

« *Il faut qu'on en cause, docteur...* »¹

J'ai débuté ma carrière de médecin en 1949, à Jouy-sous-Thelle, dans le Beauvaisis, un village de quatre cent cinquante « âmes ». J'y ai exercé pendant dix ans. Lorsque j'ai quitté « mon village » pour la banlieue parisienne, j'avais nettement l'impression que le médecin de famille que j'étais au début avait évolué pour devenir le médecin *de la* famille, de *toute* la famille. J'avais ma part dans tous les grands événements familiaux : naissances, mariages, deuils, moissons.

Pour les naissances, c'était d'autant plus naturel que je faisais des accouchements. C'était encore l'époque où, dans les campagnes françaises, les femmes mettaient leurs enfants au monde à la maison. (« Dans ce lit est né le père et le grand-père. ») Détail amusant : je m'étais fait la réputation d'un bon accoucheur non parce que j'étais capable d'appliquer correctement un forceps dans une présentation de la face, mais parce que c'est moi-même qui emmaillotais et langeais le nouveau-né... (« Pensez, un médecin qui sait langer un « tchio² » !)

Le premier grand tournant de ma vie professionnelle se produisit deux ans et demi environ après mon installation. Une nuit d'hiver, vers minuit, je reçois l'appel d'une famille qui habitait dans un village distant de onze kilomètres. Si on m'appelait à cette heure-là, malgré la tempête de neige qui sévissait, c'était sérieux. Trousse d'urgence, bottes, canadienne, 2 CV, pelle et corde, tout est toujours prêt pour l'appel de nuit. Je connais bien sûr parfaitement la route, mais à cause du temps, il me faut bien plus d'une demi-heure pour faire le trajet.

Les chiens de la ferme reconnaissent de loin le bruit particulier ma voiture, et ils me font la fête habituelle de leur réception amicale – une danse effrénée autour de moi. Pour eux aussi, je suis de la famille.

Cet accueil me réconforte, car les visites de nuit m'occasionnent toujours une petite angoisse au creux de l'estomac : sur quoi vais-je tomber ? Saurai-je résoudre le problème par mes propres moyens, ou faudra-t-il que j'emmène le malade à l'hôpital, distant de vingt kilomètres ? A cette époque en effet il n'était pas question d'ambulance dans un village du Vexin, et d'autre part les conditions d'exercice de la médecine de campagne faisaient que j'étais l'omnipraticien dans le sens le plus large du terme : médecine générale, enfants, obstétrique, petite chirurgie et orthopédie courante – j'avais d'ailleurs un appareil de radiographie dans mon cabinet. La seule spécialité qui

¹ L'article tel que je l'ai trouvé en triant les papiers de mon père en 2011 était intitulé Du « Il faut qu'on en cause, Docteur » au syndrome de la poignée de la porte. Les raisons de la réduction du titre sont expliquées à la fin.

² Un « petiot » en patois picard.

m'a toujours fait peur était l'ophtalmologie. (Est-ce parce que j'avais séché mon stage d'ophtalmo pendant mes études ?) Je me suis toujours refusé de faire un diagnostic quelconque dans ce domaine, même s'il paraissait des plus évidents.

Le vent glacial, les cristaux de neige qui me fouettent et piquent le visage ne m'incitent pas particulièrement à jouer avec les bons gardiens de la ferme, mais pour avoir la paix, il faut bien que je distribue à gauche et à droite quelques caresses.

La porte de la maison donne directement dans la cuisine. En l'ouvrant, je suis accueilli par une bouffée d'air chaud et une délicieuse odeur de café frais. Au fond de la pièce, une grande cheminée avec un feu de bûches. Sur le bord de la cuisinière à charbon, une grande cafetière, dont se dégage un léger filet de vapeur.

Tout le milieu de la pièce est occupé par une grande table ovale. Autour, tous les adultes de la famille. D'un regard circulaire, je vérifie. Oui, tous, il n'en manque aucun. Douze personnes en tout, silencieuses, les visages tristes et graves. En tête de la table, près de la cheminée, préside la mère.

