

Poursuivre le chemin

Patrice Muller, le directeur de publication de *Pratiques*, notre ami et compagnon de route, est décédé.

Il faisait partie des fondateurs de la revue et en était un animateur et coordinateur toujours présent et à l'écoute. Il avait la profonde conviction qu'il fallait construire une société plus solidaire et savait allier analyse critique et propositions.

C'est pour nous tous et pour *Pratiques* une perte immense, mais sa pensée nous accompagne pour continuer le chemin commencé ensemble.

Ce chemin, c'est celui de la lutte pour un système de santé solidaire

La forte mobilisation qui a suivi l'annonce des mesures de restriction sur les ALD fin juin a obligé le directeur de l'Assurance maladie et le gouvernement à un repli stratégique¹.

Mais à l'automne seront votées la loi « Santé-patients-territoires », puis celle de financement de la Sécurité sociale dont les conséquences seront redoutables pour l'accès aux soins : étranglement budgétaire de l'hôpital public et transfert des activités au privé, baisse de la part des soins remboursée par l'Assurance maladie (franchises, remise en cause des Affections de Longue durée), généralisation des dépassements d'honoraires avec le secteur « optionnel », recours au secteur assurantiel pour la prise en charge de la dépendance...

Pratiques se fait dans ce numéro l'écho de la lutte contre les franchises. Dans les suites de sa très sérieuse pétition « Un arrêt de travail pour le gouvernement »², la revue vient de lancer avec le Syndicat de la Médecine Générale une enquête pour repérer et dénoncer les problèmes d'accès aux soins des patients³.

Ce chemin c'est celui qui aboutit aux « maisons de santé de proximité »

Le concept de « maisons de santé pluridisciplinaires » a le vent en poupe. Mais de quel travail pluridisciplinaire parle-t-on ? Dans ce numéro sur « Les couples infernaux », *Pratiques* apporte un autre éclairage sur les conditions d'un travail permettant le soin : sortir de l'isolement, des problèmes hiérarchiques, de la logique comptable ; donner de la valeur au collectif, à l'échange, à la fonction d'accueil.

Alors de quelles maisons de santé s'agit-il ?

Ces maisons de santé ne doivent pas être des opérations immobilières ou des cabinets de soins privés sélectionnant les patients par l'argent. Elles doivent être des lieux de soins accessibles à tous, des lieux de prévention, d'information sur la santé, de formation et de recherche, des lieux de santé communautaire et de travail coopératif des soignants.

Ensemble, professionnels comme chaque citoyen, tous ceux qui partagent la vision du soin et de la santé que nous défendons à *Pratiques*, nous pouvons empêcher la destruction de la protection sociale et renforcer un système de santé fondé sur la solidarité.

1. Voir l'éditorial sur le site de *Pratiques* : <http://www.pratiques.fr/Edito-Un-arret-de-travail-pour.html>.

2. Pour défendre l'outil thérapeutique qu'est l'arrêt de travail : signez la pétition sur le site de *Pratiques* : <http://www.pratiques.fr/Un-arret-de-travail-pour-Sarko-et.html>

3. Voir le site du Syndicat de la Médecine Générale : <http://www.smg-pratiques.info/Difficulte-d-acces-aux-soins.html>

13 **Au-delà des images idylliques, les difficultés des tandems professionnels.**

14 **1. Une conjugalité obligée ou des mariages mal arrangés**

15 Chandra Covindassamy

Vous avez dit couple infernal ?

Réflexion d'un psychanalyste autour de définitions du couple et tensions de cette relation dans le domaine de la santé.

17 Pierre Volovitch

Poussez ma p'tite

18 Julie Lorrain

Ma main est plus fine

Une jeune sage-femme témoigne des difficultés de relations avec les médecins et les cadres.

19 Martine Lalande

Médecin ou infirmière : pas de passerelle

20 Monique Fontaine

Du rififi à la PMI

Un médecin qui travaille en PMI et au Conseil Général soulève la question de la légitimité dans les rapports hiérarchiques entre médecins et infirmiers.

21 Martine Lalande

Le droit à la galère

Un médecin généraliste raconte ses relations difficiles avec les assistantes sociales.

22 Yann Faure

Une bataille de champs

Un sociologue enquêtant au bloc opératoire observe la « guerre » entre anesthésistes et chirurgiens.

27 Pascale Molinier

Sexisme, rapport de force et hiérarchie

Une analyse en psychologie du travail des relations entre chirurgiens (chirurgiennes) et infirmières et entre infirmières et aides-soignantes.

32 Didier Morizot

Si on reste ensemble, c'est pour les enfants

La saga des couples infernaux, médecin, assureur, urgentiste, psychiatre : l'hôpital en pleine crise.

35 **2. Les raisons de la discorde**

36 Philippe Bencteux

Les infirmières se pensent-elles ?

A partir de son expérience, un cadre infirmier s'interroge sur les conditions d'épanouissement professionnel des infirmières.

38 Pierre Volovitch

Restons à notre place

Infirmier et médecin anesthésiste entre hiérarchie et sentiment d'infériorité.

39 Patrice Bacchetta

La confiance, un gage de qualité

Le kinésithérapeute a besoin d'établir des liens de confiance avec les médecins prescripteurs.

40 Philippe Lorrain

« Vous, docteur »

Infirmières et médecins, éloignés par leurs études, se retrouvent au lit du malade.

42 Jean-Pierre Peter

Quittes, ou doubles ?

Un historien de la médecine analyse le rôle des contextes politiques et religieux dans les relations professionnelles.

45 Martine Lalande et Rémy Gremaud

Nouvelles fables pour vieux concept

Qu'est-ce qui fait l'intérêt des téléspectateurs pour les séries médicales américaines ?

47 Didier Ménard

L'union fait la discorde

Magali Portier

Bobologues et consorts

Sylvie Simon

L'indifférence

49 Bénédicte Foucher

Liberté sous contrainte

Les infirmières libérales entre différenciation et assimilation aux médecins.

52 Christiane Voltaire

Infernal

Une réflexion philosophique sur les multiples contradictions dont l'Etat libéral est le lieu, générant les couples infernaux.

55 3. Sortir du schéma conflictuel

- 56 Michel Lecarpentier
Au carrefour du vivant et de l'existant
Un psychiatre montre comment les contraintes administratives peuvent provoquer le passage à l'acte de patients fragiles.
- 58 Patrick Dubreil
Une équipe soudée
Un médecin se souvient avec émotion d'une collaboration chaleureuse avec toute l'équipe dans un service de soins de suite.
- 59 Sylvie Simon
Partager
- 60 Magali Portier
Tous à table
Didier Ménard
De l'apprentissage par les patients
- 61 Entretien avec Jean Oury
Question d'ambiance
Un entretien avec le fondateur de la clinique de La Borde qui redonne envie d'inventer.
- 64 Martine Lalande
Les centres d'IVG, des oasis ?
L'apprentissage par la pratique militante.
- 65 Alain Dequirot
Un mariage de raison
Médecin-directeur, ou comment résoudre le conflit entre médecine et administration.
- 66 Yann Bourgueil
Qui va nous soigner demain ?
Un médecin de santé publique envisage d'autres modes d'organisation des soins primaires en France.
- 70 Anne Perraut Soliveres
Un divorce à l'amiable
La collaboration de l'infirmière et du médecin pourrait se développer harmonieusement à condition de les distinguer.

4 HOMMAGE À PATRICE MULLER

Témoignages de Didier Ménard et autres...

8 Nouvelles de la diffusion

9 Courrier des lecteurs

IDÉES

10 Entretien avec Christian Lehmann

ACTU

Marie Kayser

73 **La pauvreté s'intensifie, l'accès aux droits fondamentaux recule**
Plus de cancers pour les populations voisines des incinérateurs

74 **En Allemagne : une médecine à deux vitesses**

Les plus riches sont moins malades et mieux protégés

75 **Non à l'« information-patient » au service des firmes pharmaceutiques**

Pénurie d'enseignants pour la Filière Universitaire de Médecine Générale

76 **Retraites : les femmes paient le prix fort**

Risques professionnels : les femmes sont-elles à l'abri ?

Hélène Franco

77 **Atteintes au secret professionnel des travailleurs sociaux : comment résister ?**

Martine Devries

78 **Médicaments en libre-service en pharmacie**

ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Pierre Volovitch

79 **Le rapport Attali et la « santé »**

ACCÈS AUX SOINS

Philippe Foucras

81 **Le rendez-vous, un obstacle**

CLINIQUE

Isabelle Canil

83 **Grand Fred**

DÉBAT

Jean-Pierre Lellouche, Françoise Ducos et Jacques Richaud

85 **Débat sur l'euthanasie**

DU CÔTÉ DES PATIENTS

Dominique Prime

87 **La porte ouverte**

REVUE DES REVUES

Jean-Pierre Lellouche

89 **Garder l'esprit critique ; La médecine, une science ; Conflit d'intérêt et relecture ; Humilité narrative**

NOUS AVONS LU POUR VOUS

92 Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir, comme *Précis de médecine imaginaire*, *Le journal de l'Allemand* ou *L'hôpital ou le théâtre des opérations*.



Hommage à Patrice Muller

*« Il est des êtres beaux comme un matin du monde
Des êtres déchirants comme un amour enfui
Ils passent lumineux sur nos vies moribondes
Comme un jour qui se lève éteint la veille nuit »**

Nous savions que nous aurions un jour à écrire ces lignes. La maladie de Patrice nous imposait l'insupportable désespoir devant l'impuissance à vaincre la tumeur. Il allait partir et chacune de nos rencontres nous rapprochaient de ce jour où nous devrions écrire cet hommage à celui qui faisait vivre notre revue *Pratiques*. L'histoire de *Pratiques*, les cahiers de la médecine utopique se confond avec l'histoire de l'engagement de Patrice pour défendre au plus haut cette médecine qu'il fabriquait au quotidien dans son cabinet du Plessis-Robinson. Nous nous sommes tous rencontrés, anciens et nouveaux, sur cette espérance que nous pouvions ensemble faire l'éloge de cette pratique du soin qui redonne toute son humanité à celui qui souffre. Patrice a forgé la revue, tel un artisan qui remet sur le métier son ouvrage, il nous a convaincus que la défense de nos idées valait bien ce travail méticuleux, rigoureux, sans jamais rien imposer il a su nous faire partager son enthousiasme à porter sur le champ du politique la question de la santé.

J'ai relu pour écrire ces phrases tous les témoignages que nous avons reçus à la revue. Ces pages et ces pages de condoléances nous submergent de tristesse et les larmes brouillent la vue. Tous ceux qui ont partagé sa vie de militant le décrivent comme un être qui avait le don de vous entraîner dans les luttes sans jamais avoir besoin de vous prendre la main. Chacun décrit avec ses mots cette très belle interrogation formulée par Jean-Louis Gross : « Comment pouvait-il occuper une telle place sans jamais la prendre ? ». Chacun veut se rappeler sa gentillesse, son humour, ses formules si drôles qu'elles permettaient de faire de la dérision notre soupape de sécurité face aux risques du narcissisme collectif. Bien évidemment, nous profitions pendant les comités de rédaction de sa lucidité et de ses doutes qu'il savait conjuguer comme une nécessaire contrainte à l'élaboration du contenu de la revue. Il nous a appris à aller cher-

cher chez l'autre la connaissance qui nous semblait utile pour éclairer le point de vue que nous voulions défendre dans le dossier à paraître dans le prochain *Pratiques*. Combien de fous rires libérateurs et thérapeutiques avons-nous eu ensemble quand il fallait trouver les thèmes des prochains numéros ? Tout cela c'était Patrice. Il portait ces convictions non pas comme un étendard, mais comme une musique qui vous envahit et ne vous lâche plus. Il était plus chef d'orchestre que soliste. Il était ce militant pour qui, comme le rappelle Jean Hauchecorne, « les idées ne sont pas faites pour être pensées, mais pour être vécues ». Car il fallait le suivre, le Patrice, ce qui n'était pas toujours facile tant sa disponibilité pour être auprès de ceux qui souffrent était constante. Philippe Lorrain se souvient de leur place aux côtés des grévistes de la faim de Cachan et comme il le dit, le chemin était contraignant mais tellement beau, de cette beauté qui résonne encore en nous lorsque l'un de ces grévistes est venu au cimetière pleurer son frère.

Je connaissais son talent à savoir exprimer quel que soit le lieu, le public, les idées que nous défendions pour passer du soin à la santé. Que cela soit devant des milliers de personnes ou devant un aréopage d'experts, il trouvait les mots justes qui forçaient le respect que l'on doit à ceux qui allient la pratique de la médecine générale à la construction des concepts qui décrivent cette pratique.

La discrétion était sa manière d'être, mais à lire tous ces témoignages, je me rends compte que cette discrétion laissait partout où il passait un souvenir chaleureux de celui qui sait être attentif aux autres et qui sait, tout en défendant avec opiniâtreté ses idées, écouter celle des autres. Sa sensibilité, sa gentillesse, son intelligence le décrivent dans tous ces petits mots de condoléances. Ses patients le remercient pour tout ce qu'il faisait pour eux, pour cet accompagnement dans



les moments douloureux de leurs vies, quel bonheur d'avoir un médecin sur qui compter, se plaisent-ils à écrire.

Dans le monde de la santé, avec le Syndicat de la Médecine et la revue *Pratiques*, il défricha des espaces inconnus de la majorité des soignants, il proposa des changements. Comment nommer les associations dont il a partagé activement les combats ? Dans la bataille contre l'Ordre des médecins, pour la contraception et l'avortement, pour la prise en charge des patients toxicomanes, pour le travail en réseau, pour un autre partage du savoir médical, notamment avec Act Up, pour une prise en compte des questions de santé au travail ou d'environnement avec des associations comme Alert, l'Andeva, etc., pour une autre conception de l'expertise comme l'association GEL (Génétique et Libertés) ou Sciences citoyennes, pour l'accès aux soins avec des associations depuis Attac, le collectif « notre santé n'est pas une marchandise » au collectif contre les franchises, pour la défense des libertés individuelles au sein de Délis, ou la défense des personnes étrangères sans-papiers. Il a su défendre une conception de la médecine, indépendante de l'industrie pharmaceutique au sein d'associations comme la SFTG, la revue *Prescrire* ou le collectif « Europe et médicaments ». Comme tous les précurseurs, il eut le tort de savoir ce qu'il était souhaitable de faire avant les autres. Ses batailles d'hier sont les transformations d'aujourd'hui. Les jeunes médecins qui travailleront demain dans des maisons de santé, qui pourront soigner de façon plus juste, qui seront mieux formés, qui seront plus en phase avec les besoins de la population, savent-ils que c'est grâce à des médecins comme Patrice que tout cela a pu se concevoir ? Etre minoritaire aujourd'hui n'est pas un problème, si nos idées deviennent le moteur du changement de demain, se plaisait-il à nous dire. Il avait raison, il était plein d'espoir.

Pierre Volovitch s'interroge sur cette impression particulière qu'il a rencontré quand il est arrivé au sein du Syndicat de la Médecine Générale. En militant d'expérience, il se demandait quelle était la nature de cette ambiance particulière dans ce groupe de militants. Il découvrit que cela était dû à l'absence de lutte de pouvoir.

Pierre Volovitch : « Oui, sans doute, on va me dire que je suis naïf, des enjeux de pouvoir, il y en avait sans doute, mais ils n'étaient pas premiers, ils ne bouffaient pas tout. Et ça donnait un lieu chaleureux et humain où penser et réfléchir reprenait du sens » Cette réalité, nous la devons en partie à Patrice.

Nous sommes tous en deuil à la revue *Pratiques* et au Syndicat de la Médecine Générale. Mais nous sentons sourdre au fond de notre tristesse, cette puissante force qui est l'héritage de Patrice. Comment pourrions-nous baisser les bras aujourd'hui, comment pourrions-nous, devant la montée des injustices, des inégalités sociales, abandonner ce combat, qui fut le sien ? Tous, vous avez voulu nous dire qu'il fallait continuer le combat, que le plus bel hommage rendu à Patrice était de faire vivre ses idées. Nous en sommes convaincus.

Cette alchimie indéfinissable qui mélange l'amitié, la complicité, l'admiration, la connivence, le partage du doute, et l'incroyable envie de changer le monde étaient ce qui m'unissait à Patrice. J'ai la rage de ne plus l'entendre, j'ai la rage de ne plus pouvoir lui demander son avis, j'ai la rage de ne plus partager avec lui l'observation des étoiles comme nous le faisons en Ardèche. Mais cette rage nourrira pour longtemps l'engagement à faire vivre notre espérance de construire un autre monde.

Et quand je regarderai Vega, je penserai à mon ami Patrice. ■

Didier Ménard

*« Puis ils s'en vont portant l'aube comme un diadème
Vous restez éblouis croyant encore les voir
Sachant que jamais plus vous ne serez le même
Même si vous ne devez plus jamais les revoir »**

* Gilles Servat

Hommage à Patrice Muller

Témoignages

... ce mélange incroyable de très grande détermination et de très grande délicatesse qui caractérisait Patrice.

Christiane Vollaire, philosophe

... Patrice, indispensable et irremplaçable, écoutant comme pas un, prenant la parole après tous, mais au bon moment et avec juste les mots justes. Patrice, et les yeux qui pétillent...

Anne-Marie Pabois, médecin généraliste

Patrice a fait partie des militants que je voyais rarement, mais avec qui j'avais la conviction de partager dans de multiples combats... Oui, il vous et nous manquera à tous, tout en sachant que la mémoire de ce qu'il a donné est inscrite à jamais dans l'histoire du SMG et toute l'énergie déployée pour que le droit à la santé perdure au milieu des vicissitudes des temps actuels.

Annie Thébaud-Mony, sociologue, EHES, spécialiste des questions de santé au travail

Patrice, j'ai toujours été sensible à sa tranquille façon d'être, sa réserve, ses yeux pétillants et vifs, l'attention qu'il savait porter à l'autre, son talent d'animateur du syndicat et de la revue, sa vivacité d'esprit et d'analyse, sa façon d'avancer ses arguments politiques sans dogmatisme, sans placage idéologique tout formaté.

Paul Machto, ancien Président de l'Union Syndicale de la Psychiatrie.

Je me souviens de Patrice en rôle de procureur au « procès de la vache folle », aux Journées de printemps en Bretagne. Je me souviens de cette organisation « à l'arrachée », de nos joies à présenter ce spectacle quasi improvisé. Je me souviens de nos rires, sur un sujet si grave.

Sylvie Cognard, médecin généraliste

Patrice, cette voix douce, généreuse, rassurante mais également convaincante et décidée quand il le fallait, sa tolérance, sa richesse d'esprit et sa modestie, qui permettaient à chacun de donner plus qu'il ne l'aurait pensé.

Dominique Tavé, médecin généraliste

Patrice, cet homme en effet exceptionnel dans sa simplicité et son amitié.

Bruno Lombard, *Le Monde diplomatique*

Patrice Muller était un homme rayonnant d'intelligence et d'humanité. Il incarnait à mes yeux le médecin dont tous les patients peuvent rêver. Ce n'est pas ainsi que je l'avais connu, mais en tant que militant, au très beau sens du mot, de votre revue *Pratiques* dont nous apprécions tant le projet et les combats.

Tù-Tâm Nguyễn, Responsable de la Cité de la santé Bibliothèque de la Cité des sciences et de l'industrie (BSI)

Patrice, quel homme généreux, quel combattant c'était... Vif, jamais dogmatique, droit, digne d'affection et d'admiration, sans aucune forfanterie. Je garde le souvenir de sa vivacité d'esprit, de sa capacité à prendre en compte la complexité des situations humaines et politiques sans renoncer à ses « fondamentaux ».

Christian Lehmann, médecin généraliste, porte-parole du collectif contre les franchises

Patrice n'était ni un ingénu ni un militant agité, mais un ouvrier du rêve, qui voulait tranquillement, obstinément changer le monde. Il nous faisait croire sans la moindre difficulté que nous pouvions y arriver tous ensemble.

Noëlle Lasne, ancienne responsable de la mission France MSF, médecin du travail

Et Patrice, à chaque fois malgré les moyens humains faibles, mais avec une foi en l'homme énorme, a su nous convaincre, nous dynamiser. Il n'était pas un leader, non, mais un homme, qui avait confiance en l'homme et cela me rendait moi aussi confiant en moi. Cela confortait mes convictions. Oui, avec toi Patrice, j'avais envie

Christian Bonnaud, médecin généraliste

Nous avions, au Snes et à la FSU, beaucoup appris de Patrice et avons depuis lors un autre regard sur la médecine, celle qu'elle devrait être.

Elizabeth Labaye, Secrétaire nationale du SNES, responsable de la santé et la protection sociale à la FSU

Pour moi aussi Patrice était quelqu'un de très important de par son extraordinaire bienveillance et écoute et de par son inébranlable conviction que le monde devait changer, pouvait changer.

