philosophe non médiatique et c'est sans doute la raison pour laquelle il est peu connu du grand public. C'était un philosophe rugueux comme il a pu être dit, exigeant, dont la densité de l'expression, le sens de la formule et du concept, la rigueur et la nouveauté du regard porté sur la question centrale immense et ancienne de ce que c'est que la vie, s'imposent à chaque page de ses écrits. Sa pensée chemine toujours dans le strict cadre de la rationalité, on n'y décèle aucune effusion, aucun pathos, ni aucun élan métaphysique et pourtant, elle retentit.

Dans l'espace de cette brève évocation je propose d'esquisser deux des principales élaborations de G. Canguilhem dans le domaine de la médecine : la question de la normalité d'une part et celle de la prise en considération de la singularité individuelle dans le cours de l'action médicale.

En premier lieu, remontons au début des études médicales, à Strasbourg au cours des années cinquante. L'idée de normalité s'imposait à celui, et ce fut mon cas, qui franchissait la porte

monumentale de l'Institut où il allait suivre les premiers cours car il était inscrit à son fronton : Institut d'Anatomie Normale, ceci par opposition à l'Institut d'Anatomie Pathologique auquel l'étudiant n'aura accès que deux ans plus tard. Il en allait ainsi pour ces années d'acquisition des Sciences Fondamentales, comportant surtout la Physiologie qui animera dans le cadre de la normalité ce qui restait figé avec l'Anatomie. S'inscrivait ainsi dans les esprits des étudiants, très précocement, la figure précise, complexe, détaillée, d'une normalité verrouillée que déforme et dégrade ensuite la pathologie qui était alors apprise dans le microscope avant la réalité clinique.
Cette normalité s'imprimait profondément dans les esprits aussi bien selon le registre des formes et des structures que selon celui du fonctionnement, elle trouvait son extrême dans la constance chiffrée des substances du corps, la première d'entre elles étant historiquement la constance du taux de la glycémie, remontant aux découvertes de Claude Bernard. Fixité fascinante de la norme : un gramme. La pathologie, la maladie, apparaissaient de ce fait comme une déviation faite d'insuffisances, de dégradations, de viciations, portant atteinte à la statue originaire, au modèle normal si longuement scruté depuis le début des études.

G. Canguilhem s'élève contre cette configuration en changeant de point de vue : la maladie n'est plus une modification quantitative par rapport au normal, mais qualitative. Les deux états sont par rapport à la vie sur le même plan. L'état de maladie est en quelque sorte réhabilité par rapport à l'état dit normal. G. Canguilhem use alors d'une expression qui lui est propre : la maladie est une « autre allure de la vie ». La maladie est toujours un état de la vie, mais un état autre et pour asseoir cette affirmation il caractérise la vie par des traits qui lui sont propres :

- La vie ne va pas sans individuation, sans singularité.
- Elle est globalité, tout individu étant un ensemble organisé et coordonné dont chaque partie est concernée par les autres.
- La vie ne reste pas confinée dans les faits, elle est polarisée, orientée, en développement et par là créatrice de valeurs.

- L'individu vivant est toujours en dialogue avec le milieu auquel il n'est pas simplement adapté mais il s'avère apte à le modifier.

Cet ensemble de caractéristiques s'opposant à l'inerte et au mécanique permet à G. Canguilhem de dégager le maître concept de sa conception de la vie : la vie est « normativité », c'est-à-dire capacité de créer ses propres normes.
Ainsi, les normes issues de la statistique qu'il n'y a bien sûr pas lieu de rejeter, sont-elles d'un autre ordre, elles peuvent même parfois opérer à rebours des valeurs dynamiques de la vie en aboutissant à en effacer la singularité.
Le caractère abrupt de cette présentation ne doit pas amener à penser que la souffrance, le danger, la perspective de la mort soient ignorés par G. Canguilhem qui les évoque souvent mais il tient à montrer que la puissance de la vie est présente jusqu'à dans ses confins. Il est remarquable qu'il soit parvenu à penser la vie en prenant appui justement sur ce qui menace de la perdre : la maladie.