Les images et les impressions se succèdent rapidement en moi : froide tempête, les chiens, la bonne chaleur, l'arôme du café, ces visages tendus – c'est sûr, quelque chose d'insolite est en train de se passer. Immédiatement, instinctivement, je sens qu'on va me faire participer à un psychodrame, sans que je puisse me dérober. En quelque sorte, pas forcé mais bel et bien contraint. Et comme si je voulais reculer devant l'échéance, je lance d'une voix que je crois naturelle :

– Bonsoir, tout le monde, quel gosse est malade ?

– Y a pas de gosse malade, me répond la mère.

– Alors le plus simple est que vous m'expliquiez de quoi il s'agit. Pourquoi cette réunion ?

– Voilà, Docteur, la Nicole, elle a fait des bêtises. Des choses qui arrivent. Mais voilà, son mari, qui était sur le chantier, s'est blessé à la main, et il est rentré à l'heure où il n'y est jamais. Alors voilà !

– Voilà quoi ?

– Alors il a flanqué l'homme dehors, il a fichu une bonne trempe à la Nicole, et voilà, regardez-les tous les deux. Si vous les regardez, ils vont sûrement se mettre à chialer ensemble !

Face à la mère, à l'autre extrémité de la table, sont assis Nicole, la fille de la maison, et son mari Pierre. Mariés depuis cinq ans, trois enfants. Tous deux tête baissée. Et comme s'ils répondaient à un ordre, tous deux se mettent à pleurer ; lui un sanglot violent, syncopé, accompagné d'un hoquet, elle d'une plainte continue, les yeux rougis par un flot ininterrompu de larmes.

– Et qu'est-ce que vous attendez de moi ?

– Ben voyons ! Il faut qu'on en cause !

– C’est juste, il faut qu’on en cause.

Et le plus naturellement du monde, j’enlève ma canadienne. On m’avance une chaise, et je prends place à la droite de la mère. On met devant moi un bol qu’on emplit de café. Sur la planche à pain, il y a une bonne miché de pain de campagne. C’est le père qui coupe des tranches, avec un petit couteau de cuisine, dont il ne reste qu’un demi centimètre d’une lame, repassée mille fois. On sort du frigidaire une grande assiette avec le pâté de lapin et le rouleau de beurre.

Après que tout le monde ait bu et mangé, j’ai parlé. Et tous ont parlé. Et finalement, Nicole et Pierre ont parlé eux aussi. Et quand enfin je me suis levé, fatigué mais détendu, j’ai senti la même détente chez tous les assistants. Et quand, sur le pas de la porte, j’ai dit : « Bonne nuit à tout le monde », je me suis entendu répondre par la mère : « Bonne nuit à vous, monsieur Estin. Passez le bonjour à madame Estin. » Il y avait dans ce « monsieur » de l’amitié et de la déférence, de l’affection et de la timidité. C’était bien plus que le « Docteur » habituel. C’était bien la première fois qu’un patient s’adressait ainsi à moi. J’avais l’impression qu’on m’avait décoré devant un front de troupe.

Dehors, la tempête s’était calmée. Le vent et la neige avaient effacé les traces des pneus que j’avais laissées deux heures auparavant. Je roulais tout doucement, un peu à cause de la route glissante, mais surtout à cause de mon état d’âme. Une paix intérieure régnait en moi, et j’avais peur que si je rentrais me coucher trop vite, il n’en resterait rien au matin.

J’essayais de remonter le fil de la conversation qui avait débuté lorsque sur la grande assiette il n’y avait plus eu qu’un peu de beurre et que chacun avait terminé son café. J’étais incapable de me rappeler comment j’avais réussi à faire parler tout ce monde. Mais ce qui était sûr, c’est que le plus facile avait été avec Pierre et Nicole. Pierre, c’était sur son fils aîné, dont il était si fier, sur les labeurs et les semailles qu’il allait entreprendre dès les premiers beaux jours. Nicole, de sa petite dernière qui, à peine sortie d’une laryngite, commençait une bronchite asthmatique. Il avait été convenu que Pierre et Nicole me l’amèneraient dès le surlendemain pour que « je lui passe une bonne visite générale ».