Marie Kayser, médecin généraliste

Comment, en effet, croire qu'il puisse rester le même, ce Patrice, lorsqu'on le voyait développer tant de facettes contradictoires : l'homme accueillant et en colère, généreux et rigoureux, sérieux et souriant ? Un jour, j'ai demandé à Patrice : mais comment diable vous êtes-vous lancés dans une telle entreprise, la création de *Pratiques*, peut-être à peine sortis de vos études, les uns et les autres ? Il m'a répondu : « Nous étions en colère ».

Lucien Farhi, responsable de gestion de la revue

Patrice, un camarade qui savait allier les engagements humains et une très fine analyse syndicale et politique. Il nous a beaucoup appris.

Olivier Boitard, Union Syndicale de la Psychiatrie

J'ai travaillé avec Patrice sur Cachan au moment de la révolte des 1 000. On s'occupait alors des enfants et des grévistes de la faim. Il m'a beaucoup appris avec trois fois rien de discours, trois fois rien mais beaucoup de talent, de douceur et d'intelligence. Il y a des croisements de regards qui ne trompent pas et qui vous restent dans le cœur profondément.

Marc Bonnet, Cachan

Patrice Muller, un des maîtres de stage de Paris XI parmi les plus estimés, respectés et admirés des étudiants, mais aussi des collègues qui ont eu la chance de travailler avec lui.

Mireille Becchio, professeure associée de médecine générale URF PARIS XI

Patrice, son enthousiasme soutenu par sa conviction que nous pouvons tous, individuellement et collectivement, mener des combats pour un système de santé plus solidaire et plus juste.

Annie Deveaux, Présidente de l'a-SMT

J'ai le sentiment de perdre un ami très cher, qui nous manquera à la veille d'un combat décisif contre les forces de l'argent.

André Cicollela, toxicologue, responsable de l'association sciences citoyennes

Il est pour moi l'exemple de l'honnête homme, son intelligence et sa sensibilité furent toujours au service des autres. Je garde en moi son amitié et le souvenir des luttes communes. Nous partageons la volonté d'unir les médecins pour un meilleur système de santé.

Frédéric Pain, urgentiste

Les membres du collectif Delis ont appris avec tristesse la mort de Patrice ; il avait su au fil des années mettre son intelligence de l'action collective, mais aussi sa passion et sa chaleur au service de la cause des droits de l'Homme et de la protection des libertés individuelles. Cette disparition laisse un grand vide.

Les amis de Patrice au sein du collectif DELIS :

Monique Hérold, Annie Marcheix, Gilles Hebbrecht, Paul Jacquin, Pierre Suesser, Alain Weber

Je me souviens de Patrice lors d'un tournage, un soir d'hiver au mois de février lorsque après sa journée de travail au cabinet et dans le réseau, il avait pris la parole au Zénith de Paris, devant plus de 5 000 personnes pour défendre, une fois de plus, une certaine conception de la médecine, de la santé et de la Sécu. Et avec sa voix douce il avait dit : « Il y a le feu dans la maison, dans notre médecine, on s'attaque à l'hôpital public, on dérembourse les médicaments, on ouvre une autoroute pour les assurances complémentaires pour faire de l'argent avec la médecine et le soin, il y a urgence à réagir ensemble. » Les mots étaient simples, sans grandiloquence, sans effet de manches, mais si justes, si percutants, si vrais. Le public avait apprécié et sûrement compris des choses que ses phrases venaient de mettre en lumière. Puis ensuite, tranquillement, discrètement, il était reparti dans la nuit et le froid, il avait encore des choses à faire chez lui avant de se coucher et de reprendre le travail le lendemain matin.

Jean Marc Surcin, cinéaste

Patrice était ouvert, bienveillant, généreux, avec de fortes convictions qu'il avait ancrées dans sa vie de soignant, comme vous tous au Syndicat de la Médecine Générale.

Annick Flageollet, collectif la santé n'est pas une marchandise

L'événement marquant depuis notre dernière livraison aura été le lancement de notre pétition : « Un arrêt de travail pour Sarko et son gouvernement ! »¹. Franc succès à notre modeste échelle : 2 100 signatures rassemblées, notamment grâce à la publicité faite par l'excellent article paru dans le Contre-journal de *Libération* et 12 000 visites enregistrées pour la pétition sur le site. Nous reproduisons ci-dessous le communiqué du Collectif des Médecins du Travail de Bourg-en-Bresse qui a bien voulu accompagner cette initiative :

« Forts de nos constats, faits auprès des salariés, de l'immense coût humain qu'ils ont à payer face à un travail massivement dégradé, face à une fréquente sous-prise en charge de leurs problèmes de santé dans un contexte de fort soupçon ambiant de la société vis-à-vis des malades, nous avons rapidement relayé l'appel du SMG : notre mission nous confère le devoir d'alerte sur cette menace qui pèse lourdement sur ce qui donnait, jusqu'à présent, à la personne malade une minimale prise en charge en indemnités journalières. Et si la pétition, dans un mode un peu inhabituel, a pu conscientiser un grand nombre de person-

nes en pointant à sa juste mesure l'extrême danger d'une telle réforme, nous en sommes satisfaits.

Dans le même temps, nous restons soucieux que l'état d'alerte soit maintenu au niveau que requiert la gravité d'une telle atteinte à la qualité de la prise en charge et au droit pour les malades et les médecins d'avoir accès à ce nécessaire aspect central des soins qu'est le repos. L'exigence de vérité est toujours, plus que jamais, nécessaire vis-à-vis de l'extraordinaire mensonge qui est à l'œuvre, faisant peser sur les malades et les soupçons d'abus et la responsabilité du déficit de la Sécurité sociale. »

Le Collectif des Médecins du travail de Bourg-en-Bresse

Bien évidemment, *Pratiques* s'associe en tous points à ce communiqué. Comme certains d'entre nos lecteurs le savent, par ailleurs, la revue, soutenant en cela le Syndicat de la Médecine Générale, a fait parvenir aux signataires de la pétition un questionnaire élargissant le débat à l'ensemble des difficultés d'accès aux soins, créées par la politique de nos dirigeants actuels. Nous vous ferons part, dans notre prochaine livraison, des résultats de cette enquête.

Ci-dessous, quelques informations sur la pétition.

Par professions, les signataires se répartissent de la manière suivante :

Universitaires, étudiants	408
Techniciens, employés, ouvriers, fonctionnaires	345
Retraités	308
Divers	303
Cadres et professions tertiaires	293
Médecins, kinés	149
Infirmier(e)s et autres personnels de santé	79
Travailleurs sociaux	77
Travailleurs indépendants	53
Chômeurs	42
Psychologues, psychanalystes, psychothérapeutes	33
Total (toutes catégories confondues)	2 090

L'appel a donc touché toutes les couches de la population, soignants ou non, y compris les travailleurs indépendants : la solidarité n'est pas encore chose morte, en dépit des efforts en ce sens de ses contempteurs !

1. www.pratiques.fr/Un-arret-de-travail-pour-Sarko-et.html

Pour le reste, quels sont les faits notables ?

- Tout d'abord, *Pratiques* s'achemine vers un second exercice équilibré, mais les effets de l'inflation qui se font sentir sur nos coûts fragilisent ce résultat et rendent d'autant plus nécessaire le dépassement du **palier de 1 000 abonnements**, atteint l'an passé.
- Notre **site Internet** commence à jouer un rôle important : on l'a vu pour la pétition diffusée exclusivement par ce canal ; on le constate à présent sur nos ventes : 40 % de nos ventes au numéro s'effectuent désormais par son entremise et près de 30 % des nouveaux abonnés en proviennent !
- L'initiative que nous avons prise de mettre en vente sur le site les **numéros épuisés** en format .pdf a rencontré un large succès. Nous réfléchissons à de nouvelles initiatives en ce domaine, à mettre en place pour la rentrée.
- Notre campagne auprès des **généralistes enseignants** possédant une adresse électronique a porté ses fruits : près de 20 % des nouveaux abonnés en émanent ! A la rentrée, elle sera relayée par une campagne par voie postale.
- *Pratiques* va accroître sa **distribution à l'étranger** en bénéficiant du réseau UNIPRESSE : vous trouverez désormais votre revue préférée dans les foires-expo, les locaux de l'Alliance Française et tous autres hauts lieux de diffusion de la culture française, du Laos à l'Equateur, de l'Europe de l'Est à l'ensemble du continent africain...

Les tarifs

Nos tarifs d'abonnement, restés inchangés sur deux ans, vont être réajustés. Ils passent à partir du 1er octobre de 55 à 57 €, pour le tarif général, de 35 à 37 € pour le tarif réduit. Cette augmentation est nettement inférieure à l'inflation sur la période : elle témoigne de l'engagement de *Pratiques* à continuer à comprimer ses coûts et répondre ainsi au soutien de ses lecteurs par davantage encore d'efficacité.

Le parrainage

Mention spéciale : nous lui devons en bonne partie notre redressement de l'an passé et l'on constate des taux de réabonnement conséquents de la part des lecteurs parrainés. Néanmoins, le rythme, soutenu jusqu'ici, a fléchi depuis le mois de mai.

Accentuez votre effort : parrainez des jeunes, vos proches, vos stagiaires !

Il y a nécessité absolue que de jeunes soignants, non seulement lisent, mais participent activement à la vie de la revue, y écrivent, témoignent, diffusent les critiques et propositions portées par *Pratiques*, y compris dans la grande presse et autres media. Votre parrainage constitue le plus puissant des leviers pour atteindre ce but.

Courrier des lecteurs

■ A propos de l'article de Pierre Volovitch sur le financement de l'hôpital et la T2A. C'est clair, précis, documenté, excellent. Il me semble particulièrement judicieux de dévoiler les tentatives de camouflage de choix politiques derrière des phraséologies d'allure économistes. En ce qui concerne la psychiatrie et particulièrement la pédopsychiatrie, il faut savoir que les outils statistiques n'ont pas permis d'individualiser de groupes homogènes de malades. Malgré ce fait, l'administration a décidé de passer outre...

Chandra Covindassamy

■ Réaction à l'édito de janvier 2008

Bonjour,
Je me permets de vous contacter suite à votre édito de janvier 2008, concernant la RGPP (Revue Générale des Politiques Publiques), que j'ai lu avec attention et grand intérêt. Vous mentionnez à juste titre que les termes de « fraude » et « d'abus » sont utilisés très fréquemment sans que soit fait réfé-

rence au « non-recours ». Par contre, vous expliquez après « qu'aucune étude n'a été menée pour savoir où était passé le 1,5 million manquant » (à la CMU-C). Or, je tenais simplement vous tenir informé de l'existence d'études sur le non-recours à la CMU-C. Etudes qui restent certes encore trop rares ! Mais des efforts sont faits pour mesurer le phénomène et tenter d'en expliquer les raisons (que celles-ci relèvent des dispositifs d'information sur les publics, des pratiques administratives, de la stigmatisation conférée par le statut de « CMUiste » ou, entre autres, de choix personnels des bénéficiaires potentiels). Si ces études vous intéressent, vous pouvez notamment vous les procurer sur le site du FONDS CMU ou bien sur celui de l'Observatoire ODENORE (www.msh-alpes.prd.fr/odenore/) avec lequel je collabore.

J'en profite pour vous remercier de la qualité de votre travail et pour vous souhaiter une bonne continuation.

Antoine Rode, Doctorant à l'Institut d'Etudes Politiques de Grenoble Laboratoire PACTE/Politique-Organisations

La colère des vigies

Entretien avec **Christian Lehmann**, médecin généraliste et écrivain, l'un des initiateurs de la pétition « Appel contre la franchise »

Le pont du Titanic, voilà où en est la médecine ! On a beau passer dans les médias, être rigoureux dans sa dénonciation, comment renverser la vapeur ? Il y a lieu d'être inquiet, très inquiet.

Pratiques : Votre livre *Les Fossoyeurs décrit la façon dont le système d'assurance maladie solidaire est mis à mal pour servir les intérêts de l'industrie pharmaceutique et des assurances privées. Vous êtes devenu l'un des porte-parole du mouvement contre les franchises. Comment contribuent-elles à la privatisation en cours de la Sécurité sociale ?*

Christian Lehmann : Dans *1984*, George Orwell postule une dictature dans laquelle le sens des mots a été tellement mis à mal que l'on peut voir s'inscrire en slogan sur les murs : « La liberté c'est l'esclavage, l'ignorance c'est la force ». Le sarkozysme a accouché d'un nouveau slogan orwellien : « La solidarité, c'est l'égoïsme ». Les gens qui entendent ça se disent : « Oui, la solidarité c'est l'égoïsme des faibles. S'il ne fallait pas s'occuper des malades, des handicapés, des dialysés, des cancéreux, des vieux, s'il ne fallait pas s'occuper de tous les gens qui plombent le train de la croissance économique, on irait beaucoup plus vite »... C'est le pari thatchérien des années 80. L'Angleterre était censée crouler sous les insuffisances de l'Etat-providence. Thatcher martelait : « Si vous n'êtes pas compétitifs, c'est parce que vos services publics ne fonctionnent pas, l'hôpital est dispendieux, British rail est toujours en grève ». Elle a fait l'épreuve de force avec les mineurs, elle a tout cassé et proposé un pari à la classe moyenne : « Si le train de la croissance économique n'avance pas assez vite, c'est à cause du wagon de queue. Vous n'avez aucune responsabilité envers ces gens au comportement irresponsable et dispendieux, décrochons le wagon de queue, nous irons plus vite. » La classe moyenne a joué le jeu, mais, un jour, s'est retrouvée être le wagon de queue... Le 27 juin 2006, Sarkozy déclarait à la tribune de l'UMP : « La franchise est incontournable, c'est le seul moyen de responsabiliser ». Le mot était lâché : le malade doit être « responsabilisé ». Le même jour, François Fillon écrivait sur son blog : « Quand on dépense des dizaines d'euros dans la téléphonie mobile ou Internet, il n'est pas anormal de payer une franchise pour la santé ». C'est

le rêve érotique du marché : santé, éducation, téléphone mobile, internet, MP3, c'est pareil, rien n'est sacré. Et rassurons le LEEM¹ : les dépenses de santé peuvent croître. Elles sont déjà à 11 % du PIB, demain elles peuvent être à 12, 15 ou 18 %. « C'est une pente naturelle » dit-il, montrant son incompétence politique pour comprendre la complexité du système qui pourrait être réaménagé de manière plus cohérente en investissant sur les soins de premier recours.

Comme on ne peut enterrer la Sécurité sociale (en 1945, le pays était exsangue, mais on a réussi à faire une Sécurité sociale pour tous), on dit : « En 1945, c'étaient des vrais malades, aujourd'hui ce sont des paresseux qui vont chez le médecin alors qu'ils n'en ont pas besoin ». On sait qu'il y a une surconsommation médicamenteuse, que le rapport au médecin est complexe. Mais ils disent : « Si vous allez chez le médecin, c'est de votre faute. Vous n'avez qu'à être comme nous, jeunes et riches, des winners avec des Rolex ». Après avoir cassé la solidarité en pointant le fait que les dépenses de santé ralentissent la croissance, ils veulent casser l'espérance même de la population en la solidarité. Pour cela, on nomme à la tête de la Sécurité sociale Frédéric Van Rooeckeghem, tout droit venu d'AXA pour faire comme les *cost-cutter* dans les entreprises. Pour dépecer une entreprise qui marche à peu près, on vire ceux qui en portent la mémoire, les directeurs de caisse qui ont une

« Vous n'avez qu'à être comme nous, jeunes et riches, des winners avec des Rolex. »

réflexion sur ce qu'on pourrait faire, comme limiter les dépassements d'honoraires. On désespère les prêtres ouvriers que sont les généralistes conventionnés, les spécialistes cliniques en secteur 1, les chirurgiens... Et la population avec des chiffres invérifiables : « Il y a 17 % d'arrêts de travail injustifiés ». Les études de la CNAM citent 6 % d'arrêts de travail litigieux. Sarkozy s'arrange avec les chiffres comme il le faisait pour faire baisser la délinquance. On invente une catégorie : les arrêts de travail qui n'ont pas été demandés par le médecin... Au bout de deux ans de lutte, je considère qu'ils sont en passe de réussir. J'écris un livre sur la Sarkologie², qui est d'une perversité orwellienne.

La Sarkolangue, c'est la capacité à démentir formellement le lendemain ce qu'on affirmait la veille. En juillet 2007, Sarkozy affirme que la franchise n'est pas là pour responsabiliser les malades, mais pour prendre en charge la maladie d'Alzheimer et les soins palliatifs. Or les patients âgés seront les premiers touchés par les franchises. En novembre, il dit que la dépendance des patients âgés peut être prise en charge par des produits financiers des assurances privées. Avec Alzheimer, on peut tout faire.

Dans votre activité de médecin généraliste, vous voyez une répercussion de ces franchises sur les difficultés d'accès aux soins pour les patients ?

Yolande : son mari était cardiaque, je l'ai suivi pendant des années, puis il est décédé et comme souvent dans ces couples, tu commences à t'occuper de la veuve quand le malade meurt parce qu'elle ne s'était pas trop préoccupée de sa santé jusque-là. Elle a une pension de réversion de veuve, elle vit très difficilement, elle est un peu paumée. Il y avait des choses à reprendre chez elle, sur le plan des soins, rien de dramatique. En janvier, je lui demande de faire une échographie cardiaque pour son hypertension artérielle qui n'est pas « top », pour voir où on en est. Elle revient en mars, sans l'écho.

Je lui dis : « Yolande, je t'ai demandé de la faire, je sais que tu es un peu en dedans, mais j'aimerais bien que tu la fasses ». Je la revois en mai, toujours pas d'écho, et je dis : « Je sais que vous, les retraités, vous avez un agenda de ministre, mais il faudrait peut-être songer à faire les choses ». Et elle répond : « Le problème, c'est que je ne peux pas le faire, sinon je n'aurai pas de quoi finir mon mois, pour manger ». Et cela me met devant un abîme de perplexité : je fais ce métier depuis vingt-cinq ans et je vois poindre le double discours que vont nous tenir le ministère de la Santé et la CNAM pour nous détruire un peu plus : « Vous les généralistes, vous n'êtes pas capables de faire de la prévention ». En même temps, ils mettent nos patients dans l'incapacité de faire face à des soins, même d'une grande simplicité. On sait que ces franchises sont obscènes, stupides, qu'elles vont retarder l'accès aux soins.

Les questions de santé tétanisent les gens, cela leur fait peur parce que c'est la maladie, la dépendance, la mort. Les gens rentrent dans leur coquille, ils n'ont pas envie de comprendre. Nous qui connaissons l'état du système et la vitesse de son délitement, nous sommes en position de finir caricaturés en Cassandre, alors que nous sommes les vigies sur le pont du Titanic. Nous avons tou-

ché l'iceberg depuis longtemps et nous, soignants, avons déjà de l'eau à la moitié des mollets. Les patients ne s'en rendent pas compte, mais leurs compartiments sont déjà en partie sous l'eau, et on sait ce qui est arrivé aux troisièmes classes...

Comment expliquer que la réforme des retraites ait déclenché de grandes mobilisations, mais que la question de l'assurance santé solidaire ne soit pas reprise par le mouvement syndical et social comme un combat urgent à mener ?

Les centrales syndicales connaissent beaucoup mieux les questions du travail et des retraites que la santé. Nous avons été quelques-uns à faire en sorte que les gens ne désespèrent pas totalement de leur médecin, mais pas plus que ça. Le sarkozysme se nourrit du clivage. On a réussi à récréer un peu de lien, à faire que le mot collectif ait un sens, même s'il était parfois difficile de s'entendre.

Mais le système est complexe et il faudrait des permanents qui ne fassent que ça, adossés à des syndicats qui prennent en compte les questions sociales. Actuellement, l'entreprise du médicament est en perte de vitesse. Le chantage à l'emploi de l'industrie pharmaceutique, grand vecteur de croissance ne paie plus. Des affaires comme celles du Vioxx®³ ont ouvert les yeux à une grande partie

de la population. Les firmes sont en train de perdre, face à la puissance montante des assureurs privés. Au gouvernement, on ne dit pas que pendant des années on s'est acoquiné avec l'industrie pharmaceutique, on dit que c'est le médecin généraliste qui prescrit mal. On manque d'une ligne de premier recours en France. En cas d'épidémie de grippe aviaire, l'hôpital explique qu'il ne tiendra pas devant l'affluence des gens, il faudra les forces de l'ordre aux urgences. Mais nous, il faudra qu'on tienne, avec des masques, sans secrétaire, sans système administratif pour gérer le chaos... Si on se trouve devant un problème sanitaire d'envergure, les gens paieront dans leur chair l'absence de politique de santé en France.

Quelle est votre analyse des conséquences à prévoir de la loi « Santé, patients et territoires » annoncées par la ministre de la Santé ?

Il y a des pièges. La gauche va y aller en se disant : nous tenons les régions, donc nous tiendrons la santé. Et en réalité, ce qu'on ne pouvait pas privatiser d'un bloc, on le privatisera par région. On fera des projets dispendieux, des maisons pluridisciplinaires qui tireront la langue au bout de trois à quatre ans, parce que la région devra se préoccuper des problèmes sociaux avec un trans-

.../...