En second lieu, si la normalité peut être référée à des critères statistiques la relation médecin malade par contre y échappe et s'avère toujours marquée par la singularité individuelle. Pour faire apparaître cette dimension, j'évoquerai les étapes du cours de l'action médicale.

Comment est-elle inaugurée ? Une phrase éclairante de G. Canguilhem répond à cette question « par une altération lente du sens de ses objectifs la médecine de réponse à un appel qu'elle était primitivement, est devenue obéissance à une exigence »[1]. Retenons de cette déclaration que la médecine est primitivement réponse à un appel émanant donc d'une personne singulière et qu'elle s'est trouvée déviée par ce qui est devenu obéissance à l'exigence des normes et des protocoles.
Cette référence à un appel originaire et à son rapport à la singularité peut sembler se perdre dans la suite du cours de l'action médicale, lors du recueil des signes qui sont codifiés, lors des explorations

1 Le statut épistémologique de la médecine in Etudes d'Histoire et de Philosophie des Sciences. Ed Vrin 1989.

biologiques nécessairement normées ainsi que lors de l'établissement du diagnostic qui lui est référé à la généralité classifiée des pathologies, jusqu'à la mise en œuvre d'une thérapeutique elle-même codifiée. Lors de ces étapes le rapport à la singularité de la vie est en risque de se perdre. C'est l'information du patient puis corrélativement le recueil de son consentement qui font réapparaitre son individualité, Ces dimensions qui ont été largement étudiées au cours du dernier quart du XX^{ème} siècle depuis l'expansion de l'éthique biomédicale adviennent comme en écho à ce qu'avançait G. Canguilhem avec plusieurs décennies d'avance.

Trois autres citations nous rendront encore plus présent ce sens si aiguisé des formules adéquates, denses, lourdes de sens qui abondent dans les écrits de Canguilhem.

Ainsi : «que tout médecin se dise et fasse savoir qu'en médecine on n'expérimente, c'est à dire on ne soigne qu'en tremblant.»[2]. Voici qui nous indique combien l'acte de soin ne relève pas exclusivement de procédures réglées mais qu'il est toujours doublé d'incertitudes et de risques ce qui demande de la part du médecin un engagement et par conséquent du courage.

Ainsi aussi : « mon médecin c'est celui qui accepte de moi que je voie en lui un exégète avant de l'accepter comme réparateur »[3]. Le médecin est celui qui sait lire mes symptômes, les mettre en perspective et me les donner à comprendre. Voici qui correspond à ce moment crucial de l'information indiqué plus haut, mais si souvent écourté, bâclé, brouillé de multiples manières dans la pratique courante.

Et enfin, comme pour confirmer cette antériorité de l'appel sur l'ensemble du processus médical, antériorité radicale, structurelle, écoutons la phrase suivante : « c'est parce qu'il y a des hommes qui se sentent malades qu'il y a une médecine et non qu'il y a des médecins que les hommes apprennent d'eux leur maladie ».

La contradiction entre ces deux dernières affirmations n'est qu'apparente car il faut se souvenir que c'est l'homme malade qui

2 Médecine expérimentale. In Etudes d'Histoire et de Philosophie des Sciences. P .389. Ed.Vrin.1989.

3 Ecrits sur la médecine. La santé.P.64.Champ Freudien. Ed Du Seuil. 2002.

d'abord appelle et suscite le médecin et lui demande ensuite de se faire l'exégète.

Ces brèves considérations ne donnent qu'un aperçu limité de l'œuvre de G. Canguilhem, qui comporte un immense volet épistémologique où les sciences de la vie et leurs concepts sont refondus, précisés et remis en perspective en dialogue avec Aristote, Descartes, Claude Bernard et bien d'autres.