Pour moi, il m’importait de les faire venir tous deux à mon cabinet. Là, pendant que ma femme s’occuperait de la petite, je pourrais avoir avec eux une « vraie conversation » dans un cadre et devant un forum plus adéquats que la cuisine de la ferme et l’assemblée familiale.

Tout à coup, j’ai pris conscience que la seule à ne pas avoir parlé était la mère. Simplement, elle avait examiné attentivement, voire surveillé chaque interlocuteur. Son regard s’était fait plus aigu, plus inquiet quand c’était l’un des trois premiers rôles – Pierre, Nicole ou moi – qui prenait la parole. Elle n’avait eu qu’un seul mouvement d’impatience : quand son mari, « vieux Jean » – en

opposition à « petit Jean », le fils de Pierre – s’était mis à parler. Elle disait de lui qu’il n’était bon que pour le travail. Dans ses yeux, j’avais lu un encouragement permanent et, de temps en temps, elle m’avait attribué « un bon point ». Quelle femme admirable !

Pour le dimanche suivant, ma femme a reçu une belle oie.

Cette histoire, avec quelques mots de conclusion, pourrait se terminer là. Mais en réalité, elle a eu pour moi, jeune médecin de campagne, une suite qui a orienté toute ma philosophie professionnelle, toute ma façon d’envisager et d’orienter mon exercice de la médecine.

Pierre et Nicole sont venus me voir trois ou quatre fois en tout. Je les ai fait parler une petite heure à chaque fois. Il s’est avéré que Pierre soupçonnait sa femme depuis longtemps de le tromper, que Nicole se doutait que son mari la soupçonnait, et que, bien entendu, la mère n’ignorait rien de tout cela dès le début.

A partir de là, une série de faits curieux se sont produits : la petitoune a cessé de tousser, pour la première fois depuis sa naissance ; Nicole a cessé de souffrir d’insomnies ; la gastrite de Pierre s’est calmée ; l’hypertension de la mère s’est enfin stabilisée.

En revanche, la grande conversation avec toute la famille m’avait tellement perturbé que finalement, j’étais le seul à être traumatisé par cette histoire. Une série de questions m’assaillaient. J’y pensais surtout en conduisant. A tel point que de temps en temps, je faisais même un détour pour ne pas interrompre le fil de mes pensées. Certains faits, observés dans ma clientèle, me parurent soudain évidents. Ainsi, par exemple, pourquoi dans telle famille, le simple rhume d’une femme se terminait toujours par des migraines qu’elle baptisait « sinusites », et qui ne s’arrêtaient que le jour où débutait une entérite, qui, elle, se prolongeait par une colite spasmodique ? Qui plus est, chez les enfants de cette femme, les choses n’allaient pas simplement : le fils aîné avait des angoisses nocturnes et ne se calmait que lorsque les parents le prenaient dans leur lit. Il n’y avait que l’homme qui – en dehors de ses deux crises annuelles d’ulcère duodéal – était bien portant. Était-ce parce qu’il jouait aux cartes au café chaque soir jusqu’à une heure tardive, ou bien parce que le dimanche il partait à la pêche pour toute la journée ?

A la faculté de médecine, on ne m’avait pas appris que des coïncidences pareilles existaient, qu’il pouvait y avoir un lien entre des affections, diverses et variées, des membres d’une même famille. Encore moins comment les soigner et, si faire se pouvait, les guérir. Ces maladies, je me suis mis à les appeler empiriquement « interfamiliales ».

Je sentais que j'étais fait pour être médecin de famille, mais que je ne le serais pleinement que le jour où je saurais discerner d'une part dans quels cas l'aspirine, la digitaline, le gardénal et la pénicilline suffisaient à eux seul pour juguler la maladie ; d'autre part, dans quels cas ces quatre médicaments de base ne suffisaient pas, et qu'il fallait chercher la racine de la maladie, ou des maladies, dans l'environnement du patient, dans l'éducation qu'il avait reçue, dans ses conditions de vie.

Et si tout mon raisonnement était faux ? Il fallait que je sache ! Comment ? Où ? J'en étais arrivé à un point où « Tout est peut-être vrai, mais rien n'est sûr³ ».