.../... fert de charges sans transfert financier équivalent. Et alors le frère Sarkozy, sur son cheval blanc, viendra sauver telle maison de santé et la GMF sauvera celle-là et les fonds de pension américains une autre... Et nous serons dans le système américain sans même nous en être rendu compte. Dans les ARS⁴, il y aura les mêmes pontes qui ne connaissent rien à la problématique, et ils vont avoir à gérer le vide, puisqu'il n'y aura plus de médecine de ville.

Quelle autre organisation du système de santé aurait-on pu proposer pour éviter cette marchandisation de l'offre de soins ?

Le médecin traitant c'est le médecin référent⁵ sans les moyens, le patient est perdu dans un maquis tarifaire. En quelques années, ils ont réussi à mettre à sac complètement l'accès aux soins. Aujourd'hui, on va nous proposer les contrats optionnels. Il y avait un contrat référent intelligent, cohérent, pas coercitif. Van Roekeghem, avec sa pauvre culture de gestionnaire AXA, ne peut

concevoir que des contrats optionnels vissés où on va nous demander de sauter dans des cercles de feu, de faire du dépistage mammographique du cancer du sein au moment où une réflexion éthique se fait sur sa cohérence, de ne pas dépasser tel pourcentage de prescription en ALD... c'est incohérent, ce n'est pas une politique de santé.

Il aurait fallu que la rémunération du généraliste soit l'équivalent de celle du spécialiste sans augmenter le tarif de l'acte, en augmentant la part forfaitaire. Avec 15 % de médecins généralistes, on change un système. Les autres auraient fini par comprendre l'intérêt d'une meilleure organisation. Comme les problèmes immobiliers plombent les installations, on aurait pu réfléchir à des groupes de santé multidisciplinaires autour de projets. Aujourd'hui, chacun a le nez dans le guidon et essaie de survivre. Certains disent : « Faisons de la formation, pour montrer notre métier ». Les jeunes nous disent : « Vous êtes formidables, mais moi j'ai envie d'avoir une vie » et ils ont raison. ■

Propos recueillis par **Martine Lalonde**

1. LEEM : Les entreprises du médicament, syndicat des industriels français.
2. *Sarkolangue*, Christian Lehmann, publié en mai 2008 aux éditions Ramsay
3. L'affaire du Vioxx® : médicament anti-inflammatoire qui a été promu à grands renforts de publicité, puis abandonné après de nombreux accidents (voir la revue *Prescrire*).
4. ARS : agences régionales de santé.
5. L'option médecin référent consistait en un contrat passé volontairement entre médecin et patient, avec un forfait par patient payé au médecin par l'Assurance maladie, en contrepartie d'engagements à se

former et s'occuper de prévention ; il permettait le tiers-payant et inaugurerait un autre mode de paiement des médecins, au forfait, et plus exclusivement le paiement à l'acte. L'option référent proposée par la convention de 1998 signée entre les médecins et la caisse d'Assurance maladie avait été choisie par 14 % des médecins généralistes.

.....
Livres de Christian Lehmann sur la santé :

Patients si vous saviez, confessions d'un médecin généraliste, 2003.

Les Fossoyeurs, 2007.

www.christianlehmann.net

<http://enattendanth5n1.20minutes-blogs.fr/>



Les couples infernaux en médecine

Dans le monde du soin, il y a loin entre le couple fantasmé, « regarder ensemble dans la même direction », et la réalité de la confrontation quotidienne. Les couples infernaux sont des tandems professionnels indissociables, dont les deux membres, indispensables l'un à l'autre, peuvent pourtant fonctionner l'un contre l'autre.

À l'origine, ce numéro voulait interroger un sentiment d'immobilisme, un déni surprenant de ce conflit récurrent, que tout pourtant dénonce dans les faits et les témoignages. La difficulté, pour les professionnels du soin, d'écrire sur ces questions tabou a accompagné sa réalisation comme pour mieux souligner leur indicibilité.

Le tandem médecin-infirmière est emblématique parce qu'il cristallise trois enjeux de friction. La relation hiérarchique est conçue comme une relation de pouvoir et souvent perçue en termes de domination. Le rapport masculin/féminin vient redoubler le rapport hiérarchique. Le rapport de classe recoupe les milieux d'origine aussi bien que la valeur sociale accordée à la profession. Mais les métiers du soin et de l'assistance recouvrent bien d'autres types de couples infernaux, dont les rapports problématiques transforment sans cesse leur liaison obligée en injonction paradoxale. Le conflit n'y est pas nécessairement d'ordre hiérarchique ni d'ordre sexué, mais il présente tous les ingrédients de ce qui peut rendre un couple infernal : sage-femme/obstétricien, psychiatre/médecin conseil, généraliste/spécialiste, assistante sociale/médecin, médecin/kinésithérapeute, anesthésiste/chirurgien, chef de service/directeur d'hôpital, etc.

Le numéro ne se focalise donc pas sur la relation médecin/infirmière, mais l'envisage comme l'une des modalités possibles de couple infernal, en mettant en évidence à la fois les différences et les similitudes de ce qui rend infernal chacun des autres tandems. Ce ne sont évidemment pas les « questions de personne » ou les désaccords psychologiques ou affectifs qui nous intéressent, mais les points de friction professionnels, ceux qui engagent la fonction de chacun dans sa relation paradoxale à l'institution.

Enfin il s'agit d'explorer en quoi ces couples sont infernaux, comment ils se rendent préjudiciables au patient, et mettent ainsi en péril la finalité même du soin. Au-delà des affrontements corporatistes stériles, les auteurs plaident pour un retour à la raison d'être de la fonction soignante. Ils nous invitent à nous battre pour que soigner reste encore possible. ■

Une conjugalité obligée ou des mariages mal arrangés

Tentons d'abord de définir le couple, des êtres dissemblables qui unissent leurs efforts pour ce qui le légitime : prendre soin du malade. Les crises itératives qui agitent les rapports entre soignants peuvent conduire à une situation infernale.

Nous pouvons alors donner à voir quelques scènes au bloc opératoire, en maternité, dans un service d'hospitalisation, mais aussi au service social ou en PMI. Aides-soignants, médecin, assistant social, chirurgien, infirmier, anesthésiste ou sage-femme... tout le monde s'agite, chacun s'efforce de faire au mieux avec les autres, râle et fait parfois sa crise : ils l'expriment ou sont sous le regard d'un sociologue de la santé et d'une psychologue spécialiste en psycho-dynamique du travail.

Ceux de l'administration, directeur, responsable des ressources humaines, mais aussi assureur, regardent de haut quand ils ne jettent pas de l'huile sur le feu. Cela donne des images parfois hautes en couleur que nous devons à la plume d'un infirmier en verve. —

Vous avez dit couple infernal ?

À partir du mot couple, un psychanalyste explore les tensions dans les relations entre soignants, jusqu'au couple infernal soignant-manager, dont les conflits retentissent sur l'organisation des soins et l'attention portée au patient.

Chandra Covindassamy, psychanalyste

Le thème de ce numéro suscite immédiatement des images hautes en couleurs et en niveau sonore de couples en train de se disputer, des scènes de ménage pouvant aller du vaudevillesque au tragique. Est aussi contenu dans cette expression le côté répétitif de ces accès fébriles, ce qui laisse à penser, mais implicitement, que doivent bien se produire des réconciliations cachées, quasiment clandestines, pour que cela puisse recommencer. Pour le couple conjugal, ce sont les éruptions répétitives venant crever la surface de ce qui devrait être une bulle lisse qui fait plus ou moins scandale. La conception du couple comme une bulle lisse durant du mariage à la mort et d'où ne sortiraient que des enfants correspond bien à une image idéale ayant eu cours au XIX^e siècle et pendant la première partie du XX^e siècle.

Les premières pistes qui se présentent tendent à faire penser que le couple serait une affaire à deux et que l'infernal serait la répétition infinie de scènes quasiment identiques. Un autre modèle de couple infernal est issu de la mythologie grecque, ce sont par exemple les couples de Sisyphe et de son rocher, des Danaïdes et de leur tonneau ou de Prométhée et de son vautour. Le supplice qui, dans une répétition infinie, constitue le couple marque, mais voile en même temps à la suite de quel acte il a été instauré. Il indique essentiellement qu'un ordre a été ébranlé et surtout que cet acte a été commis dans une frénésie, une jouissance, dans la démesure, dont le mot grec, difficile à traduire en français, est *hubris*.

Si l'on prend le temps de s'arrêter sur le mot couple en consultant le dictionnaire *Le Robert*, la ques-

tion devient moins univoque et ne se résume plus aux chamailleries de deux personnes qui ne s'entendent pas sans pouvoir se séparer, vouées à vivre ensemble dans la douleur.

En bref, le dictionnaire indique qu'il s'agit :

1. d'un nom de genre féminin apparu en français au XII^e siècle sous la forme *cople*, dérivé du latin *copula* : le lien, la chaîne ; lien servant à attacher ensemble deux ou plusieurs animaux de même espèce (d'où par exemple l'expression découpler les chiens). Par extension, deux choses de même espèce prises ou considérées ensemble accidentellement. Mais couple ne se dit pas de deux choses semblables qui vont nécessairement ensemble, comme des chaussures ou des gants, on utilise alors le mot paire. Et le dictionnaire précise que l'on parle d'une couple de bœufs s'il s'agit de les dénombrier et d'une paire de bœufs destinés à unir leurs forces et à travailler l'un avec l'autre.

2. d'un nom de genre masculin désignant le mari et la femme, l'amant et la maîtresse, et aussi deux personnes réunies provisoirement au cours d'une danse, d'une promenade.

Le dictionnaire mentionne aussi le terme de couple en construction navale (pièce qui relie la quille et le pont d'un bateau) et le couple en mécanique (qui ne peut être neutralisé que par l'application d'un autre couple égal et de sens opposé).

Ce petit détour par le dictionnaire fait donc nettement sentir que le mot couple marque fortement un lien, mais aussi une dissemblance, du fait de cette dissemblance, le couple n'est donc pas équivalent à la somme des deux entités qui le

« Le mot couple marque fortement un lien mais aussi une dissemblance. »

.../...

.../...

constituent. On peut donc dire qu'un couple ne doit son existence qu'à la possibilité d'une certaine production concrète, ou sous la forme d'une perspective dont chacun des deux termes du couple serait dépourvu s'il était pris isolément.

Si l'existence même du couple ne crée pas des perspectives inimaginables pour chacun des deux sujets avant leur rencontre et les effets de celle-ci (donc en l'absence d'une ternarité), un fonctionnement duel, en miroir se met en place ; sa manifestation la plus fréquente est une agressivité destructrice pouvant conduire à la disparition d'un des deux termes dans l'embrassement, la frénésie, la démesure de l'*hubris*. C'est bien ce qui se produit quand les deux éléments tendent à une homogénéisation par mimétisme ou par assimilation et que, de fait, le couple au sens propre du terme a disparu.

Il est essentiel de souligner que les mécanismes en cause dans la constitution d'un couple sont extrêmement puissants et mis en jeu dès la toute petite enfance. La clinique quotidienne met en évidence que les identifications d'un jeune enfant se portent certes sur les personnes de son entourage immédiat, mais qu'une part importante de ses identifications se fait précisément sur ce qui fait couple avec la mère ou la personne qui assume la fonction maternelle.

On peut donc dire pour deux sujets qu'un fonctionnement en couple (donc reposant sur un élément tiers) serait d'une certaine façon inévitable, voire souhaitable, comme modalité permettant de déjouer un fonctionnement duel.

Dans les articles de ce numéro sont évoqués des couples plus ou moins célèbres dans le champ du soin : médecin-infirmière, infirmière-aide-soignante, sage-femme-médecin, généraliste-spécialiste et aussi cadre infirmier-infirmière notamment. Il apparaît clairement que des tensions graves se déploient lorsque ce pourquoi ces couples existent et ce qui les légitime, c'est-à-dire prendre soin du malade, est perdu de vue. Ces couples sont dissymétriques et leur existence n'a de sens que dans la perspective de prendre soin du malade, chacun étant à sa place, mais aussi dans une égalité des places. Pourrait-on dire que pour le malade, les soins dispensés par l'infirmière, l'aide-soignante, le personnel de laboratoire ou de radiologie ou l'assistante sociale seraient moins importants que ceux qui sont dispensés par le médecin, que ce soit à l'hôpital ou en ville ?

Traditionnellement, les relations du personnel

soignant s'ordonnent à partir du savoir, donc du pouvoir médical dans ses effets de fascination et selon un système très hiérarchisé. La remise en question de ce modèle hiérarchique a plusieurs causes, en particulier d'une part la grande technicisation de beaucoup de soins entraînant une fragmentation des tâches, il peut être difficile pour chaque soignant de ne pas tomber dans une fascination à l'égard de sa propre technique.

D'autre part, l'application au champ du soin d'un modèle de pensée dérivé du modèle de pensée de production dans l'industrie conduit aussi à une fragmentation des tâches et aussi à des pénuries en personnel. En langage technocratique cela s'appelle augmentation de la productivité¹. La conjonction de ces deux causes tend à davantage de cloisonnement, chaque soignant étant plus isolé, les actes semblent devoir primer sur les paroles et la croyance en une efficacité uniquement immédiate et

quantifiable peut glisser vers une démesure proche de l'*hubris*. La finalité commune du travail, prendre soin du malade, risque alors d'être perdue de vue et rabattue sur l'augmentation du pouvoir ou de la richesse de l'un ou de l'autre des soignants.

Un point supplémentaire, dans les quelques exemples de couples classiques dans le secteur du soin, nous avons vu que les couples étaient créés et que les relations s'ordonnaient à partir du savoir et surtout du pouvoir médical, donc de ses effets de fascination. Il me semble que la situation s'est profondément transformée du fait que ce qui fait référence n'est plus du tout le savoir/pouvoir médical, mais le pouvoir administratif travesti d'économisme. L'effet en est que bon nombre de médecins et d'autres soignants semblent actuellement chercher à faire couple avec l'administratif, croyant y trouver une légitimation et surtout une nouvelle assise à leur pouvoir. Dans la configuration sociopolitique actuelle, cette attitude ne peut que conduire la médecine à une situation de dépendance ancillaire à l'égard de l'administratif. L'apparition du couple soignant-administratif n'est pas une nouveauté, ce qui est nouveau, c'est l'utilisation d'un langage économiste et des techniques managériales. Les conséquences sont considérables, et vont bien au-delà du cadre de cet article sur les couples infernaux mais, en restant dans notre propos, il semble bien que nous assistons à la naissance d'un couple infernal « manager »-soignant où il s'agit de l'exercice pur du pouvoir sur les soignants avec comme objectif la diminution

« Des tensions graves se déploient lorsque ce pourquoi ces couples existent c'est-à-dire prendre soin du malade, est perdu de vue. »

des coûts et l'augmentation de la productivité, source de tensions et de conflits. Mais les effets de l'apparition de ce couple se font sentir sur l'organisation des dispositifs de soins, sur les modalités de travail et aussi sur l'attention portée au malade. Au-delà se profile le risque d'une collusion entre « management » et soins, ouvrant des perspectives prometteuses à tous ceux qui souhaitent un contrôle social plus efficace, cette collusion pourrait bien en constituer une des pièces maîtresses.

Ces quelques réflexions sur les couples infernaux dans leur aspect anecdotique, parfois du côté du fait-divers, font envisager le couple comme une modalité de relation intersubjective inévitable, le caractère infernal est un risque toujours présent. La question de ce pourquoi un couple existe peut constituer une sorte d'aiguille de boussole pouvant aider à échapper à l'attraction de l'enfer. ■

1. À propos des euphémismes de la langue actuelle, lire le livre d'Éric Hazan, *LQR La Propagande au Quotidien*, éditions Raisons d'Agir, 2006.

Poussez ma p'tite

■ Pierre Volovitch, économiste

Raphaël était sorti sans problème. Restait l'Autre (jumelle ou jumeau ?). La sage-femme a touché. Il y avait un problème. L'Autre avait un bras replié au-dessus de la tête. « Et c'est quoi le problème ? » a demandé le père avec son petit chapeau ridicule en papier vert sur la tête. Justement, on ne sait pas s'il y a un problème. En sortant, il se peut que la jumelle, ou le jumeau, qui est encore à l'intérieur laisse gentiment son bras glisser d'au-dessus de sa tête, là où il est, au long du corps, là où il devrait être, et l'accouchement se déroulera sans problème. Mais il se peut aussi que le bras demeure au-dessus de la tête et alors ça va bloquer grave au moment de la sortie. Là est le problème. « Ne poussez pas madame ! » a dit la sage-femme à la maman un peu perdue. La sage-femme de base a été chercher une « chef » sage-femme. La sage-femme « chef » a touché elle aussi. Mais elle ne pouvait rien décider. « Ne poussez pas madame ! » a dit la « chef » sage-femme. Il fallait passer le problème aux médecins. Un interne est venu examiner. Le bras n'avait pas bougé. « Ne poussez pas » a-t-il dit. Et on a été chercher un autre toubib. Le père, inquiet, avec toujours son petit chapeau en papier vert sur la tête, ne sait plus bien à quel niveau de la hiérarchie on en est. L'autre toubib a touché aussi, il a dit aussi qu'il ne fallait pas pousser, et il n'a rien décidé non plus. On a attendu. On avait été réveiller, quelque part dans le grand hôpital, un chef médecin sans doute considérable. Il est venu, un peu ébouriffé, pas très impressionnant en fait. Il a tâté. Et lui il a parlé. Il a dit « ça passera ! ». Et puis, déjà sur le seuil de la porte, sans même se retourner, il a lancé à une jeune femme inquiète qui avait un jumeau déjà dehors, et un jumeau (ou une jumelle) encore dedans un « poussez ma p'tite ! » légèrement désinvolte, et il est parti finir sa nuit sans même regarder si ça « passait » vraiment. La maman a, enfin, poussé et Olivier est sorti sans problème. Juste comme le dernier barreau de l'échelle hiérarchique l'avait dit. Comme le dernier barreau de l'échelle hiérarchique était reparti, les barreaux du dessous ont repris leur boulot autour des deux bébés et de la maman. Le papa soulagé s'est assis et a regardé vaguement ses chaussures enveloppées dans de gros chaussons moches en papier vert. Il avait oublié son petit chapeau ridicule de papier vert. Il s'est dit qu'il ne fallait pas oublier ça. Il avait vu, de bas en haut et intégralement, fonctionner la hiérarchie hospitalière. ■

Ma main est plus fine

Le couple sage-femme/médecin, dont les compétences sont complémentaires, peine souvent à trouver une juste collaboration, alors qu'ils sont confrontés à des situations de stress et des décisions délicates à prendre.

Julie Lorrain, sage-femme

Sage-femme, diplômée depuis un an, j'ai choisi de travailler à l'hôpital. J'y suis constamment en relation avec d'autres acteurs hospitaliers : médecins (gynéco-obstétricien, anesthésiste, pédiatre) chefs ou internes, infirmières, puéricultrices, auxiliaires-puéricultrices, infirmières anesthésistes... Sage-femme, dans le soin et dans le médical : on panse, on sonde, on pique, mais aussi on prescrit, on analyse, on traite... Il s'agit d'une profession intermédiaire dans la hiérarchie, entre médecins et infirmières. Selon l'un ou l'autre des établissements, on se place plus du côté du soin ou plus du médical. Les compétences croisées de la sage-femme avec les autres personnels troublent les rôles, notamment avec les infirmières. Nos champs d'interventions sont nombreux et les limites varient d'une équipe à une autre.

Il est 22 heures, l'anesthésiste vient faire un tour dans le service de salles de naissances. « Alors, des péridurales à venir ? » Une parturiente en début de travail gère bien sa douleur par la respiration, les postures ; elle m'a déjà parlé de la péridurale qu'elle souhaite avoir, mais plus tard, là ça va encore. J'en parle à l'anesthésiste qui a vite fait d'aller voir la patiente pour la convaincre que, oui, elle veut sa péri tout de suite. Parce que lui, c'est maintenant que ça l'arrange, après il sera occupé... à dormir ! Je n'ai pas mon mot à dire, la femme a donné son accord, mais après quel discours effrayant de l'anesthésiste ? Je ne le saurai pas !

Une patiente accouche ; le placenta tarde à venir, ne se décolle pas... Je vais donc le « chercher » effectuant un geste invasif peu sympathique (même si la femme est bien soulagée). L'extrac-

tion du placenta est difficile, je tarde plus que d'habitude pour faire le geste et fais donc appel à l'interne. Celui-ci ne s'en sort pas mieux que moi, au contraire. Le geste m'était plus facile avec ma main plus fine. Je regrette en le voyant peiner de l'avoir appelé : j'étais plus habile dans le geste que cet étudiant de mon âge. Je préférerais reprendre la main, lui propose cette solution, mais il refuse : l'engrenage hiérarchique est enclenché, puisqu'il n'y arrive pas, il appelle le chef de garde. Ce dernier termine l'évacuation du placenta avec difficulté. Les manœuvres ont été longues et difficiles, physiquement et certainement aussi moralement pour la femme (les gestes pratiqués sont invasifs et les derniers visages lui sont inconnus). En sortant de cet accouchement, je suis en colère. Difficile pour la jeune sage-femme que je suis de jongler entre mes compétences, ma responsabilité et la hiérarchie. Il n'y avait là aucune urgence vitale, peut-être aurais-je dû prendre

« Difficile pour la jeune sage-femme que je suis de jongler entre mes compétences, ma responsabilité et la hiérarchie. »

plus de temps et y arriver seule ? Mais je pensais « Si je n'y arrive pas, on me reprochera d'avoir appelé tard ». J'ai l'impression d'avoir décidé d'appeler l'interne par peur des reproches plus que parce que je pensais ne pas y arriver. Le risque médico-légal, prégnant en obstétrique, nous fait réfléchir de manière très sécuritaire : il ne doit pas exister de « temps mort » dans la prise en charge, on doit pouvoir justifier chaque minute écoulée.