Ce qui a été évoqué ici est centré sur la médecine : c'est cette part qui importe à Euro Cos. Il n'est que de relire les thèmes des rencontres qui ont eu lieu grâce à Euro Cos durant les 25 années écoulées pour se convaincre que le nom de G. Canguilhem est parfaitement adéquat pour désigner ce lieu fécond de débats.

Liste des auteurs

Suivant l'ordre chronologique des textes

Claude-Marie Laedlein-Greilsammer
Présidente Euro Cos Humanisme & Santé. Strasbourg

Marc Michel
Philosophe. Leven

Jacques Freund
Directeur d'hôpital honoraire. Strasbourg

Michel Doeffel
Professeur émérite de gastro entérologie
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Jan Cimisky
Directeur de Modra Laguna. Prague

Vera Boltho
Ancien Chef du Département Santé Publique
du Conseil de l'Europe, Nice

Nicole Steinberg
Pédopsychiatre Centre Hospitalier d'Erstein

Liliana Moheit
Psychologue centre hospitalier d'Erstein

Michel Hasselmann
Professeur émérite de Réanimation Médicale
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Didier Le Prado
Avocat au Conseil d'état et à la Cour de Cassation, Paris

Alain Coheur
Directeur des Affaires Européennes et Internationales,
Mutualité Socialiste, Bruxelles

Pierre Maillard
Vice-Président de la Commission d'évaluation
des Produits et Prestations, H. A.S., Besançon

Christian Mounir
Formateur et Consultant en Promotion et éducation de la Santé,
Genève

Pierre Ancet
Maître de Conférences en Philosophie, Université de Bourgogne

Jacques Kopferschmitt
Professeur, Chargé de Missions Transversales
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Roseline Ricco
Psychologue Family Smile Rome

Christophe Masutti
Responsable des affaires européennes
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Marie-José Freund
Professeur émérite en neurosciences
Université de Strasbourg

Yves Alembik
Généticien, Pédiatre, Service de Génétique Médicale
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Didier Sicard
Président d'Honneur du Comité Consultatif National d'Éthique, Paris

Véronique Legendre
Psychiatre, Paris

Sylvie Bernabé
Libraire, Strasbourg

Christian Bonah
Professeur d'histoire des sciences, Université de Strasbourg

Arnaud Bubek
Etudiant Sciences Politiques, Université de Strasbourg

Hakim Minouni
Professeur de mathématique, lycée de Saint Louis

Mathieu Schneider
Maître de Conférence, vice-président, Sciences en société Université de Strasbourg

Hélène Gebel
Ingénieure de recherche, ERERAL, Strasbourg

Bernard Geny,
Chef de service de Physiologie et d'Exploration Fonctionnelle Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Marie-Jo Thiel
Directrice du CEERE

Marie Schebelen
Externe en médecine, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Kevin Lota
Étudiant en éthique médicale et bioéthique
Université de Strasbourg

Guido Nicolosi
Sociologue, Université de Catane Italie

Jean-Jacques Kress
Professeur émérite de psychiatrie, Université de Brest

Les Rencontres Santé Société
Georges Canguilhem

D'Euro Cos
Humanisme & Santé

2016 *Migrations : les enjeux pour la santé ?* ***Strasbourg***

2015 *Santé, bien être : place des médecines complémentaires ?* ***Strasbourg***

2014 *Autonomie, enjeux de société, enjeux pour la santé.* ***Strasbourg***

2013 *Les nouvelles vulnérabilités en santé.* ***Strasbourg***

2012 *Santé, médecine : au risque de la confiance...* ***Strasbourg***

2011 *La relation de soins. Quelle relation de confiance dans notre société de l'urgence, de l'immédiateté et de la norme ?* ***Dijon***