« Monté » un jour à Paris, je rentrai dans « mes terres » avec une quinzaine de livres, tout ce que j'avais trouvé chez Le François et Maloine⁴ sur la psychiatrie et la psychologie de l'enfant, de l'adulte, de la famille. Plein de courage et de curiosité, je m'attaquai à ces centaines de pages, écrites par de très éminents spécialistes. Rapidement, trop rapidement peut-être, malgré toute ma bonne volonté et mon désir d'apprendre, je déclarai forfait : c'était compliqué, embrouillé, incompréhensible. Chaque auteur contredisait son collègue, chacun désignait les mêmes choses par des noms différents, ou au contraire appelait des choses différentes par le même nom. J'abandonnai tout, et du coup, j'eus de nouveau le temps de lire *Le Monde*.

Un soir pourtant, où le programme de télévision était vraiment par trop insipide, je décidai de faire un ultime essai. Parmi deux ou trois livres que je n'avais pas ouverts, il y en avait un petit. Une fois sa lecture commencée, je ne me suis pas arrêté avant la dernière page.

Ce fut la grande découverte. Exactement ce que, confusément, en tâtonnant, j'essayais de saisir ! C'est ainsi que *Techniques psychothérapeutiques en médecine* de Balint devint mon livre de chevet. En lisant et relisant cette merveille, je réalisai pourquoi je n'avais rien compris à tous les traités de psychiatrie. Je n'aspirais point à devenir psychiatre ; ce que je cherchais, c'était une explication claire, nette, simple, avec des exemples à l'appui, de ce qu'était la médecine psychosomatique.

Ainsi, sur une vingtaine d'années, j'ai essayé de me frayer un chemin dans l'exercice de ma profession. Dans ma campagne d'abord, pendant dix ans dans la banlieue parisienne et ensuite pendant les premières années de mon travail au kibboutz en Israël. Un chemin dur et sinueux, semé d'embûches. Pris entre mes connaissances, ma conscience professionnelle, mon expérience des

³ Pierre Viansson Ponté, *Le Monde* du 24 novembre 1976 (article sur André Malraux).

⁴ Librairie médicale située rue de l'École de Médecine, juste à côté de la Faculté.

situations vécues, mais aussi mes échecs, j'avancais lentement. Pourtant, je me suis peu à peu rendu à l'évidence sur plusieurs points.

1. Premièrement, la catégorie de malades considérée comme « les enquiquineurs » – les *noudnikim* comme on dit en Israël –, est une pure invention des médecins. Ceux que nous, médecins, appelons ainsi sont des gens qui souffrent, qui viennent nous voir parce qu'ils ont besoin d'aide mais n'osent pas, ne veulent pas ou ne savent pas définir exactement ce qui les inquiète et les tourmente. Par son attitude, son comportement, son impatience qui devient vite de l'agressivité, le médecin aggrave leur cas. Ce n'est pas une analyse de laboratoire complémentaire ni la dernière spécialité sortie qui va résoudre leur problème.

Il m'est apparu personnellement que j'étais vis-à-vis du malade dans la même intolérance quand je ne savais pas comment l'aider, le soulager. Et notamment quand j'étais incapable de faire un diagnostic précis en mettant un nom exact sur le syndrome présenté, comportant automatiquement un traitement adéquat.

2. Ensuite, j'ai acquis la conviction que quel que soit l'endroit où l'on exerce (campagne, ville, kibboutz), quelles que soient les conditions de cet exercice (médecine libérale, médecine du travail), quel que soit le genre de population qu'on a à soigner (paysans, ouvriers, « cadres », P.D.G., nouveaux immigrants, *kibboutznikim*), on peut faire de la médecine familiale. Je dirais même plus : toute forme d'exercice qui ne tient pas compte de l'ensemble de la famille, de l'environnement, des conditions sociales du patient est fragmentaire, inachevée. L'admirable Dr André Monod, qui après quarante ans d'exercice prenait une retraite bien méritée et à qui j'ai succédé à Courbevoie, m'a dit en partant : « Nous sommes restés ensemble quinze jours, je vois que vous réussirez. Mais que le succès ne vous grise pas ; ne vous laissez jamais aller à faire une médecine facile, une "médecine d'eunuque". Allez toujours au fond des choses. » Un abrégé imagé, concis, et qui en somme résume si justement tout le problème.