Tous nos actes, toutes nos prescriptions, toutes nos démarches sont ainsi rapportées à l'écrit.

Les tâches de paperasserie ont envahi les hôpitaux et on se bat entre sage-femme et médecin pour savoir qui fait quoi. La sage-femme, professionnelle de la physiologie de la grossesse et de

l'accouchement, se retrouve souvent à taper le compte-rendu d'hospitalisation de patientes aux pathologies lourdes non obstétricales. Nous, sages-femmes, sommes prises entre deux idées : « J'ai un cerveau, je comprend la pathologie de cette femme que j'ai suivie et suis donc en mesure d'effectuer un compte-rendu au top ! », mais « Je n'ai pas autant de temps pour les papiers, je suis aussi une actrice de soins, des patientes m'attendent. Il s'agit d'une pathologie du ressort des médecins : à eux donc de rédiger le compte-rendu ». De même, nous sommes parfois amenées à coter des actes médicaux que nous n'effectuons pas nous-mêmes : échographies, péridurales... Déjà vu : une lettre explicite du chef de service expliquant que la cotation des actes est essentielle pour le service et que ne pas l'effectuer pourrait influer sur notre évaluation personnelle. Est-ce que ces services imposés aux sages-femmes rendus aux médecins amènent ces derniers à être plus respectueux de notre travail et de nos compétences ? Ce n'est pas évident.

Lors de situations d'urgence, les rapports des uns aux autres (sage-femme et médecin, sage-femme et infirmière) sont chamboulés par le stress parfois mal géré. Un obstétricien, avec qui les discussions étaient amusantes en salle de repos, devenait odieux lorsqu'une décision urgente et délicate devait être prise. Son changement de caractère manifestement lié au stress de l'urgence peut rendre la situation dangereuse pour tout le monde : qu'en est-il alors des angoisses de la patiente, du couple et de l'équipe devant un médecin hypernerveux ? Quelle crédibilité accorder à une équipe dans laquelle la communication trébuche ?

Heureusement, le plus souvent, dans les situations d'urgence ou de surcharge de travail, on ne se pose plus de questions, chacun est à sa place et ça roule. On se serre les coudes et on se retrouve avec plaisir pour quelques minutes de pause autour d'un café. Les scissions médecins-personnels de soins tombent et on travaille réellement en équipe. ■

Médecin ou infirmière : pas de passerelle

■ **Martine Lalande**, médecin généraliste

À l'École de médecine, on ne vous apprend pas à toucher les gens. En tous cas à mon époque (il y a trente ans...), on devait apprendre tout seul(e) à examiner et communiquer avec les patients. On observait les plus anciens, on essayait de les imiter et de ne pas être trop intimidé. On faisait les dossiers, on récupérait les examens et on apprenait ce que l'interne avait le temps de nous expliquer. Pour gagner sa vie, on pouvait travailler la nuit, le week-end et les vacances : agent hospitalier, puis aide-soignante ou infirmière, car dans ce temps-là, les congés étaient remplacés... J'avais repéré que ces rôles étaient beaucoup mieux définis, et je m'y plaisais... En tant qu'étudiante, je devais m'occuper d'environ six patients dont j'oubliais systématiquement les noms. Comme infirmière, j'en soignais une vingtaine, et je me souvenais de tous les détails de ce qu'ils me racontaient, leur histoire, leur vie, leur métier... Les collègues m'avaient patiemment appris le métier, enrichissant mon savoir d'une vraie compétence technique. En cinquième année, lassée de ces études à rallonge, épuisée par la hiérarchie de l'hôpital, et ne sachant imaginer mon futur métier, j'ai voulu utiliser l'équivalence qui me permettait de travailler comme infirmière depuis la troisième année, pour être salariée quelques années, et prendre le temps de choisir. Je me suis renseignée auprès de l'administration : on m'a dit que c'était possible, mais qu'il me faudrait abandonner définitivement les études de médecine pour faire valoir le diplôme d'infirmière. Pas de passerelle... J'ai abandonné l'idée, et suis restée « faisant fonction d'infirmière » pendant la fin de mes études. Tout en me demandant pourquoi... peut-être pour que la réciproque ne fonctionne pas (et si les infirmières voulaient devenir médecin par équivalence ?). ■

Du rififi à la PMI

Au-delà de la hiérarchie, infirmière et médecin s'affrontent en quête de légitimité.

■ **Monique Fontaine**, médecin territorial

Après quinze ans d'exercice libéral, prendre un poste de médecin de PMI a d'abord été le soulagement de ne plus être soumise au subtil manquement du tiroir-caisse et d'échapper au stress de décider seule de ce qui pouvait avoir une conséquence vitale pour le patient.

Rapidement, cela s'est révélé très dur. Habitué à être responsable de ses actes, le médecin est responsable aussi du travail de l'infirmière, alors qu'il ne maîtrise pas tout ce qu'elle fait et qu'il faut déléguer les tâches et les responsabilités. Très dur aussi parce que dans son rôle de cadre intermédiaire, le médecin est le relais pour expliquer la politique du Département et la défendre, quoi qu'il en pense : un fonctionnaire se soumet ou se démet.

Le service de PMI était une entité autonome composée du médecin-chef responsable technique et hiérarchique de tous les médecins de circonscription : le médecin de PMI y était responsable technique et hiérarchique de son équipe composée d'infirmières, de puéricultrices et de sage-femmes. Le bât blesse quand les infirmières ne reconnaissent aucune légitimité

au médecin pour encadrer l'équipe : il n'aurait pas la formation pour encadrer techniquement une infirmière et a fortiori une puéricultrice. C'est d'autant plus curieux qu'en PMI, on ne fait absolument pas appel aux compétences spécifiques des infirmières, si ce n'est la réalisation d'une intradermo ! En dehors des consultations de nourrissons et des tests auditifs et visuels en école maternelle, l'essentiel de ses missions tourne autour de la protection de l'enfance : évaluation des situations d'enfants en danger, évaluation des compétences des candidates à accueillir un enfant comme assistante maternelle ou familiale et capacité à traduire ces évaluations pour être compris et suivi soit par un juge pour enfant soit par l'administration pour un refus d'agrément.

La rencontre des familles à deux permet un enrichissement par l'éclairage de deux personnalités et de deux parcours professionnels. Il m'est arrivé

d'être très surprise par l'avis d'une infirmière ou d'une sage-femme, qui avait perçu le comportement d'une mère d'une façon complètement contradictoire avec la mienne. Cela permet d'avancer la réflexion et d'ouvrir de nouvelles pistes sans prééminence d'un avis sur l'autre. Mais si la relation de confiance n'existe pas, si les éléments rapportés par l'infirmière sont sujets à caution, cela devient source d'angoisse quand on est dans une situation d'évaluation d'enfant en danger : une erreur d'appréciation peut avoir des conséquences dramatiques. On en arrive même à des comportements extrêmes : la réponse d'un

médecin ne donnant pas satisfaction à l'infirmière, celle-ci lui jette à la figure les spéculums d'oreilles usagés contenus dans un haricot en fin de consultation. C'est dire qu'il ne maîtrise pas du tout la situation, ni l'infirmière !

Je travaille maintenant dans le service personnes âgées du Conseil Général avec une équipe constituée d'une infirmière et de trois conseillères en économie sociale et familiale. Leur responsable est également conseillère. Médecin

considéré comme expert, je valide les grilles AGIR permettant l'évaluation de la dépendance et en conséquence l'aide qui sera accordée. Il n'y a aucun enjeu de pouvoir, j'ai une très bonne relation avec l'équipe, mais je vois les difficultés de la responsable, crispée sur sa position hiérarchique : je me reconnais dans ses difficultés.

Ces positions sur la légitimité de la hiérarchie du médecin sur l'infirmière m'ont d'autant plus étonnée que j'avais exercé en médecine générale où je prescrivais les traitements à l'infirmière. Elle était au plus près du malade et souvent plus compétente que moi : j'essayais d'être en visite en même temps qu'elle et me faire dicter la prescription. Que serions-nous devenus pendant les premiers mois d'internat si nous n'avions pas été coachés par les infirmières riches de leur expérience et prêtes à nous aider à condition que nous l'acceptions humblement ? ■

«Le bât blesse quand les infirmières ne reconnaissent aucune légitimité au médecin pour encadrer l'équipe.»

Le droit à la galère...

Comment aider les patients qui ont des difficultés sociales si l'on n'arrive pas à communiquer avec les assistantes sociales, en raison de différences de points de vue sur la gestion des aides sociales ?

■ **Martine Lalande**, médecin généraliste

Ce patient vit dans sa voiture depuis qu'il s'est fait expulser par un propriétaire musclé : c'est compliqué pour manger et faire l'insuline, il veut aller dans un foyer. Cette femme, qui a un asthme grave, va bientôt dépasser trois mois d'arrêt de travail, elle touchera la moitié de son salaire : comment pourra-t-elle payer son loyer et nourrir son fils ? Cette dame aux genoux très usés habite au sixième étage sans ascenseur, elle a une petite retraite, elle voudrait être relogée. Cette autre patiente boite depuis un accident de voiture, elle n'a pas pu retravailler, son allocation handicap n'est pas renouvelée : quel revenu aura-t-elle en attendant l'expertise ?

Je ne suis que médecin, mais je sais que ces problèmes sociaux empêchent mes patients de se soigner ou de se porter bien. Pour tout cela, j'ai besoin de l'assistante sociale. Mais j'hésite à l'appeler, je ne suis pas sûre qu'on va s'entendre. Et j'ai peur de décevoir mes patients, qui comptent sur moi pour que cela avance.

« Ce monsieur doit faire valoir ses droits auprès de son propriétaire ; pour une place en foyer cela prendra au moins deux mois, et sûrement loin d'ici ; en attendant il y a les centres d'hébergement. » « Quand votre patiente sera à mi-traitement, qu'elle vienne nous voir, elle pourra avoir une allocation d'éducation pour son fils, mais une seule fois, c'est une aide ponctuelle. » « La liste est très longue pour les logements sociaux dans sa ville, dites à cette dame qu'elle demande un logement au département. » « Il faut attendre de voir si

elle a son allocation, quand elle n'aura plus rien, on lui demandera le RMI... »

Je comprends que les travailleurs sociaux ont beaucoup de travail, que mes patients ne sont pas les seuls ni les plus déshérités. Mais comment prévoir la suite de leur vie si aucune aide ne peut être anticipée ? Ils sont dans des impasses et l'angoisse du lendemain, et me demandent de les aider dans la jungle des démarches, en imaginant des perspectives.

La première démarche est d'aller voir l'assistante sociale. Pour certains, c'est difficile, car un peu humiliant, et ils reviennent souvent déçus.

J'aimerais un service social où les patients seraient reçus pour faire le point sur leur situation, et envisager toutes les aides possibles. C'est très rarement le cas. Au-delà de l'absence de moyens et de la complexité et l'accumulation des problèmes

sociaux, il semble qu'il y ait une question de point de vue. Les assistantes sociales souhaitent que les patients défendent des droits et ne se considèrent pas toujours comme pouvant être assistés. De ma position de soignante, je souhaite que mes patients soient un peu dégagés des problèmes matériels pour pouvoir prendre en main leur santé. Et je sais qu'il existe des aides sociales, qui sont aussi des droits. Voilà sans doute pourquoi j'hésite à les appeler et que nos échanges sont parfois houleux : « Je connais très bien ce monsieur, il ne fait pas ce qu'on lui dit de faire. » Je le connais très bien aussi, il est dans la galère. ■

« J'ai besoin de l'assistante sociale, mais j'hésite à l'appeler, je ne suis pas sûre qu'on va s'entendre. »

Une bataille de champs

Un sociologue observe une interne en anesthésie et se trouve mêlé aux relations brutales entre chirurgiens et anesthésistes. Il les analyse à la lumière de l'histoire de ces deux professions et de leur évolution.

Yann Faure, sociologue à l'École centrale de Lyon

Il est 8 heures 30 du matin : une heure déjà que nous sommes dans ce bloc opératoire d'un centre hospitalier périphérique. La route a été longue depuis la ville voisine d'où nous sommes partis bien avant l'aube, sans compter le détour par la chambre de garde pour récupérer les blouses, le passage par les vestiaires et la recherche inquiète de paires de sabots à nos tailles, les salutations diverses. Ce n'est facile pour personne de commencer à travailler aussi tôt. D'ailleurs, entre les calots et les masques, on distingue encore les yeux rouges et les mines mal réveillées. Pourtant, tout le monde s'active avec bonne humeur dans son pyjama vert : la circulante prépare ses compresses, l'infirmière de bloc ouvre les plateaux stériles pour la chirurgie. Néons, scialytiques et négatoscopes diffusent leur lumière artificielle auréolant la scène d'un halo blafard. Le malade dort, pourtant il y a encore mille petits détails à accomplir : l'ajustement de la perfusion, le montage des cathlons, le réglage du respirateur qui alarme inopportunistement, l'inclinaison de la table à peaufiner, les dossiers à annoter, la tête du patient qui n'est pas assez stable. Un voile bleu de papier scinde maintenant l'équipe en deux groupes. Je me retrouve dans le camp des anesthésistes à consigner scrupuleusement dans mon discret carnet de notes chacun des gestes réalisés par Paloma, l'interne de cette spécialité. Elle glisse un bras sous la couverture chauffante pour une ultime vérification que l'intubation a été correctement exécutée. Elle fait signe que tout va bien : les deux poumons se remplissent de manière identique. Puis elle se lance avec un médecin sénior dans de nouvelles dilutions et des remplissages de seringues afin d'anticiper l'utilisation de ses drogues au cours de l'intervention. Des tubulures variées sont inspectées, des ballonnets gonflés. On procède à quelques étalonnages supplémentaires du monitoring. On scotche des étiquettes sur les contenants des produits pour

ne rien laisser au hasard. Quelques gouttes de collyre dans chaque œil mettront le patient à l'abri d'une éventuelle conjonctivite ; ses paupières sont refermées à l'aide d'un petit sparadrap délicatement collé. Paloma lui passe affectueusement une main sur la joue. Tout est fin prêt, on n'attend plus que le chirurgien. Elle pousse encore une petite estrade pour se permettre de jeter tout à l'heure un regard sur le geste opératoire. Elle m'explique qu'on n'est pas toujours prévenu au moment de l'incision et que c'est « une agression qui peut faire brutalement monter la tension si on n'est pas synchrone avec les morphiniques ». Sur les écrans, le tracé régulier des courbes indique que le malade est prêt lui aussi à faire face au geste chirurgical.

Dan un petit plateau

Paloma retranscrit au fur et à mesure les constantes sur un dossier. Le médecin anesthésiste inspecte les différentes fonctions de la machine : pouls, saturation en oxygène, volumes ; la respiration se dessine en signaux périodiques. De l'autre côté, on a rasé, bétadiné, stérilisé. L'attente se prolonge, on entend quelques soupirs. « Ici, c'est chaque fois pareil », me murmure Paloma, en rangeant méticuleusement sa table d'anesthésie, le masque et le laryngoscope à gauche, narcotiques, morphiniques, curare alignés à droite dans un petit plateau. Elle ajuste ses gants en latex, trépigne un peu : « Qu'est-ce qu'il fout ? 9 heures ! Il dort bien notre malade en tous cas ».

Brutalement, le chirurgien fait irruption dans la salle : « C'est bon ? Tout le monde y est ? ». Il manifeste immédiatement, par des gestes vifs, sa mauvaise humeur, sans chercher ni à l'expliquer ni à justifier son retard. Il se fait habiller en lançant des regards intimidants et irrités tout autour de lui, puis soudain arrête un œil mauvais sur mon petit carnet ethnographique. Il me dévisage et m'apostrophe de loin : « Qui êtes-vous ? Qu'est-ce que

vous faites là ? ». Je m'approche, essayant de paraître le plus humble possible : « Bonjour Monsieur, je suis sociologue, je fais une étude sur la formation des internes en anesthésie... » ; il me coupe : « De quel droit ? Je n'ai pas été prévenu. Veuillez sortir ! ». Je tente vainement de négocier : « J'ai toutes les autorisations nécessaires, l'hôpital, le coordinateur des internes ». Lui, intransigeant : « Sortez ! » puis dans un éclat de voix en m'indiquant la porte du doigt : « Ce n'est pas un champ ouvert ici ! ». Je cherche du regard l'aide des anesthésistes, lesquels écartent les bras en signe d'impuissance. Alors je m'exécute. 9 heures 30... la matinée d'observation est foutue.

En salle d'attente, où je suis réfugié, des infirmières et des aides-soignants essaient de me consoler en m'offrant un café. Un autre chirurgien passe par là... il me fait subir un véritable interrogatoire, confirme que son collègue a eu une attitude bien compréhensible. J'essaie patiemment de m'expliquer. J'ai entrepris un travail de plusieurs années qui m'a amené à passer des centaines de journées sur les plateaux techniques. Je cumule enquêtes statistiques, entretiens et observations in situ. Je le fais pour chercher à cerner les conséquences de l'hyper spécialisation en médecine. Croyant avoir affaire à un genre de journaliste, il s'empresse alors de me délivrer le couplet que j'ai tant de fois entendu... la chirurgie serait un métier trop dur, trop prenant, pas assez bien rémunéré que d'ailleurs les jeunes ne voudraient plus faire. Peu de temps après, les anesthésistes me rejoignent, l'air sincèrement désolé : « On ne pouvait rien faire. Il est complètement caractériel. C'est rien contre toi, il voulait juste nous faire suer ». Paloma, cependant, est davantage indignée. Une fois seule, elle se révolte : « Nous les jeunes, on va changer ça. Je peux te dire que quand je serai médecin, je ne me laisserai pas marcher sur les pieds comme ça ». Puis, se confiant : « Ce chirurgien est vraiment un c... Une nuit, j'étais de garde, je l'ai appelé pour un patient qui allait mal, il a fait semblant que la ligne ne passait pas alors que moi, je l'entendais parfaitement. Finalement, il a coupé et il n'est jamais venu ». Tandis que nous sortons pour aller mettre une péridurale, à la maternité dont l'atmosphère est supposée plus tranquille, un autre chirurgien, à qui je n'ai pas encore été présenté, s'interpose soudainement au milieu du couloir : « C'est pas du 45 tes sabots ? », puis sans autre forme de procès : « Donne-les moi, j'en ai besoin ! ». Paloma a un peu honte. Moi, je ne m'étonne même plus.

Escarmouches et algarades

En effet, j'ai déjà souvent constaté la brutalité des rapports sociaux entre ces deux catégories de médecins, le degré de l'opposition variant sensiblement, certes, mais rarement sa nature. Cela n'empêche heureusement pas ces praticiens d'effectuer un travail d'équipe cohérent, ni de cumu-

ler leurs compétences en bonne intelligence, mais reconnaissons que les escarmouches font partie du quotidien des blocs opératoires. Notons encore que si les algarades chirurgicales sont légendaires et l'autoritarisme de ce groupe professionnel tristement banal, les médecins anesthésistes se permettent régulièrement des répliques – allant parfois jusqu'à récuser un malade. D'un côté l'imposition virile d'un rapport de force généralement frontal, de l'autre l'évitement, la ruse, le contournement. Le plus souvent, pourtant, des disputes amusées, des piques, des moqueries substituent l'humour à l'esclandre, euphémisant la confrontation autant qu'il est nécessaire pour poursuivre une collaboration rationnelle : « Tiens, déjà 11 heures 30... ça va les schtroumpfs, vous n'avez pas trop faim ? » demande un homme de l'art à ses confrères de l'autre côté du champ. Réponse des anesthésistes : « L'humour un peu lourd ! quand on disait que les chirurgiens sont des bœufs... ».