2011 *Internet: des promesses pour la santé ?* ***Strasbourg***

2010 *La santé prise dans la toile.* ***Genève***

2010 *Santé, médecine et corps morcelé.* ***Strasbourg***

2009 *Santé, médecine et corps morcelé.* ***Marseille***

2009 *L'hôpital hors les murs - Des relais : Comment ? Pourquoi ? Pour qui ?* ***Strasbourg***

2008 *La maladie sortie de l'hôpital, enjeux et conséquences.* ***Paris***

2008 *De l'accès à l'excès, évolution et ambiguïté de la demande de soins* ***Strasbourg***

2007 *De l'accès à l'excès, ou les avatars de la demande de soins.* ***Dijon***

2007 *Santé médiatisée, la force des images et des représentations.* ***Strasbourg***

2006 *La force des images et des représentations en santé.* ***Prague***

2005 *Normes et procédures, la santé entre menaces et opportunités* ***Strasbourg***

2004 *Irrésistible médecine prédictive ?* ***Strasbourg***

2004 *Génomique - Génoéthique et Anthropologie.* ***Montréal***

2003 *La valeur du temps en Santé, du temps gagné au temps à vivre.* ***Strasbourg***

2001 *Les paradoxes d'une recherche de santé sans risque.* ***Strasbourg***

2000 *Où nous mène le médicament ?* ***Strasbourg***

1998 *Les acteurs de santé et les jeunes, un malentendu ?* ***Strasbourg***

1997 *La santé entre rêve et réalité. Responsabilités et décisions.* ***Strasbourg***

1996 *De l'enfant objet à l'enfant projet. L'enjeu de la prévention précoce dans nos sociétés européennes.* ***Strasbourg***

1995 *L'avenir de la vieillesse. Certitudes et incertitudes de nos sociétés européennes.* ***Strasbourg***

1994 *Les transplantations d'organes .Sciences et conscience.* ***Strasbourg***

1993 *Les alternatives à l'hospitalisation en Europe. Expériences et perspectives.* ***Strasbourg***

1992 *L'Europe face à l'infection par le VIH.* ***Strasbourg***

Les Hôpitaux
Universitaires
de STRASBOURG

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Strasbourg.eu
eurométropole

ars
Agence Régionale de Santé
Alsace
Champagne-Ardenne
Lorraine

ERERAL
Espace de Réflexion Éthique Région Alsace

Euro Cos

& Humanisme Santé

1991 - 2016

Euro Cos Humanisme & Santé
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
1, place de l'Hôpital
67091 STRASBOURG Cedex - France
03 88 11 50 60 / 06 81 87 31 82
claude.laedlein@chru-strasbourg.fr

http://euroCos.u-strasbg.fr

Couverture et mise en page :
Antoine SAUDER
www.antoinesauder.fr
contact@antoinesauder.fr

Euro Cos Humanisme & Santé

Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
1, place de l'Hôpital
67091 STRASBOURG Cedex - France
03 88 11 50 60 / 06 81 87 31 82
claude.laedlein@chru-strasbourg.fr

http://euroCos.u-strasbg.fr

EURO COS
& *Humanisme Santé*

Des professionnels et des universitaires issus des sciences humaines et de la santé, prirent en 1991, l'initiative de créer un groupe européen de réflexions pluridisciplinaires et pluri-professionnelles en santé.

Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et l'Université de Strasbourg, cautionnant cette initiative, signèrent une convention qui donna naissance à Euro Cos Humanisme & Santé. Depuis, ont été organisé vingt et un séminaires de travail, suivis de colloques ouvert à un large public.

Fort de son expérience, Euro Cos Humanisme & Santé, est allé plus loin dans sa démarche, et a créé les « *Rencontres Santé Société de Strasbourg* », qui proposent à des étudiants de toutes disciplines, de s'associer aux professionnels et aux chercheurs en santé, pour réfléchir et débattre, autour d'une problématique de santé publique.

Ce présent ouvrage est la publication des Rencontres Santé Société de Strasbourg de 2014, qui avaient pour thème « Autonomie, enjeux de société, enjeux pour la santé ».