En aucune façon je n'accepte l'argument, avancé par un confrère exerçant dans un dispensaire urbain [en Israël], de la pression de la salle d'attente, qui, dit-il, ne lui permet pas de passer plus de cinq minutes avec un patient. L'expérience prouve que quand on a le courage de consacrer, s'il le faut, vingt minutes à l'examen d'un patient, il sortira de votre cabinet satisfait, rassuré, *soigné*. Il n'éprouvera pas le besoin de revenir vous voir au bout de quelques jours. Ainsi, à la satisfaction réciproque, vous ne lui consacrerez que vingt minutes dans un mois au lieu de cinq minutes deux fois par semaine – et dans ce dernier cas, il sera tout le mois mécontent, inquiet, et le plus souvent, mal soigné.

3. Enfin, chaque fois que nous soupçonnons une composante psychosomatique dans le syndrome présenté par le patient, nous devons en tenir le plus grand compte et nous n'avons pas le droit de soigner le signe ou le syndrome apparent, qui, en réalité, est comme la pointe émergée de l'iceberg. Ne pas chercher à approfondir, à « disséquer » la réalité, revient à prescrire un traitement symptomatique. Faisons notre *mea culpa*, nous sommes nombreux, hélas, pour des raisons diverses et variées que nous nous donnons pour justifiées, à nous contenter d'un tel traitement – et je me mets dans le lot, comme je le disais à propos des soi-disant enquiquineurs.

Je suis arrivé à la conclusion qu'il fallait en pareil cas faire parler le patient. L'accès à la parole est en lui-même un début de traitement. Ensuite, c'était à moi de « pêcher » dans le récit du patient les points intéressants, les faits caractéristiques et significatifs pour les rattacher à ses symptômes.

Cependant, cela impliquait deux impératifs. Tout d'abord, éviter à tout prix de me lancer inconsidérément dans une psychanalyse sauvage, risquant de causer des dommages considérables. Ce qui, à son tour supposait de savoir me situer moi-même par rapport au patient, analyser, contrôler et diriger mes réactions. En trouvant les causes et en prévoyant mes réactions spontanées, peut-être pouvais déjà arriver à résoudre le problème de mon patient ?...

Dans cette épreuve continuelle et souvent pénible pour quelqu'un qui n'avait pas reçu la formation nécessaire, il arrivait un moment où j'étais incapable d'avancer. Je butais sur un obstacle que j'étais incapable de franchir, et le pire, sans pouvoir délimiter ses contours exacts, définir sa nature réelle. Entre le manque de technique dans la conduite d'une conversation à but thérapeutique, la peur de nuire au malade par une interprétation hautement subjective, et la crainte de ne pas pouvoir me situer dans tout ce magma, j'avais envie d'appeler à l'aide : « Tendez-moi donc une main secourable, que je puisse avancer, éclairez-moi dans la route à suivre. » Mais j'étais seul⁵.

⁵ C'est ainsi que se terminait l'article. Or, le texte ne mentionne pas « le syndrome de la poignée de la porte » auquel le titre faisait allusion. Il s'agit probablement d'un phénomène observé par toutes sortes de personnes qui pratiquent la relation d'aide : c'est au dernier moment, juste avant de ressortir du cabinet ou du bureau où elle a été reçue, que la personne dit ce qu'elle avait d'essentiel sur le cœur, et que la séance aura contribué à faire émerger des profondeurs.

Si Abraham Estin n'a pas développé cette dernière étape, qui devait faire suite à la révélation de la médecine psychosomatique, c'est sans doute parce qu'en écrivant il est resté rivé au point d'orgue douloureux de la solitude. Nous n'avons pas eu l'occasion de discuter ensemble de ce texte, écrit en novembre 1976 et que j'ai découvert en triant ses papiers en vue de la création du site. (Note de Colette-Rebecca Estin)