En première intention, on serait tenté d'imputer ces conflits entre confrères à des questions de reconnaissance. On sait l'âpreté des luttes de classement entre médecins, la concurrence des titres, des qualifications et des diplômes. Les modes d'entrée dans le métier, les rangs à l'internat, les statuts de simple praticien, de chef de service ou d'agrégué se parent de valeurs symboliques inégales tout autant que la spécialité exercée. Ainsi, la légitimité de chaque segment est en permanence à conquérir et à maintenir, concourant notamment à ce que les deux figures emblématiques du bloc ne cessent de se jauger mutuellement. Les anesthésistes estiment que leur action est mal comprise, leur savoir insuffisamment reconnu, qu'on nie régulièrement la subtilité de leur art ou encore qu'on les assimile à de simples prestataires de service, alors qu'ils sont de véritables médecins spécialistes. Les chirurgiens considèrent quant à eux qu'on leur met des bâtons dans les roues, que la mobilisation pour contribuer au confort et à la qualité de l'acte opératoire est insuffisante, que les gratifications qu'ils récoltent ne sont pas à la hauteur du service rendu : « Les meilleurs ne sont pas reconnus ! » ai-je souvent entendu. Citons cette plainte particulièrement significative d'un chirurgien : « Dans ce petit bloc ORL de merde, je suis en train de faire une grande première et il n'y a personne pour s'en apercevoir ». Preuve supplémentaire du sentiment d'un déclassement particulièrement injuste aux yeux des médecins au bistouri : en pratique libérale, les « gaziers » sont rémunérés davantage alors que « Ce n'est vraiment pas normal, c'est quand même nous qui leur filons à bouffer » – allusion faite au recrute-

« J'ai souvent constaté la brutalité des rapports sociaux entre ces deux catégories de médecins. »

.../...

.../... ment des patients. Les anesthésistes de leur côté collectionnent les indices de leur dépréciation dans l'attitude des chirurgiens qui tentent de leur ordonner une technique d'endormissement, ne les avertissent pas toujours des gestes qu'ils comptent entreprendre et dissimulent parfois leurs erreurs. Lors du mouvement des chirurgiens pour la revalorisation des actes à l'été 2004, ils s'indignèrent de n'avoir pas été associés aux revendications de leurs confrères, faisant remarquer qu'ils appartenaient pourtant au même collectif de travail. Les uns s'exilèrent une journée en Angleterre, les autres à Barcelone. En réalité, ces oppositions et ces différends au sujet de la considération mutuelle s'enracinent dans un processus historiquement produit. On ne reviendra pas ici sur les débuts difficiles de l'anesthésie et sur la position anciennement établie de la chirurgie. Il est important néanmoins de signaler la médicalisation tardive de l'anesthésie à partir de la seconde guerre mondiale, son assimilation à une pratique spécialisée seulement à la fin des années soixante et la cohabitation durable dans ce métier des médecins et des auxiliaires anesthésistes – en réalité des infirmières. Ceci afin de saisir que l'anesthésie fut longtemps conçue par les chirurgiens comme une tâche subalterne ne nécessitant pas obligatoirement des compétences scientifiques pointues. Ce n'est qu'au milieu des années 90 que les anesthésistes parvinrent à obtenir un territoire propre – les salles de réveil – et une consultation systématique du patient « à distance de l'opération ». Il reste que leur action n'est pas considérée comme conduisant à la guérison – elle permet l'acte opératoire – et qu'ils ne recrutent pas directement leurs patients. Deux lacunes, sans doute, pour correspondre parfaitement aux représentations les plus traditionnelles de la définition du travail médical...

Binôme et autonomie

Il est vrai aussi que la configuration du couple anesthésico-chirurgical est à peu près inédite en médecine : deux praticiens de rang égal dotés chacun d'un regard savant spécifique se partagent en même temps, au même endroit un même malade. Voilà une contrainte modérément compatible avec les formes contemporaines de l'apprentissage médical comme acte individuel et autonome. La relation entre un médecin et son patient est pensée a priori comme singulière et les praticiens ne sont pas vraiment disposés par leur formation à devoir rendre des comptes à leurs confrères. On peut donc supposer que la menace que le travail en binôme fait courir à l'autonomie de la décision médicale est largement responsable des antago-

nismes observés au-delà des valeurs sociales mutuellement attribuées. Le jeu dans l'interprétation des actions à entreprendre relève d'abord de la complexe synchronisation de l'organisation du travail des deux acteurs. Si, pour les chirurgiens, le cœur de l'activité se situe au bloc opératoire, ce n'est pas forcément le cas pour les anesthésistes, lesquels sont des médecins particulièrement mobiles. Dans une même matinée, ils peuvent passer d'une salle à l'autre, interchanger la surveillance d'un patient et le travail de consultation, aller ajuster un traitement dans un service de soins intensifs, poser une péridurale à la maternité, réaliser une fibroscopie dans les étages, accompagner un patient de réanimation au scanner puis revenir au bloc pour le réveil du malade endormi trois heures plus tôt et confié dans l'intervalle à un infirmier anesthésiste. Les médecins anesthésistes travaillent généralement en équipes et s'adaptent au volume global de travail – une part significative de leur activité consiste du reste à répertorier les tâches à réaliser et à les répartir en fonction des ressources humaines présentes sur le site. Il n'est pas rare que le chirurgien, concentré sur un organe à réparer,

« L'anesthésie fut longtemps conçue par les chirurgiens comme une tâche subalterne. »

se demande au retour de l'anesthésiste ce que celui-ci a bien pu faire pendant une si longue absence et conclut, dans le doute, qu'il a dû passer la matinée à boire des cafés. Les contraintes qui pèsent sur le rythme quotidien de chaque praticien génèrent de multiples tensions ; au sujet de la mise en place du programme opératoire, des priorités à accorder, de la gestion du flux des malades. Le choix d'un ordre donné pour les interventions engage des appréciations multiples et variées sur les évaluations respectives de l'état du patient, de sa gravité, et de son urgence ; elle implique aussi des conséquences et des modifications de la quantité de travail prévisible pour les opérateurs. Dans cette prise en charge collective à la flexibilité obligée en raison des incertitudes temporelles de l'action, la question est donc souvent : « Qui ralentit qui ? ». Si les chirurgiens suspectent fréquemment les anesthésistes d'être rétifs au travail – manière aussi de valoriser leur propre capacité de résistance à l'effort – ces derniers ne se privent pas en retour de dénoncer la lenteur d'un opérateur malhabile.

Les motifs de la discorde

Les oppositions constatées se nourrissent enfin de définitions labiles de la responsabilité à partager sur l'acte thérapeutique. Pour schématiser... Un malade est recruté par un chirurgien. Celui-ci décide si une opération est opportune. Un anesthésiste évalue si elle est sans risque d'un point de vue global c'est-à-dire si elle est susceptible de dés-

équilibrer ou non l'état global du malade. Au bloc, le chirurgien tend à estimer qu'il a la main sur son malade. En salle de réveil, le même patient est à nouveau pris en charge sur le territoire des anesthésistes. Il regagne ensuite un service de chirurgie ou un service de réanimation ou encore un service classique de médecine. Qui va y intervenir préférentiellement ? Qui doit alors s'occuper des suites ? Antibiothérapie, antalgiques et anti-coagulants sont subjectivement prescrits suivant les arbitrages des deux praticiens. La distribution de ces tâches varie d'un centre de soin à l'autre en fonction des habitudes et des rapports de forces locaux. Il en est de même pour les différents actes post-opératoires qui peuvent ensuite s'avérer nécessaires : installation de drains, rectification d'une sonde, ajustements de différents appareillages de suppléances, etc. Mais ce ne sont pas que des temporalités et des modalités de travail qu'on discute et sur lesquels éventuellement on négocie. Cinq années d'un internat différencié contribuent aussi à forger des conceptions relativement éloignées de l'acte thérapeutique et du bénéfice à attendre pour le patient, selon qu'on est anesthésiste-réanimateur ou chirurgien. Les chirurgiens n'hésitent pas à fustiger « une médecine d'intel-

lectuels » exercée par les anesthésistes au détriment de l'action immédiate qui s'impose et pour laquelle « il ne faut pas trop réfléchir » ; les anesthésistes quant à eux caricaturent des chirurgiens « qui ouvrent des patients comme des boîtes de conserve sans se soucier de rien d'autre que de leurs petits travaux de plomberie ». Dans la salle d'opération elle-même, les chirurgiens se plaignent d'avoir des patients mal endormis – « il bouge trop, il respire trop » – tandis que les anesthésistes critiquent des chirurgiens qui « font trop saigner ». On ne peut ici faire l'inventaire de tous les motifs de discorde ; ce qui est certain, néanmoins, c'est que les options prises par chacun des deux médecins retentissent positivement ou négativement sur l'action de l'autre, que les intérêts sont parfois contradictoires, que le confort de l'un se joue souvent en multipliant les écueils à affronter pour l'autre. De manière emblématique, la dispute récurrente autour de l'inclinaison de la table d'opération en chirurgie digestive concrétise cette notion : insuffisante, elle gêne le chirurgien pour la réalisation de son geste, trop accentuée, elle expose l'anesthésiste au risque de se retrouver confronté à une embolie gazeuse chez son patient.

.../...



.../... **L'évolution des rapports de pouvoir**

Pendant près d'un siècle et demi – l'anesthésie date de 1847 – les chirurgiens ont régné sans partage sur la décision opératoire. Ce n'est véritablement qu'au cours des trente dernières années qu'ils ont dû progressivement s'habituer à rencontrer la contradiction. Ils sont désormais tenus de nuancer leurs appréciations, d'argumenter davantage, de composer avec un second point de vue médical qui les amène à reconsidérer partiellement leurs jugements initiaux. Par les savoirs qu'ils ont développés, les anesthésistes ont gagné en légitimité au fil du temps au point de complexifier et d'enrichir l'approche opératoire. Les bénéfices thérapeutiques sont certains, comme le manifeste la baisse spectaculaire des accidents et des complications. Cette réussite n'a été possible et ne peut sans doute perdurer que par la prise en compte simultanée de deux visions médicales, lesquelles ne se recoupent pas naturellement. Pendant l'étude de terrain que j'ai menée, j'ai pu mesurer à quel point la tentation d'utiliser la violence symbolique pour imposer unilatéralement leurs schèmes de pensée était grande du côté des chirurgiens. Pendant longtemps, leur domination a pu aisément prendre appui sur le prestige de la spécialité, sur les titres conquis (PU, chefs de service), sur le fait qu'il s'agissait de praticiens plus âgés

« Dans cette prise en charge collective à la flexibilité obligée, la question est donc souvent : "Qui ralentit qui ?" »

confrontés à de plus jeunes, ou encore de médecins plus souvent de sexe masculin s'adressant généralement à des femmes. La structure sociale du groupe des anesthésistes réanimateurs s'est largement modifiée – masculinisation significative, accès massif à l'internat, élévation du rang de classement des lauréats – apportant de multiples protections contre la disqualification symbolique. Peu à peu, l'hégémonie chirurgicale s'effrite ; on pourrait s'en réjouir tant la juste prise en charge des patients réside probablement dans l'équilibrage des pouvoirs entre ces deux praticiens porteurs de visions du soin partiellement contradictoires : au cours d'une opération, agression et protection du corps ne sont-elles pas tout autant nécessaires ? Pourtant il y a à peine quelques mois, le professeur Louis Sedel réclamait dans un pleine page du *Monde* qu'on rende le plus vite possible un maximum de pouvoir aux chirurgiens afin que les équipes retrouvent leur cohésion. Probablement un écho à cet éclat d'un autre chirurgien exprimé cinquante ans plus tôt : « Comme il n'y a qu'une reine dans une ruche ou qu'un capitaine à bord et, comme on dit un seul Dieu au ciel, il ne peut exister qu'une autorité en salle d'opération ! ». En médecine comme ailleurs, les progrès ne sont jamais acquis. ■

Sexisme, rapport de force et hiérarchie

Si les conflits professionnels entre chirurgiens et infirmières sont empreints de sadisme, masochisme et séduction, ceux entre aides-soignantes et infirmières naissent des ambiguïtés de la répartition des tâches.

Pascale Molinier, docteur en psychologie, maître de conférence à la CNAM

Entre sadisme et séduction

Les chirurgiens sont-ils tous des caractériels machistes ? Tel use d'un mouvement du doigt pour refuser l'entrée en salle à une panseuse. Tel autre se déverse en propos injurieux pour l'infortunée qui vient de mal orienter le scalytique. Ou bien, au vu d'une infirmière enceinte, l'un s'exclame à la cantonade : « On devrait toutes leur donner la pilule ! » Une infirmière se plaint d'avoir été injuriée : « Alors, la grosse, on se bouge le c... ». J'exagère ? On me le dit souvent. Pourtant, je n'invente rien. Je l'ai bel et bien entendu au fil de mes enquêtes de psychodynamique du travail réalisées auprès d'infirmières. Infirmière et chirurgien formeraient un couple « sado-maso » explosif... Voilà qui vient allumer nos fantasmes et surtout situer la querelle au niveau d'un arrangement psychologique inconscient où chacun s'y retrouverait finalement. Ils seraient nés comme ça et elles aimeraient ça (même si elles ne le savent pas...). Sont ainsi occultés la complexité du travail de bloc opératoire, les contraintes psychologiques qu'il implique et les arrangements défensifs qui permettent aux unes et aux autres de « tenir » en salle d'opération. Ce qui n'est pas une mince affaire.

Des arrangements défensifs différents

Ainsi, l'activité du chirurgien implique-t-elle que celui-ci parvienne à mobiliser son sadisme pour percer, couper, trancher dans le corps humain, ce qui, sur le plan fantasmatique, n'a déjà rien d'évident et l'expose en plus à la peur de commettre des erreurs. Pour être efficace, il doit donc parvenir à écarter la perception des risques, ce qui implique une coopération de tous pour

limiter les expressions de la peur en salle d'opération (et ailleurs). Les manifestations de la vulnérabilité humaine sont étroitement contrôlées, notamment au travers un système symbolique qui associe la maîtrise du risque à la virilité : en substance, un homme, un vrai, n'a pas peur. Toute personne qui exprime sa peur (ses doutes, ses conflits moraux...) n'est pas un homme (quel que soit son sexe) et mérite d'être raillée ou même châtiée : attention aux repréailles... ça fait mal ! En situation de travail, la virilité, au sens social du terme, n'est donc pas seulement mobilisée à des fins stratégiques pour maintenir des privilèges sociaux, mais également comme une défense pour lutter contre la souffrance dans le travail.

Les valeurs associées à la virilité en justifient les « effets collatéraux », en particulier les « crises » des chirurgiens. « Piquer une crise » ? C'est se défendre de la souffrance dans le travail en utilisant la voie comportementale la plus rapide pour soulager la tension. Quand il arrive que les chirurgiens « gueulent » sur les infirmières, ils se défoulent de la même manière qu'ils pourraient le faire en envoyant un coup de pied dans un bac à compresses. Un médecin m'a dit une fois : « Quand il y a urgence (médicale), on ne va quand même pas leur dérouler le tapis rouge », répondant aux doléances des infirmières se plaignant qu'il ne leur dise jamais merci ou s'il vous plaît.

Une grande partie du travail des panseuses consiste à préserver l'état physique et mental du chirurgien, en évitant qu'il ne se fatigue ou ne s'irrite et ne se déconcentre inutilement. Les chirurgiens ont besoin du cadre des infirmières, mais la cohérence de leurs défenses professionnelles

Pascale Molinier a publié aux Editions Payot : *L'énigme de la femme active* (2006) et *Les enjeux psychiques du travail* (2008).

.../...

.../... requiert qu'ils l'oublient. Une telle omission implique nécessairement un déficit de reconnaissance du travail des infirmières. Celles-ci doivent parvenir à prendre soin des chirurgiens sans montrer ce qu'elles savent : qu'ils sont vulnérables et ont peur de l'échec... Surtout ne pas le crier sur les toits ! Endurer les effets des défenses viriles des chirurgiens, sans s'énerver et en leur conservant toute son attention, mobilise chez les infirmières un autre type de défense : le masochisme. Encore ne faut-il pas naturaliser ce dernier dans le registre de la soi-disant psychologie féminine : ce masochisme-là n'est pas l'expression d'un désir, mais une défense pour tenir en situation de travail (Dejours, 2004). D'ailleurs, dès que les infirmières peuvent faire autrement, elles ne s'en privent pas.

Les travaux de Joan Cassell auprès de chirurgiennes ont montré que les infirmières, en particulier les plus expérimentées, ne leur concèdent pas les mêmes privilèges qu'aux chirurgiens (Cassell, 2000). En particulier, elles refusent d'obtempérer quand une chirurgienne « pique une crise ». L'autorité, comme le sadisme, se conjuguant socialement au masculin, on peut faire l'hypothèse que les chirurgiennes peinent à trouver le bon « ton » pour « piquer leur crise ». Elles sont contraintes d'inventer d'autres formes de management, moins « caractérielles » pour parler comme les infirmières. Il est donc possible d'obtenir l'obéissance et la coopération des infirmières autrement qu'en tirant sur la corde du masochisme. D'ailleurs, les infirmières sont loin de tout accepter de la part des chirurgiens, même s'il semble bien qu'elles en acceptent plus que de la part des chirurgiennes.

Le poids de la surcharge de travail

J'ai réalisé, il y a quelques années, une enquête de psychodynamique du travail dans le bloc opératoire d'un hôpital de province (Molinier, 2006). Certains personnels en étaient déjà venus aux mains, un médecin avait même tenté d'en étrangler un autre, on déplorait des vêtements déchirés dans les vestiaires, des pneus crevés sur les parkings¹. L'hôpital était devenu trop petit, les hôpitaux ruraux de la périphérie ayant fermé et la population de la région augmenté. Construit depuis une quinzaine d'années, il n'était pas fini de payer, impossible de réaliser un certain nombre d'aménagements, pourtant nécessaires. Par ailleurs, de nombreux spécialistes avaient été récemment recrutés. Compte tenu de l'intensification du travail et du surencombrement des salles et fonction de la hiérarchie des urgences et des

jours attirés à telle spécialité, les chirurgiens se livraient à de véritables luttes d'influence pour obtenir non seulement une salle en temps et en heure, mais une équipe qui leur convienne. Les cadres infirmiers souhaitaient développer, au contraire, une organisation polyvalente où chaque infirmière devait être susceptible de travailler avec chaque chirurgien. C'est dans ce contexte de guerre de position que s'inscrit le geste, évoqué plus haut, du doigt désignant grossièrement la porte à une infirmière. Or, l'enquête a montré que les infirmières aussi préfèrent travailler régulièrement avec les mêmes chirurgiens. Une bonne connaissance de ceux-ci leur permet de réaliser au mieux un travail qui ne se réduit aucunement à attendre qu'on le leur demande pour « passer les instruments ». Les infirmières doivent être constamment attentives à la progression du travail opératoire, en anticiper les gestes techniques, les difficultés. Une bonnepanseuse sait ce que celui qu'elle sert veut avant qu'il le lui demande. Mais leur art divinatoire ne peut se développer qu'à la

« Une grande partie du travail despanseuses consiste à préserver l'état physique et mental du chirurgien. »

condition d'une certaine stabilité des équipes, car chaque chirurgien a non seulement son style, ses façons de faire, mais aussi sa personnalité, les infirmières disent « ses manies ». Or la connaissance fine de ces « manies » apparaît au moins aussi importante que celle de la boîte à instruments. L'efficacité des chirurgiens est étayée sur le *care* despanseuses. Lorsque le chirurgien se sent en confiance, état qui n'est jamais définitivement acquis, même avec une équipe stable, la virilité défensive tend à s'estomper au profit de stratégies plus souples, plus ludiques, où lespanseuses sont actives aussi, plaisent, maternent, flirtent. Des « jeux » relationnels, qui allient plaisanteries et séduction, tendent à anticiper les « crises » des chirurgiens en cherchant d'autres exutoires à la tension, mais la souplesse qu'ils impliquent peut aussi restaurer la relation malmenée par les « crises »². Là où les conduites virilo-machistes introduisent un élément de brutalité qui sollicite la corde masochiste, les stratégies de séduction mobilisent l'intelligence rusée des infirmières, leur *mêtis* (Detienne, Vernant, 1974), mais génèrent des ambiguïtés affectives et une relation fortement teintée d'ambivalence : entre haine et admiration. Dans les conditions organisationnelles susdites, il semble que ni l'endurance masochiste, ni les stratégies de séduction ne suffisaient à résorber le ressentiment des infirmières à l'encontre des chirurgiens. On peut faire l'hypothèse, au vu du contexte, que ceux-ci étaient d'autant plus difficiles à supporter qu'insécurisés par l'organisation du travail. Lespanseuses ont initié l'enquête dans

un déchaînement de haine, de méchanceté puis d'hilarité, où elles n'en finissaient pas, étalant leurs griefs, d'imiter les fameuses « manies », les tics corporels, les travers et les faiblesses des chirurgiens jusqu'à les rendre complètement ridicules. Ce n'est qu'après cette catharsis que s'est amorcé un vrai travail d'élaboration. La contribution des infirmières à l'œuvre chirurgicale est sortie de l'ombre des savoir-faire discrets, se révélant aux principales intéressées, à travers leur propre parole, dans toute sa complexité. Alors, la relation avec « eux » a pu être éprouvée sur un mode moins immédiatement émotionnel et des jugements appréciatifs portés sur leur travail à eux aussi. C'est donc en construisant les critères de reconnaissance de leur propre travail, en lui attribuant collectivement une nouvelle valeur – elles s'étaient d'abord décrites comme faisant un travail « bête », dont « il ne serait pas intéressant de parler » –, que les infirmières ont pu se restaurer une marge de manœuvre et avant tout un espace pour (se) penser.

Dans cette perspective, l'envers du masochisme défensif n'est pas la stratégie individuelle de séduction – celle-ci demeurant trop ambiguë – mais la construction collective de règles de métier.

La confiance en soi, instaurée sur la base de la reconnaissance du travail par les pairs, pourrait bien suffire à ce que tous les chirurgiens soient traités par les infirmières... comme s'ils étaient les chirurgiennes de Joan Cassell. Or, ce qui est demandé aux chirurgiennes par les infirmières, profitant de la moindre autorité de ces dernières, n'est rien d'autre d'un management attentionné, ce qu'une chirurgienne appelle un management « capitaine de l'équipe » par différence avec un management « roi de la Pampa ».

Sous tension et sans médiation

Les chirurgiennes ont du mal à se faire obéir... elles ne sont pas les seules. Autre enquête de psychodynamique du travail, celle-ci réalisée par Sylvie Esman et Jean-Luc Nimis sous ma supervision. Autre secteur : la gériatrie. « L'événement », puisque c'est ainsi que les gens nommeront les faits, consiste en l'accusation de « maltraitance » portée par une infirmière contre trois aides-soignantes. Vingt toilettes sont à répartir entre les quatre protagonistes. On sait, par un courrier de l'infirmière que, ce matin-là, elle a réalisé quatre toilettes dont l'une, « très lourde », a pris plus d'une heure, avec l'aide d'une des aides-soignantes. Pour celle-ci, .../...

BLOUSES DE SOIN :
PROTECTIONS ET VÊTEMENTS
EN USAGE AU
BLOC OPÉRATOIRE



.../... cette toilette est venue s'ajouter aux cinq qu'elle a déjà réalisées, comme ses deux autres collègues. Il est 11 h 15 quand ces dernières refusent tout net d'aller faire la vingtième toilette. L'infirmière a un grade supérieur aux aides-soignantes, mais ne peut pas leur donner des ordres, n'ayant pas l'autorité sur les aides-soignantes. La légitimité de cette infirmière est encore fragilisée du fait qu'elle est nouvellement diplômée et ancienne aide-soignante. La cadre de santé qui, elle, possède l'autorité légitime, non seulement est absente au moment des faits, mais il s'agit de surcroît d'une infirmière « faisant-fonction » dont la légitimité est moindre que celle d'une cadre diplômée. La situation se caractérise donc par un conflit non arbitré entre deux règles d'équité. Ces règles, comme toutes les règles de métier, ne sont inscrites nulle part et n'apparaissent précisément qu'en cas de conflits de règles, ce qui est d'ailleurs fréquent. La situation suggère que la première règle est celle d'un partage mathématique du travail, même s'il y a des toilettes plus lourdes que d'autres. Pour établir l'équité, on offre des compensations à qui doit faire une toilette plus lourde (par exemple, en apportant de l'aide). Ici, le système de compensation a joué. Les aides-soignantes ne disent pas à l'infirmière que celle-ci doit faire la dernière toilette, mais elles lui signifient clairement qu'elles ne la feront pas (on peut donc penser qu'elles adhèrent à la règle du partage mathématique du travail).

La délégation de tâche

La seconde règle est que les infirmières sont moins tenues de faire des toilettes que les aides-soignantes, dont c'est la mission première dans le cadre de la délégation des tâches. Donc, s'il ne reste qu'une toilette à faire, on peut considérer comme équitable que celle-ci soit faite par une aide-soignante plutôt que par l'infirmière. Toutefois, non seulement les toilettes sont à l'intersection entre le travail des infirmières et celui des aides-soignantes, le conflit se situe donc dans une zone très floue de la prescription, mais de plus elles appartiennent au « sale boulot », c'est dire qu'elles constituent un travail fatigant et pénible psychologiquement. Aussi la seconde règle ne peut-elle réellement s'accomplir qu'à la condition que l'infirmière déploie une certaine stratégie de compensation. Celle-ci consiste en général pour les infirmières à demander aux aides-soignantes tout ce qui se situe dans la zone floue de la prescription, et d'autant qu'il s'agit d'un sale boulot, comme « un service », c'est-à-dire avec force d'humilité et de remerciements. On se souvient du médecin cité plus haut qui

trouvait « inadmissible de déballer le tapis rouge », les infirmières, en revanche, sont tenues de le faire et plutôt deux fois qu'une³. Si la règle 1 est indissociable de l'équilibrage par une aide concrète, la règle 2 trouve son équilibre grâce à la mise en scène de la civilité et de la gratitude. Or, rien dans l'histoire n'indique que l'infirmière s'y soit prise de cette façon. On peut d'ailleurs se demander si son statut de novice et d'ancienne aide-soignante ne fait pas tout simplement obstacle au déploiement d'une telle stratégie. Car, sans doute, ne peut-on mettre en scène sa dépendance vis-à-vis du travail d'un-e subalterne qu'à la condition que les places dans le rapport social de travail soient clairement instituées.

« Les règles de métier ne sont inscrites nulle part et n'apparaissent qu'en cas de conflit. »

Sur le moment, le rapport de force s'établit en faveur des aides-soignantes : elles refusent de faire la toilette supplémentaire et ont gain de cause. Dans un deuxième temps, l'infirmière se plaint à l'infirmière faisant fonction de cadre. Dans cette plainte s'agrègent d'autres faits similaires – le refus de raser un patient –, et des « insultes » à l'encontre des patients (il s'agit

en fait de propos plutôt grossiers qu'insultants). Voici donc les faits qui ont été étiquetés de « maltraitance » : un refus d'obtempérer dans une situation ambiguë où il n'est pas facile de construire un arbitrage sur qui doit faire le travail en excédent, chacun étant persuadé que c'est à l'autre de le faire et personne ne voulant « céder ».

La cadre – pour se « couvrir » ? – fait part à la direction de pratiques de maltraitance. C'est ici que tout s'emballe. Informée de l'existence de « mauvais traitements », la direction est tenue de faire quelque chose et choisit d'interpréter les dires de l'infirmière dans le registre technocratique du « défaut de prise en charge ». Le protocole prévu à cet effet requiert alors de réagir très vite. La direction organise dans la précipitation une réunion avec l'équipe et sanctionne les aides-soignantes : mises à pied immédiate en attendant leur mutation. L'une d'entre elles fait un malaise au cours de la réunion, elle est hospitalisée d'urgence en psychiatrie où elle restera quelques jours, « mortellement blessée », selon les termes du psychiatre. C'est dans ce contexte dramatique que la direction demande à l'infirmière d'écrire le courrier qui permet d'établir a posteriori les faits reprochés.

« L'événement », ce n'est donc pas tant ce qui s'est produit dans le service, mais le dérapage qui s'en est suivi : la formalisation du conflit entre infirmière et aide-soignante en termes de maltraitance, la réunion organisée à la hâte par la direction, son issue dramatique et le courrier de dénonciation.

Tout ceci à défaut de pouvoir mettre à plat le douloureux problème de la division du travail de *care* et de la délégation du « sale boulot » aux aides-soignantes, problème qui dépasse largement le service de gériatrie en question.

Récapitulons. Le chirurgien a pouvoir en salle d'opération, car il a la vie du malade entre ses mains, ce dont chacun est parfaitement conscient. L'infirmière est à son service, ou plus exactement au service de la qualité du travail du chirurgien, qui en aucun cas ne peut se passer de ses services : c'est lui qui dépend de l'infirmière, non le contraire, et les chirurgiennes de Joan Cassell en font l'amère expérience. Dans la relation infirmière et aide-soignante, la première n'a aucun pouvoir sur la seconde, bien que celle-ci soit néanmoins sa subalterne. Curieuse division des tâches ! Les infirmières ont un « rôle propre », autonome par rapport aux médecins, alors que la tâche des aides-soignantes est « déléguée ». Cela veut dire que tout ce que fait une aide-soignante, une infirmière peut le faire. C'est le cas des toilettes, prévention d'escarres, etc. Depuis le décret de 1993, les aides-soignantes ont vu réduire considérablement les tâches qui leur sont autorisées. Cette déqualification a généré beaucoup de ressentiment et des remaniements durables dans les formes de coopération : les aides-soignantes se sont de plus en plus refusées à réaliser des « glissements de fonction » au profit des infirmières. On les comprend. Mais cela ne simplifie pas la vie des infirmières quand elles ont besoin d'un coup de main. Il leur faut pour cela « déballer le tapis rouge », ce qui est une attitude de soumission et non d'autorité. Les chirurgiens usent de la voie comportementale, la plus courte, pour se faire obéir, le cheminement des infirmières est autre-

ment alambiqué. Puisque la délégation est relativement précise, les aides-soignantes font tout ce qui est « délégué » et à l'intérieur de cette délégation, elles s'organisent à leur guise. Mais, en gériatrie, la charge de travail la plus lourde est précisément la « tâche déléguée » et il est peu concevable que les infirmières n'y participent pas du tout. D'où d'inévitables tensions et rapports de force pour équilibrer la charge de travail de façon équitable. L'issue de ce rapport de force n'est jamais jouée d'avance et d'autant quand il se double d'un rapport générationnel : aides-soignantes anciennes contre jeunes infirmières. D'où la nécessité d'un arbitrage extérieur : normalement la fonction du cadre de santé... qui a bien d'autres chats à fouetter !

Machisme, masochisme, rébellion et dénonciation : rien de tout cela n'est une fatalité ! J'ai essayé de montrer que « l'enfer » de ces relations professionnelles asymétriques ne peut être analysé indépendamment du travail et de ses contraintes et qu'on ne peut assouplir ces relations explosives qu'à la condition d'une réflexion sur l'organisation du travail et les manières dont on se débrouille des contraintes psychologiques et sociales de l'activité. ■

1. L'enquête n'a concerné que les infirmières et les aides-soignantes, c'est-à-dire la seule population en demande, pour la méthodologie voir Molinier 2006.
2. Cassell montre que les jeux de séduction existent également entre patron et chirurgienne, dans l'exemple qu'elle donne le patron parodie ses propres attitudes sadiques et son machisme (il se compare à « bien pire » que King Kong), tandis que la jeune femme accepte de porter une blouse où il est écrit « la salope du patron ». Dans cette situation, c'est l'autodérision, de part et d'autre, qui subvertit secondairement les défenses sadiques et masochistes.
3. Les chirurgiennes décrites par Cassell aussi.

Bibliographie

- Cassell Joan, « Différence par corps : les chirurgiennes », *Les cahiers du Genre*, 2000, n° 29, p. 53-82.
- Dejours Christophe, « Activisme professionnel : masochisme, compulsivité ou aliénation ? », *Travailler*, 2004, n° 11, p. 25-40.
- Detienne Marcel, Vernant Jean-Pierre, *Les ruses de l'intelligence. La mètis chez les Grecs*, Paris, Flammarion, 1974.
- Molinier Pascale, « Le masochisme des femmes dans le travail : mythe sexiste ou défense professionnelle ? Le cas des infirmières de bloc opératoire », *Psychologie Clinique et Projective*, vol. 12, p. 211-230, 2006.

Si on reste ensemble, c'est pour les enfants...

De la secrétaire maternant le médecin à l'urgentiste malmenant le psychiatre, une saga dans l'enfer de l'hôpital en crise, une revue des couples infernaux agités d'intérêts et de moyens contradictoires.

Didier Morizot, infirmier de secteur psychiatrique au centre médico psychologique de Paray le Monial

Le couple va mal, mes amis, les couples soignants en particulier (unis afin de mettre au monde un soin de qualité). Le problème relève souvent de la survie en milieu hostile ; quoi de commun, en effet, entre le « corps à corps » du kiné et le « tête à tête » du psy ? Et pourtant, ces deux métiers, et tous les autres, doivent cohabiter dans la joie et la bonne humeur...

Pour compliquer les choses, la maison où ils abritent leurs ébats n'est pas exactement située au pays de Candy ; les cliniques, les hôpitaux sont à présent gérés par des managers très au fait des questions financières, mais qui pratiquent une gestion humaine à mi-chemin entre *La guerre du feu* et le *Prince de Machiavel*. À leur décharge, l'équation n'est pas simple ; l'hôpital, en l'occurrence, est le fidèle reflet d'un monde extérieur en pleine mutation ; les pouvoirs religieux et politiques, le poids de la notabilité (curé, notaire, instituteur...) pesant bien moins aujourd'hui que les pouvoirs administratifs, judiciaires ou médiatiques... Les codes sociaux sont brouillés, et les missions de l'hôpital, je te raconte pas...

Là où le Roi Soleil faisait sa visite, entouré de toute sa cour en blouse blanche, les fins de mois sont un peu difficiles ; Louis XIV peine désormais à se maintenir au sommet de la chaîne alimentaire... Il lui reste bien son interne qui s'écrase toujours devant son statut de mâle dominant, mais le reste fait pitié. Sa relation fusionnelle avec son infirmière cadre (avec laquelle il passe plus de temps qu'avec sa légitime) est polluée par de mesquines

histoires matérielles ; la Sécu lui cherche des poux dans la perruque pour le moindre examen un peu compliqué, tandis que sa « surveillante » est principalement occupée à surveiller le budget du service, en coma dépassé. Tu voulais de nouvelles infirmières pour remplacer toutes celles qui se sont échappées du service en faisant un gamin ? Tiens, fume ; c'est du belge ! Et pour réparer l'endoscope qui vient de couler une bielle, tu peux toujours t'accrocher...

Quand il veut du matériel pour effectuer des contrôles techniques de qualité, il va donc faire les courses lui-même en allant voir son vieil ami le directeur ; il essaye de le faire craquer en lui parlant de « l'obligation de moyens » dont il est tenu de faire preuve afin de soulager l'humanité souffrante... Et c'est la crise... Mais enfin, mon chéri, tu sais bien qu'on vient de refaire la cuisine, on ne peut pas racheter une voiture neuve tout de suite...

Le DRH qu'il croise après avoir claqué la porte de la direction l'énerve encore plus... celui-ci lui a en effet piqué un de ses privilèges, à la faveur d'un infâme transfert de compétences ; à présent, c'est ce monsieur qui décide de l'embauche de SES infirmières. Pour le faire plier, le chantage ne marche même pas, ni la danse du ventre, d'ailleurs. La scène de ménage est aussi efficace que de pisser dans un clavecin...

Heureusement, après une telle angoisse de castration, il peut compter sur sa secrétaire pour le consoler ; celle-ci le connaît bien et, selon l'humeur du jour, elle l'écoute couiner stoïquement

« L'hôpital est le fidèle reflet d'un monde extérieur en pleine mutation. »

ou le met sur ses genoux pour essuyer ses grosses larmes. Une petite régression névrotique face à une administration autiste, qu'est-ce que ça fait du bien...

Mais les dossiers médicaux qu'il consulte ensuite lui font retordre du nez ; depuis quelques temps, ces andouilles d'infirmières (après une formation sur le dossier de soins qui a coûté très cher, même que le directeur de l'organisme il s'est acheté un suspensoir en acier tellement il s'est fait des couilles en or), bref, ces andouilles d'infirmières se mettent à écrire des choses bizarres avec plein de formules stéréotypées dans leurs transmissions ; afin de revaloriser à bon compte leur profession, on leur permet en effet de pondre des « diagnostics » infirmiers, et le bon docteur frémit à l'idée que l'on piétine ses plates-bandes...

Et je ne vous parle pas de la relation médecin-assureur qui a pris des allures dantesques depuis l'explosion des primes d'assurance. Primes qui don-

ne passe à l'action (entre nous, s'il l'a laissé partir dans ces conditions, c'est que parfois il n'y a pas grand-chose à proposer, faute de moyens)... Certains dossiers sont donc aussi creux que le cerveau d'un énarque et les médecins pataugent allègrement avant de comprendre certains scénarios. Le couple infirmier-psychiatre ne peut plus fonctionner avec le système des post-it collés sur le frigo. Il est condamné à se courir après, afin d'organiser une explication de texte entre deux portes...

Ceci dit, ce n'est pas toujours du temps perdu ; cela permet parfois de remettre les pendules à l'heure. Lorsqu'un infirmier, par exemple, déprimé par sa feuille de paye, restaure son narcissisme en détruisant les plates-bandes du psychiatre ou du psychologue ; je te raconte pas comme c'est valorisant de jouer au psychanalyste avec les patients. Et vachement dangereux...

Donc, je disais que le risque judiciaire est devenu une réalité ; le couple maudit juge-avocat projette



nent des crises d'urticaire ou des montées de lait à de nombreux praticiens... Aux Etats-Unis, la situation est d'ailleurs dramatique ; certains anesthésistes ou obstétriciens jettent l'éponge et le WWF envisage d'inscrire ces professions au tableau des espèces en voie de disparition...

Mais revenons en France et au dossier de soins, plus précisément en psychiatrie. Là, le soignant a du mal à se planquer derrière une technicité qui permet à d'autres IDE (infirmiers diplômés d'Etat) de cacher leurs états d'âme. Vous trouverez de moins en moins d'infirmières en psy écrivant des comptes-rendus vraiment consistants, surtout en extrahospitalier. Celui ou celle qui écrit ainsi « idées noires » ou « risque suicidaire » en parlant d'un patient qu'il a laissé rentrer chez lui, subira de sérieux dégâts collatéraux si l'intéressé

son ombre dans les salles de soins... c'est que le patient ne l'est plus tellement et il développe de plus en plus des réflexes de consommateur exigeant. Depuis qu'il a accès à son dossier médical, il considère chaque membre du personnel comme un prestataire de services... La belle relation dominant-dominé qui caractérisait le médecin et son gentil malade a du plomb dans l'aile...

Bref, les paperasses n'ont pas fini de nous pourrir la vie ; toute institution se justifiant par les preuves administratives de son activité (et non par l'accomplissement de sa mission première), les soignants doivent souvent sortir le stylo avant de pouvoir manier la seringue ou la sonde urinaire.

Je me souviens de mes années passées aux urgences ; c'était un peu comme dans la série télé du même nom, sauf que ça n'avait rien à voir... Alors

.../...

.../... que mes collègues (dans le feuilleton) sautent sur les patients comme la vérole sur le bas clergé breton au XVIII^e siècle, personnellement, dès qu'une ambulance arrivait, je commençais toujours par remplir les sacro-saints papiers... Je ne vous raconte pas les scènes de ménage avec certains internes, lorsque j'arrivais dix minutes après lui dans la salle de soins... Alors, c'est maintenant que t'arrives ; je sais plus quoi en faire... il n'arrête pas de brailler... en plus il en avait une pleine couche et il a vomi tout son biberon...

C'est dur d'être parents...

Il faut dire que l'on n'a pas trop le choix ; la priorité est à l'administratif et il est souvent plus dangereux pour un soignant de se planter de formulaire que de se tromper d'injection ! Rigolez pas, j'ai un plein sac d'exemples. Et l'accréditation n'arrange rien. Ce mécanisme diabolique (à mi-chemin entre l'écran de fumée et la sodomisation des mouches) alimente la folie administrative en renversant les priorités ; qu'importe le soin proprement dit, pourvu que les protocoles soient respectés...

Les priorités éducatives du couple soignant ne sont donc pas toujours lisibles... Et cela commence de bonne heure ; la schizophrénie démarre dès la formation... Que dire de l'étudiant infirmier vivant une lune de miel avec sa formatrice (porteuse du soin rêvé...), lorsqu'il monte en première ligne pour unir son destin à celui d'une équipe de soins (résignée à un pragmatisme cruel...) ? Il n'est plus en effet au pays des Bisounours ; l'infirmière chargée de son déniage professionnel se débat en effet avec des contraintes de temps et de moyens incontournables. Pour peu qu'elle subisse les humeurs d'un chef de service caractériel, elle survivra elle-même en adoptant le syndrome de Stockholm, afin de faire alliance avec lui contre une administration persécutive, des familles de malades qui jouent au pit-bull, une fac de médecine qui n'envoie plus d'internes, etc. Heureuse est-elle, d'ailleurs, si elle ne travaille pas au bloc opératoire ; elle évite ainsi le sort de sa collègue panseuse qui se ramasse les instruments dans la tronche, de la part du chirurgien stressé par l'accumulation des gardes... Mais bon, il faut bien qu'il se défoule quand la testostérone déborde ; et ce ne sont pas les quelques intérimaires qu'on lui jette en pâture de temps en temps qui suffisent à le détendre. En plus, le mariage de raison qu'il doit faire chaque jour avec l'anesthésiste le contrarie fortement, surtout depuis que celui-ci a changé sa BM pour une Porsche. C'est bien connu, l'amour-propre est bien plus solide que l'amour conjugal...

Bref, si l'instrumentiste n'est pas contente, elle n'a qu'à se barrer... depuis le temps que ça dure, tout

l'immeuble est au courant (et ça ne dérange pas grand monde, d'ailleurs...) On ne va quand même pas appeler Police secours pour quelques assiettes qui volent...

Et puis, si elle ne veut pas se faire engueuler, elle n'a qu'à faire médecine ; parce que, un docteur, c'est quelqu'un de bien élevé (au moins avec ses semblables...). Bien sûr, il y a toujours un peu de rivalité entre chefs de service ; ma surveillante est plus canon que la tienne, le Père Noël m'a apporté un écho doppler tout neuf, toi tu as une Porsche, mais moi, j'ai une Ferrari... Mais tout cela reste bon enfant et l'administration voit cette saine émulation avec bienveillance ; cette façon de jouer à celui qui a la plus grosse revalorise un peu une corporation fragilisée par un prestige en dessous de la ligne de flottaison...

Mais il y a quand même des situations où cette saine émulation peut déraiper ; quand un service d'urgences est coincé entre un afflux de malades

et une absence de lits disponibles, par exemple. Et je ne vous dis pas ce qui arrive lorsqu'il s'agit de troubles du comportement ; après avoir mis le service à feu et à sang pendant deux heures, le toxico en crise se transforme en patate chaude que l'on met dans une ambulance afin de l'envoyer en Hospitalisation à la Demande d'un Tiers, malgré le veto du psychiatre de garde. Ce dernier n'ayant plus lui-même de place dans son service, surtout depuis que l'ARH a réduit l'offre de soins dans le département... Bref, le couple urgentiste-psychiatre est souvent au

bord de la crise de nerfs... D'autant plus si l'urgentiste en question (étranger) est déjà énervé par son contrat de travail ; bon, d'accord, il reçoit un peu plus d'argent qu'un ours slovène en CDI dans les Pyrénées, mais il est toujours payé moitié moins cher qu'un autochtone.

Bref, parfois l'ambiance est un peu crispée entre docteurs, mais ce n'est pas mieux au sein du « petit » personnel. En effet, entre les aides-soignantes et les infirmières, ou entre les brancardiers et les ASH (agent de service hospitalier), en fait de complémentarité, on ne se précipite pas forcément lorsqu'il s'agit de mettre les mains dans le caca ou de pousser un brancard en s'arrachant la peau du ventre (surtout si le copain a le droit de le faire à notre place...). La confusion des rôles est un espace idéal pour qu'une équipe se bouffe la gueule en exprimant ses frustrations. Il faut avouer que cela a un côté pratique pour l'encadrement ; pendant que les enfants se chamaillent dans le bac à sable, au moins ils foutent la paix à leurs parents...

Un sac de nœuds, je vous dis. Tout comme la vie de couple, d'ailleurs... ■

« Les soignants doivent souvent sortir le stylo avant de pouvoir manier la seringue ou la sonde urinaire. »

Les raisons de la discorde

On examinera ici ce qui rend infernaux des couples destinés à une vie professionnelle commune, et ces raisons de la discorde sont à la fois multiples et complexes. Rapports de genre, inégalité de reconnaissance, domination socioprofessionnelle, clivages sociaux entre des professions complémentaires, tous ces déterminants ont des raisons d'être historiques, qu'il faut analyser. Mais ils sont aussi considérablement aggravés par le caractère consternant des politiques actuelles. Les restrictions budgétaires, et notamment en personnels, affectent toute la sphère des relations interprofessionnelles, et se traduisent en terme de rivalités accrues, dans le temps même où la gestion informatique du travail pousse à passer plus de temps dans le compte-rendu des actes que dans leur effectuation. Il faudra donc croiser les regards historiques, économiques, sociologiques, politiques et anthropologiques, avec les regards de terrain, pour comprendre ce qui se joue derrière la constance des conflits. ■

Les infirmières se pensent-elles ?

Il est nécessaire de faire un détour historique sur les rapports infirmière-médecin pour mieux éclairer les fonctionnements actuels et leurs évolutions.

Philippe Bencteux, cadre de santé

Un élément fondamental de ces trente dernières années fut l'arrivée constante et massive des technologies employées par la médecine, qui ont sollicité de façon croissante le corps infirmier, et eurent un effet de pression supplémentaire sur ceux et celles que l'on pourrait nommer les servants de la médecine. D'une manière générale, les infirmières ont un regard bienveillant et respectueux envers les médecins, mais la réciproque n'est pas toujours vraie. Aujourd'hui encore, il reste tabou de parler de ces rapports, tant ils ressemblent à des rapports de caste. Le formatage des médecins et des infirmières se faisait durant les études sur les lieux de stage par mimétisme.

Je me souviens, dans les années 70, de jeunes externes nous parlant comme à des soubrettes, que nous envoyions paître, pensant entre nous qu'il fallait les recadrer dès le début. Le corps médical était très hiérarchisé – patron chef de service, assistants, internes, externes, secrétaires médicales – et par ailleurs, la surveillante, les infirmières, les aides-soignantes, les agents de service, les stagiaires, etc. On parlait de cour comme autour du roi. Il s'agissait d'une pure hiérarchie descendante, instituée sur l'échelle des connaissances médicales

Du haut vers le bas, comme dans la loi des perchoirs de poulailler, on parlait sèchement et avec condescendance ; parfois on hurlait si ça ne tournait pas comme il faut.

De bas en haut, soit on évitait de parler, soit on répondait aux questions qu'on vous posait. Dans n'importe quel milieu à la même époque, on aurait parlé d'abus de pouvoir et de maltraitance, mais à l'hôpital : « Ça a toujours été comme ça ! ». Un régime de peur régnait dans certains services, les médecins étaient craints, souvent du fait de leur caractère – disons-le tout net : certains étaient odieux. A comportement similaire, nous aurions depuis longtemps été congédiés ! Quantité d'infirmières

racontent des anecdotes comportementales de toute puissance et d'abus de pouvoir, banalisées car « normales dans le monde hospitalier ». Nous les craignons du fait aussi d'une distance qu'ils tenaient à conserver entre nous, gage de respect probablement. Nous les craignons encore de par le pouvoir « discrétionnaire » qu'ils détenaient sur la carrière, la mutation ou la note administrative des agents. Par ailleurs, ils savaient très bien que nous avions un regard critique sur leur travail, relayé et étayé en permanence par notre rôle auprès du patient, rôle similaire à celui de la mère au foyer envers ses enfants dans leur relation au père. L'infirmière/mère prépare le malade/enfant à l'entrevue décisionnelle du médecin/père : « Il a l'air comme ça, un peu sévère, mais il est très gentil et ne vous veut que du bien, et puis je suis là ! », ce « je suis là » justifiant largement la nécessaire présence maternelle. Ça s'appelle matelasser les relations et pouvait tourner à la complaisance quand le médecin n'écoutait pas vraiment son patient. Ils ne nous jugeaient pas capables de les

critiquer, notre niveau d'études étant bien plus bas ! Ils craignaient que nous puissions dire n'importe quoi au patient. Ils nous toisaient et nous étions surpris par leur gentillesse quand nous requerrions leurs services en tant que patients. Le patron, le chef, donnait le ton d'une équipe, la façon qu'il avait d'exercer sa responsabilité déteignait sur tout ce petit monde, tout au moins tant qu'il était présent ! Mais là, il pensait avoir placé sa carte maîtresse : sa surveillante ! Il pouvait aussi avoir ses infirmières préférées, celles en qui il avait vraiment confiance. Un paternalisme bon enfant tenait lieu, en apparence, de cohésion sociale. Les rapports médecin-infirmière étaient absolument verticalement hiérarchisés. Au-delà, en dépit de quelques marques de copinage où l'humour était souvent à sens unique, les règles du jeu étaient

« On parlait de cour, comme autour du roi. »

connues, on les appliquait et votre statut social n'y faisait rien, être femme de médecin, par exemple, ne protégeait pas ! On peut dire que la fonction médicale hospitalière autorisait le dépassement des frontières. En tant qu'infirmier, je n'ai connu l'absolu respect qu'à l'Hôpital des Armées Bégin ! Cela peut paraître paradoxal, quand on parle de l'armée, mais je n'ai jamais assisté ni entendu, en une année de présence, quiconque se plaindre d'abus de la part d'un médecin et tous sans exception nous portaient, à nous simples trouffions, la plus grande considération.

De leur côté, les infirmières auraient tant aimé que la reconnaissance de leur identité vienne du corps médical qu'elles adoptaient inconsciemment une posture qui les desservait, une posture de soumission au savoir de l'autre et, par extension, à sa personne. Ces phénomènes étaient souvent doublés par la question de la classe sociale et de la culture. En réalité, on s'observait en permanence et on assistait à un conflit larvé entre le pouvoir médical, souvent masculin et isolé, et la gent féminine soignante beaucoup plus représentée. Si l'on considère que les femmes médecins se comportaient rarement comme leurs homologues mâles – mais il arrive que des femmes se prennent pour des hommes – il y a tout à penser qu'un vieux problème sociétal homme/femme se dissimulait mal dans ces manières d'être d'un autre âge. Les humiliations étaient communes et avaient lieu pour des raisons diverses. Il fallait les anticiper : on connaissait l'heure d'arrivée du patron, ce qu'il aimait ou détestait, ses rituels, on mettait en son ordre le service et les comportements pour éviter les remarques humiliantes. On préparait les élèves par un cours de bonne conduite : ne te mets jamais là à la visite, réponds s'il te pose une question... Certains soignants ont choisi de travailler la nuit pour éviter d'être confrontés à ces situations et de se plier à ces règles du jeu. Aujourd'hui, deux tendances se dessinent : celle du secteur dit « actif » – urgences, médecine, chirurgie, obstétrique – ou services de *care giving* et

celle des secteurs gériatriques, psychiatriques et du médico-social (Résidences de personnes handicapées ou âgées) ou services de *care giving*. Dans l'hôpital *care giving*, personne ne conteste que sans les médecins qui diagnostiquent et traitent, il n'y aurait pas de malades. L'infirmière existe là pour accomplir les prescriptions médicales, administrer les médicaments, poser les perfusions, charger les pousse-seringues comme on chargerait des canons à tuer les maladies sous les ordres du capitaine, surveiller les constantes des malades. Les aides-soignantes lavent, lèvent, habillent et nourrissent. Les agents de service font le ménage ! Tout

cela est très simple, n'est-ce pas ? Dans cet univers efficace et hyper organisé, les soignantes peuvent peut-être se reconnaître un rôle d'écoute/accompagnement du patient, cette fameuse chose relationnelle qui leur accorderait le crédit identitaire tant désiré.

Dans les structures *care giving*, les choses vont tout autrement. Pour les personnes handicapées, jeunes ou moins jeunes, passé le cap fatidique du « y'a plus rien à faire pour eux », un monde différent apparaît. La personne est au centre des préoccupations, le sujet qu'il soit le client/patient ou le travailleur soignant, devient plus important que les pathologies ou

les déficits. Tout le monde ici, du médecin au directeur, du cadre au jardinier répondent au même principe d'accueil des personnes en souffrance. Beaucoup d'équipes fonctionnent sur de véritables modalités d'écoute et de respect, de collégialité et de partage des savoirs. Le gériatre, s'il est gériatre, n'est pas organiciste, il est par nature holistique, sa vision du patient est psychosociale, en projection dans son environnement et pour son projet de vie. Tous les professionnels sont ainsi tournés vers le même horizon et chaque observation ou action de quiconque est fondamentale pour tous. Rien ne peut se dire ni se travailler sans un profond respect et une ambiance globale de reconnaissance des compétences de chaque corps de métier.

Reste aux infirmières à se définir entre ces deux modèles ! ■

« On connaissait l'heure d'arrivée du patron, ce qu'il aimait ou détestait, ses rituels, on mettait en son ordre le service et les comportements. »

Restons à notre place

Pas facile de trouver sa place quand on fait le même travail, mais qu'on n'a pas les mêmes responsabilités.

■ **Pierre Volovitch**, économiste

« **M.** » a été dix ans infirmière anesthésiste. Elle me parlait de ses rapports avec les médecins anesthésistes : « on est clairement considérées comme étant inférieures ». J'ai posé des questions pour comprendre comment naissait ce sentiment d'infériorité et fonctionnait cette hiérarchie.

Le médecin et l'infirmier anesthésistes, une fois qu'ils sont dans le bloc, pour endormir, surveiller, réveiller, ils font le même travail, les mêmes gestes techniques. Le médecin est prescripteur, responsable. Depuis 1994, un décret l'oblige à voir le patient avant l'anesthésie : il décide la manière dont le patient va être pris en charge.

« Mais en même temps, il n'y a pas trente six mille façons d'endormir ».

– Et si l'infirmier participait à cette rencontre ?

« Ça c'est impossible, l'infirmier est coincé dans le bloc ».

La liste et la répartition des gestes sont définies par un Décret de compétence. A l'hôpital public, on ne déroge pas à la règle.

– Cette distinction, dans la réalité du travail, a-t-elle un sens ?

« Installer une voie centrale (elle m'explique qu'il s'agit d'aller trifouiller profond dans l'organisme, pas en rester aux veines superficielles), c'est absolument médical ».

Mais elle se souvient qu'au début de son activité en salle d'opération, elle en a installé des voies centrales, elle sait que dans les cliniques privées, les infirmières le font. La norme est fluctuante en fonction de la démographie médicale. Il y a trente ans, les infirmières réalisaient des gestes qui sont aujourd'hui strictement médicaux. On a formé davantage de médecins anesthésistes. Il fallait justifier leurs actes. Les infirmières ont été dessaisies. La formation des médecins est plus longue, ils ont plus de connaissances. « C'est difficile d'oser dire quelque chose, surtout quand ça va mal, à un médecin qui peut le prendre mal. C'est lui qui décide, on n'a pas les connaissances. »

On parle aussi des infirmiers anesthésistes qui ont de la bouteille et des jeunes médecins qui en ont

moins. Des médecins qui tournent dans différents services et des infirmières qui ont trente ans de présence dans le même bloc. Il y a des frictions, des clashes : c'est le chef de service qui règle les problèmes. « Le médecin est le maître ».

– Y a-t-il des différences de comportement entre les « anciens » et les « nouveaux » ?

« Les anciens ont une perception fine de certains signes cliniques et ne sont pas totalement prisonniers des instruments. Les nouveaux ont été formés à la réanimation. Ils sont très pointus sur les appareils, dont ils sont beaucoup plus dépendants. »

« Entre un médecin et une infirmière anesthésistes, il doit nécessairement s'instaurer un rapport de confiance et de solidarité, c'est essentiel pour la sécurité des patients ». Il y a une dimension personnelle. « M », parce qu'elle a eu une carrière plus variée, est arrivée tard. Quand elle se compare à une copine qui a trente ans de pratique dans le même bloc opératoire, de surcroît mariée avec un chef anesthésiste : « forcément la confiance est plus grande ».

« Ils ne voient pas des personnes derrière la fonction. J'ai réussi, avec certains médecins, à créer des liens plus personnels, à partir d'échanges sur la littérature, sur le cinéma, mais il en a fallu du temps ! »

– La hiérarchie est-elle visible ? Avez-vous des tenues différentes ?

« Non, les tenues sont exactement identiques. Mais tu le repères tout de suite, le médecin c'est celui qui a les bras croisés. Dans un bloc, il y a des petites tâches subalternes à faire, avant, après : c'est celui qui ne fait pas le ménage. Certains donnent la main, on les aime bien. »

« Certains infirmiers vivent mal cette situation. Ils sont plus invasifs, plus entreprenants, ce qui ne veut pas dire plus compétents. C'est un travail dans lequel il y a une certaine technicité. Les mecs s'y retrouvent bien : ils ont souvent des comportements de petits médecins, c'est mal vu. »

« Restons à notre place. » ■

La confiance, un gage de qualité

Il faut se connaître et se respecter pour assurer conjointement des soins appropriés.

■ **Patrice Bacchetta**, kinésithérapeute

On peut distinguer les médecins qui connaissent le champ de compétence du kinésithérapeute, de ceux qui n'en ont qu'une vague idée (par manque d'information dans leurs études).

Certains prescrivent sans savoir très bien ce que l'autre fait, en espérant que cela « fasse du bien », d'autres refusent pensant que cela ne sert à rien. Une patiente que je suis depuis longtemps était allée consulter pour un problème de genou et avait dit à son médecin qu'elle souhaitait me le montrer. Ce médecin la dissuada et lui montra quelques exercices qui, selon lui, pourraient suffire et éviter la kiné. Elle finit quand même par venir me voir devant l'aggravation de ses douleurs et de sa gêne fonctionnelle, après avoir consciencieusement exécuté les exercices préconisés. En fait, ces exercices allaient à l'encontre de la biomécanique du genou et aggravèrent les troubles jusqu'à une impotence fonctionnelle et des douleurs majorées. Cette aventure se termina au CHU en rhumatologie pendant un mois avec une attelle nocturne et des douleurs importantes qui entraînèrent un traitement médicamenteux lourd. Là, le médecin a voulu tout faire plutôt que passer la main. Elle a changé de médecin, mais n'a pas récupéré son genou. Je ne condamne pas pour autant ce médecin, qui avait peut-être eu lui-même de mauvaises expériences avec certains collègues kinés qui font de « l'abatage ». Il est nécessaire, dans ce cas, que le kiné puisse lui démontrer quand un problème relève de sa compétence ou réfute l'indication lorsqu'elle n'est pas appropriée.

Dans les connaisseurs, il y a les spécialistes pour lesquels la kinésithérapie est indispensable pour la suite de leur traitement (ex : chirurgiens orthopédistes). Là, le couple, qu'il soit anonyme ou très lié, doit parfaitement fonctionner dans les deux sens, car la bonne récupération du patient en dépend. Il arrive également que les bénéfices de la collaboration soient mal partagés : « c'est une réussite de la chirurgie » quand la récupération est excel-

lente, mais si le résultat est limite : « c'est un échec de la rééducation... »

La base du couple de proximité, libéral, est la rencontre, ensuite il y a deux cas de figure ; le « coup de foudre » sur la première impression et le charme de la compétence bilatérale. Chacun a à cœur de démontrer à l'autre qu'il sait bien faire (bien prescrire ou bien rééduquer), sans oublier bien entendu le dialogue, même si la hiérarchie de la prescription est présente !

Il est impératif, pour éviter les conflits, que le dialogue entre les partenaires soit présent, entretenu autrement que par des dîners au resto... ou des enseignements post-universitaires de racolage !

Certes, il faut ménager la susceptibilité de certains médecins... On ne peut plus parler alors de couple, mais de relation infernale... qui se termine généralement par un adultère ! puis par un divorce !

Une patiente opérée d'un pied en juillet (indication limite selon moi) a développé une algodystrophie. J'ai téléphoné au chirurgien afin de le lui signaler et pour qu'il institue un traitement approprié. Il lui prescrivit alors des anti-inflammatoires. Comme elle ne progressait pas, elle est allée voir un médecin de Médecine Physique qui l'a envoyée dans une clinique en grande banlieue, où elle a reçu un traitement à base d'injections qui l'a considérablement soulagée. Elle était à deux doigts de perdre son boulot. Quand le chirurgien l'a su, il a proposé à son tour une infiltration qui l'a améliorée, mais sans récupérer tout ce temps perdu et cette souffrance pour rien. Pour moi, la bonne relation repose avant tout sur la compétence, le dialogue et le partage d'expérience dans le but de mettre en place pour le patient tout ce dont il a besoin pour récupérer. A chacun de prouver à l'autre ce qu'il est capable de faire en faisant abstraction du rapport financier et de sa propre susceptibilité. ■

« La base du couple de proximité, libéral, est la rencontre. »

« Vous, docteur »

Infirmières et médecins, l'hôpital est le lieu partagé de leur formation, puis le cours de leurs études laisse une empreinte indélébile qui crée une distance. C'est au lit du malade qu'ils se rencontrent.

Philippe Lorrain, médecin généraliste libéral

Je me souviens du mot du directeur de ma CPAM au cours d'une réunion de commission paritaire à laquelle je participais : il fustigeait le comportement de certaines infirmières qui multipliaient les actes et arrondissaient donc, au-delà du convenable, leurs revenus. Quand je lui ai demandé ce qui lui paraîtrait convenable : « Ça ne vous dérange pas, vous docteur, qu'une infirmière gagne plus que vous ? ». Comme s'il n'y avait pas d'autre façon d'établir le « convenable » qu'en terme hiérarchique, et dans l'exercice libéral, la hiérarchie c'est l'argent : pour lui, un médecin gagne plus qu'une infirmière, et un généraliste gagne moins qu'un spécialiste. Si on sort de ça, le désordre menace. Dans une politique des rémunérations de chacun des intervenants libéraux en ambulatoire, ça pourrait avoir un sens, mais dans le cadre du paiement exclusif à l'acte, ça n'en a plus : chaque professionnel ajuste son nombre d'acte pour arrondir son revenu à ce qui lui paraît suffisant, le suffisant étant une valeur subjective. Pour le caricaturiste, il est facile de voir que le nombre de cylindres ou de chevaux-vapeur des véhicules des différents acteurs sont représentatifs de la hiérarchie des revenus : poussons le bouchon un peu plus loin pour constater que les technocrates ne se trompent pas quand ils fixent le montant du déplacement de l'infirmière à moins de la moitié de celui du médecin. Quand il me demandait si ça ne me dérangeait pas qu'une infirmière gagne plus que moi, il aurait pu aussi poser la question de savoir ce que je pensais des revenus de beaucoup de mes confrères, la différence et l'éventuel dérangement passant alors du « un peu » au « beaucoup ». Si on regarde l'écart de revenus entre un professionnel de santé exerçant en ambulatoire, libéral, ou à l'hôpital, je constate que ce sont les médecins généralistes (les pédiatres feront le même constat) qui exploitent le moins leur statut libéral. Le différentiel de revenus est maximal pour certains « pachas » de la médecine, citons les radiologues, les biologistes

« Ça ne vous dérange pas qu'une infirmière gagne plus que vous ? »

et à un moindre degré les cardiologues : ils cotent des actes techniques, bien mieux rémunérés que la pratique clinique, grâce à l'utilisation de « machines », véritables machines à sous, dont ils confisquent l'usage par le biais de monopoles professionnels. Paradoxalement, au bas de l'échelle des revenus libéraux, les infirmières libérales bénéficient elles aussi de revenus qu'on doit évaluer par un coefficient multiplicateur par rapport aux conditions de leurs collègues salariées. Nous sommes dans les années 90, le directeur a du pouvoir et il le sait, les médecins sont instamment priés de faire entrer dans leur pratique les contraintes de la maîtrise budgétaire. Les infirmières se verront, elles, bientôt opposer un « quota » d'actes, annuel, au-delà duquel elles ne pourront plus augmenter leurs revenus.

Ce que je retiens de cet instant, c'est ce « Vous, docteur », sa façon de le prononcer, une manière d'accentuer la dentale, de dire la majuscule : « Docteur ». C'est entre la marque de respect, obligée, et une certaine condescendance ironique : à moi, par mes prescriptions de réguler l'activité et le revenu des infirmières, et maintenant, médecin traitant, pourquoi pas celui des médecins spécialistes.

Et oui, Docteur, que je le veuille ou non, c'est le piédestal, de plus en plus bancal peut-être, sur lequel on me met : un long processus, qui fait empreinte indélébile, entamé dès la première année de médecine. Un des nombreux projets de réforme des études médicales prévoyait la création d'un DEUG (diplôme d'études universitaires générales) passerelle des différentes professions de santé. Ce fut un tollé parmi les professeurs de médecine et le président de la Conférence des Doyens des facultés de médecine affirma : « la formation des médecins, c'est dès le premier jour de la première année qu'il faut nous la confier ». Le « formatage » ne saurait attendre, et le gâchis monstrueux des recalés en fin de première année peut se poursuivre :

l'esprit de corps peut se transmettre. La profession médicale a défini elle-même son champ de compétences, en a obtenu le monopole, est régie par un Ordre et organise elle-même la formation de ses futurs membres. Elle marque de son empreinte chaque médecin, tout au long de l'histoire collective, depuis le XVIII^e siècle, où le monopole est reconnu à la profession, et tout au long de l'histoire individuelle de chacun d'entre nous : le poids des siècles de l'histoire et le poids des années de formation.

Nous fréquentons, infirmières et médecins, le même lieu de formation pratique, l'hôpital. J'ai le souvenir que ce sont elles et pas mes pairs qui ont guidé mes premiers gestes : prélever, piquer en intramusculaire et en intraveineuse, poser une sonde urinaire, une perfusion et en régler le débit. Il suffisait de venir à 6 heures 30 le matin, le moment des soins infirmiers avant l'arrivée des médecins vers 8 ou 9 heures. Ce sont elles, plus tard, qui corrigeaient mes maladresses lors des prélèvements artériels en radiale ou fémorale pour l'analyse des gaz du sang en réanimation en fin de garde. Ce sont elles qui m'assistaient et me guidaient pour la pose d'une voie veineuse centrale : des gestes médicaux qu'elles n'avaient pas le droit d'effectuer, mais pour lesquels il était évident qu'elles étaient plus expertes que moi à les réaliser. J'étais parfaitement confiant dans le fait qu'elles en prendraient efficacement la main en cas de défaillance. J'étais un jeune externe et ça m'a permis de « faire » l'infirmier plus tard et de gagner ma vie. Faire l'infirmier, car je ne l'ai jamais été. J'ai beaucoup appris, mais j'étais déjà le futur interne : je ne pouvais pas m'empêcher de voir, derrière les corps malades, des cas médicaux.

Actuellement, au cours de mes consultations, je reçois régulièrement de jeunes infirmières en formation, malades de la peur de ne plus pouvoir faire face à leurs « évaluations » (Mises en Situation Professionnelle) : elles me disent craindre

d'être recalées pour des vétilles, alors que tout au long de leur stage, on ne se prive pas de leurs deux bras pour abattre le travail et qu'on apprécie ce qu'elles font. Elles décrivent leurs formatrices comme des dragons qu'elles redoutent : perte de confiance d'elles-mêmes, allant parfois jusqu'à la rupture. J'en connais deux qui ont pris la décision d'un emploi d'aide-soignante, que leur autorise un certain niveau dans leurs cursus, avec le projet de reprendre leur formation plus tard. L'empreinte de la formation : quand la mienne me conduisait à une place honorée, la leur paraît favoriser la capacité à se soumettre et générer le manque de confiance en soi. Mauvais prémices pour de futurs rapports professionnels harmonieux.

À l'hôpital, nos pratiques respectives nous conduisaient au lit du malade, c'est toujours lui, le malade, qui nous fait rencontrer : il s'agit d'en prendre soin et de le soigner, les anglo-saxons disent *care* et *cure*. L'infirmière m'appelle pour me dire, d'une patiente, qu'elle ne va pas bien, qu'elle est encore tombée deux fois, qu'elle maigrit... Je pense que ce n'est pas davantage de *cure* qu'il faut, que je vais même réduire les médicaments qui peuvent maintenant être plus nocifs que bénéfiques, car majorant le risque de chute. Il faut plus de *care*, donc plus d'attention, de temps... qu'au-delà du pansement réalisé en quelques minutes, il faut veiller à l'alimentation et à l'hygiène, faire

« C'est toujours lui, le malade, qui nous fait rencontrer. »

des massages pour éviter les escarres, bander les jambes pour limiter l'œdème, soigner tous les petits bobos pour éviter l'érysipèle et tant de choses qu'elle sait mieux que moi... Je vais le lui dire, elle va me demander de le prescrire : comment faire entrer ça dans une nomenclature ? Foutu paiement à l'acte !

Les médecins en appellent à Hippocrate quand ils s'arrogent la primauté dans la relation avec le malade et les infirmières revendiquent leur plus grande proximité : cette place auprès du malade, partageons-la ! La hiérarchie n'a pas de sens quand il s'agit d'être chacun dans son rôle. ■

Quittes, ou doubles ?

L'histoire de la médecine nous permet de comprendre comment le passage de l'Antiquité à la période médiévale, puis à la modernité, a induit des mutations et laissé des traces, dans les comportements et les mentalités.

Jean-Pierre Peter, directeur d'études, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales

Jean-Pierre Peter est historien, directeur d'études à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales spécialisé dans l'Histoire et anthropologie de la médecine. Il a publié notamment : *Puységur et l'enfant fou ou la raison originelle*, Les Empêcheurs de tourner en rond, Synthélabo, 1999 ; « Connaissance et Oblitération de la douleur dans l'histoire de la médecine », in *De la violence*, p. 367-392, Odile Jacob, 1996.

Une culture quotidienne portée par les médias tend à nous persuader que tout change et doit changer, que nous sommes des modernes, que le monde se recrée à vif autour de nous chaque jour, et que nous devons revêtir à mesure nos idées, nos gestes, notre être entier, des habits neufs du lendemain.

En réalité, au sein même des évolutions auxquelles nous participons, les empreintes du passé se maintiennent et nous tiennent, mais à notre insu. Ainsi portons-nous en nous-mêmes des traces, des reliquats, des stigmates venus de loin (idées, habitudes, statut, lignages, appartenances, identité) qui nous constituent et nous divisent, qui en quelque sorte nous doublent. Nos héritages, personnels, familiaux, sociaux, institutionnels, nous habitent ainsi, et installent en nous la figure intime d'une sorte de couple intérieur, couple sinon infernal du moins paradoxal, à l'occasion conflictuel.

En historien, je m'intéresse à ces traces inscrites en nous, dans la vie et l'évolution des personnes comme des institutions, et qui génèrent des ambiguïtés dans ce qui se joue, ce qui se construit ou ce qui fait litige. Pour la pratique hospitalière, j'y viens.

L'Antiquité, à laquelle la médecine doit tant (ses bases savantes et rationnelles, ses valeurs éthiques), l'antiquité médicale n'a pas connu d'hôpital. Cette façon de rassembler sous un même toit une foule de malades ne faisait pas partie de sa médecine. Une telle pratique semblait tout à fait absurde et dangereuse. Les malades ne pouvaient que se contaminer les uns les autres de leurs maux et de leurs peurs, matériellement et psychologiquement. Pour l'essentiel, les médecins visitaient leurs malades. A la campagne ou à la ville, chez le citoyen d'Athènes ou d'Alexandrie, à Rome, à Nîmes, le médecin se déplace, il vient au domicile du malade. C'est une belle médecine clinique, grâce à laquelle le médecin peut saisir les caractères propres d'une personne, dans son milieu, son entourage, son mode de vie, dans ses goûts, ses passions, son alimentation, l'orienta-

tion de sa maison, la salubrité de son air – la connaissance fine d'un être dans sa vie et son corps.

La conversion lente et progressive du monde antique au christianisme a, au terme, modifié profondément ce rapport à l'être et à la maladie. Puisque la foi suffit, la médecine, dans sa nature propre et ses spécificités, s'est trouvée là mise en déséquilibre. Mise hors validité, dans un premier temps tout au moins. Il s'en est fallu d'un long délai pour que ce changement des perspectives s'inscrive dans le réel. Mais du même mouvement, la figure elle-même de notre monde s'en est trouvée toute modifiée.

L'hôpital est né dans les monastères

Quand l'empereur romain lui-même en est venu à se convertir, et tout l'Empire sur son ordre (Constantin, 313 apr. J.-C.), il s'est trouvé tenu d'appliquer à son tour ce programme, et de l'étendre à l'espace impérial tout entier. Dès lors, charité, compassion, accueil des souffrants, des malheureux, des étrangers, ces missions ont tendu à revêtir une sorte de coloration politique, de tour administratif.

Or le message chrétien invitait les plus fervents à quitter les prestiges du monde quotidien tentateur. Aussi l'instauration progressive de la religion chrétienne en institution d'Empire vint-elle alerter les plus fidèles des croyants. Le « monde » les rattrapait. Il convenait alors de le fuir. On sait ce que fut le grand mouvement des anachorètes s'isolant « au désert ». Un ascétisme si grand n'est à la portée que d'un petit nombre. La volonté s'y use, elle peut céder à l'ambiguïté des hallucinations, tomber dans les désordres. D'où l'invention de ceux qui conçurent de s'isoler ensemble, d'être ermites collectivement pour s'appuyer les uns les autres en se donnant une règle, et l'appliquer, lui obéir. Voici donc établi le monachisme, voici les monastères.

Ces monastères, devenus au fil des siècles des îlots spirituels prestigieux, des centres vivants d'activité économique, attiraient des visiteurs toujours plus nombreux, pèlerins, voyageurs ou

marchands. Autant d'hôtes parmi lesquels l'insécurité des chemins a fait sa moisson d'écloués. L'infirmier, dans les sites les plus fréquentés, se mue ainsi en hôpital. Les évêques le reprennent au cœur des cités, au site cathédral. C'est l'Hôtel Dieu. L'espace charitable conduit tout homme à reconnaître en lui-même la présence d'une infirmité radicale.

Je ne fais évidemment pas là une apologie de l'idéologie chrétienne. Je rappelais seulement quelques-uns des éléments d'une construction culturelle qui nous est devenue aujourd'hui tout étrangère. Encore que... peut-être nous en demeure-t-il des traces ou des échos intérieurs ; de ces engrammes dont je parlais en commençant, et qui font couple en nous, nous irritent ou nous déstabilisent. Après tout, chère revue *Pratiques*, vous avez dit « infernaux » ? !

Je reprends. Ce modèle a commencé de se défaire à mesure même qu'il se constituait. Les contingences terrestres n'ont pas tardé à pousser l'hôpital chrétien vers des adaptations, des schémas d'organisation qui l'ont progressivement éloigné de son idéal premier. Se sont posés des problèmes de pouvoir. Qui commande, qui décide, qui finance ? S'opposent pendant des siècles autorité de l'évêque, du chapitre canonial, des institutions municipales. Couples conflictuels ; rivalités riches d'avenir : direction des hôpitaux, commissions médicales d'établissement et conseils généraux d'aujourd'hui.

Autre question : qui assume les tâches quotidiennes ? Les religieux eurent vite fait de réduire leur part au domaine de l'expertise savante, médicale. Pour le tout venant des soins ordinaires, rien n'égale la disposition native des femmes au dévouement. D'où la création des multiples ordres religieux hospitaliers féminins. Ces sœurs hospitalières, au fil des siècles, ont tendu à favoriser peu à peu la part de leur activité relative à la gestion, aux dépens parfois des soins ; régulièrement aussi à allonger leur temps de prière collective à l'église, estimant cette fonction sacrée plus efficace, pour la guérison des malades, que les tâches matérielles rebutantes, tâches ancillaires et non savantes. Pour assumer celles-ci, et grâce aux solides revenus fonciers des hôtels-dieu des villes prospères, furent largement recrutées des femmes du peuple. A Paris, au XVII^e siècle, les Augustines les accablaient de travail. Ne voyons-nous pas poindre là l'ombre amère de nos aides-soignantes ?

La naissance des Universités au XII^e siècle – une création proprement occidentale issue d'un mouvement de contestation parfois violent envers les

écoles épiscopales et leur théologie formaliste – ouvrit le champ des études à de nouveaux horizons, en particulier à l'enseignement de la médecine (Facultés de Bologne, Paris, Montpellier). Remarquons que les premières générations d'étudiants qui en sortaient « docteurs » portaient les « premiers ordres » et la tonsure.

Avec le temps, le modèle hospitalier se rapproche ainsi de l'image classique que nous avons de lui, un espace clos où s'entassaient des malades (trois ou quatre par lit) qu'aident de dignes femmes prenant parfois distance et libertés envers leurs tâches. C'est un abri malsain, une cité des misérables, le réceptacle des douleurs.

Quand le pouvoir royal voulut régler le problème de la misère et de la mendicité dans les grandes villes, c'est ce modèle bâtard qu'il retint pour concevoir les Hôpitaux Généraux (1656), lieux de renfermement et redressement. La foi y baigne moins les êtres abandonnés qui y sont retenus que la dure discipline ne les corrige ou du moins s'y efforce. On sait quelles misères s'inscrivent en ces lieux – Bicêtre et Salpêtrière à Paris. L'hôpital était à ce moment une antithèse de la liberté.

C'est ainsi que certains des Comités révolutionnaires qualifiés (comité de Mendicité, de Salubrité) ont peu après, et par un retour à l'esprit de la médecine antique, proposé l'abandon de l'idée même d'hôpital.

La saisie des biens du clergé (nationalisation puis municipalisation des hôpitaux et hospices – novembre 1789) jointe à l'urgence de prendre en charge des populations urbaines éprouvées par les événements, rendit nécessaire de remettre d'urgence en service ces vastes édifices, quel que fût leur état de dégradation. On les confia aux édiles pour la gestion (administrative, financière) et pour le reste (l'essentiel), aux médecins. Était ainsi offert aux médecins, en quasi souveraineté, un lieu laïcisé où le peuple des pauvres soumis à leur regard, dédié à leurs soins, servirait de matière à leurs recherches, de support à leurs leçons, de fondement à leur notoriété pour l'exercice d'un métier qui, affiné le matin dans l'espace collectif par l'examen de l'immense variété des cas, des maux et des traces qu'ils laissent, allait rapporter l'après-midi, au cabinet en ville, de riches honoraires pour l'application de ce savoir aux maladies des nantis. Ce savoir, c'est celui issu de la révolution anatomo-clinique en germe depuis déjà une génération, engagée décidément avec Bichat, Corvisart, Laennec. Et voilà venu au jour un couple nouveau, conquérant, sauvage et savant, le couple médecine-hôpital.

« Ce qui fait couples fâcheux, c'est la confusion intérieure des sentiments, des héritages et repères, des représentations. »

.../...

.../... Un triomphe durable. L'hôpital avec ses misères et angoisses infinies, l'insalubrité qu'il porte et le surpeuplement, malades et moribonds mêlés (Maxime du Camp décrit ces horreurs dans sa grande enquête sur Paris¹), cet hôpital dès lors se dresse comme une cathédrale où un service est célébré chaque jour et chaque heure en continu. Toute la médecine en procède. Par elle se restaure, se reproduit ou se perpétue l'attente du salut sous sa forme nouvelle : science, médicalisation, santé publique.

Couple pervers, en fin de compte, que le couple santé publique-hôpital. Il a rompu l'antique relation si féconde et intime, du médecin au malade, du malade au médecin.

Ce qui fait couples fâcheux (infernaux ou pervers), me semble-t-il, c'est à chaque niveau où l'on se place, individuel (chacun de nous) ou organisationnel (hôpital, enseignement, gestion, etc.), la confusion intérieure des sentiments, des héritages et repères, des représentations, de la considération de soi dans la place où l'on se tient et dans les tâches auxquelles on est assigné. Plus que des couples, d'ailleurs, je vois des contiguïtés.

Ainsi, des postures inconciliables se surajoutent. Dans l'exercice quotidien de la médecine des villes et des campagnes, au XIX^e siècle, il est intéressant – et amusant – de découvrir la capacité qu'ont eue les fiers docteurs d'entretenir avec les francs-tireurs de la médecine, publiquement honnis (guérisseurs, religieux, charlatans, etc.), des rapports compliqués et malins de distanciation et d'identification réciproques où l'on voit s'entrelacer, des uns aux autres, vindicte, évitements, défis, connivences, complémentarités. Ainsi le suggère la réalité des textes. Ces médecins offraient souvent un double visage, se comportant tantôt en guérisseurs, se donnant volontiers la stature du savant : diverses sources de prestige, visant à instituer la médecine en sacerdoce.

Il en fut pareillement des relations avec les religieuses (dans l'hôpital laïcisé, on les avait reprises dès le Premier Empire). Vertus et abus des sœurs, c'est un contrepoint constant. Clameurs médicales d'une grogne tout autant misogynne ou voltairienne que chichement corporative ; non sans motifs fondés sur certains points. Comme en

une idylle aux thèmes enchevêtrés, s'affirme la réalité d'une alliance mutuelle, de concessions fertiles en avantages mutuels parce que les intérêts sont imbriqués à l'hôpital comme en ville. Quand furent instituées, pour avoir des aides mieux faites à leur main, des écoles d'infirmières, ces établissements prirent tous les traits et l'esprit des couvents...

En vérité, je crois (me suive qui voudra) que le médecin hospitalier n'a pas vraiment cessé d'être un clerc. Chez l'interne comme chez le grand patron, je perçois bien souvent (comme chez beaucoup de mes collègues universitaires, tous très laïcs) la trace intérieure de la tonsure ecclésiastique ; et l'agacement de l'infirmière, quand il m'arrive de l'observer – ou d'en subir l'effet – m'évoque la hâte ancienne de la sœur augustine d'aller chanter à la chapelle – ici, de se trouver plus volontiers auprès des ciboires de la science dure que de traiter le concret des sanies et pire encore, l'angoisse des malades. Heureusement, pour les uns et les autres, de grands congrès savants permettent de temps en temps des sortes de messes, des moments de prières communes, avec révélations.

Dans l'hôpital hyper technicisé qui tend à prévaloir aujourd'hui, je me demande : est-ce bien aux frères humains remis entre leurs mains que les équipes dédient leurs heures héroïques de travaux ardu, dont il n'est pas toujours clair qu'il s'agisse là de soins, c'est-à-dire d'une aide offerte à une personne, tant le traitement auquel il est procédé en ces lieux fait penser aux pratiques de réparation d'un corps-machine ? La réalité ne serait-elle pas plutôt que là, sur et par les corps éprouvés des humains acheminés chaque heure de chaque jour en ces temples, les gens de l'art, chirurgiens, médecins, infirmières, soignants, rendent ensemble et principalement un culte continu au dieu farouche, rayonnant et jaloux de la Médecine ? Où, quand, comment retrouver le couple équilibré, juste, édificateur et confiant, civilisé, vraiment moderne, du médecin hippocratique et de l'humain, tout humain, son patient ? ■

1. Maxime du Camp, *Paris, ses organes, ses fonctions, sa vie...*, Paris, 6 vol., 1869-1875, chap. XX à XXIII.



Nouvelles fables pour vieux concept

Les couples infernaux dans les séries médicales américaines.

■ **Martine Lalande**, médecin généraliste et **Rémi Gremaud**, étudiant en première année de médecine

Les séries télévisées en provenance des Etats-Unis fleurissent sur les écrans de télévision. Au milieu des séries policières, judiciaires et des classiques mélodrames que l'on peut suivre en faisant des visites dans les maisons de retraite, de nombreuses séries à thème médical passent aux heures de grande audience et sont très appréciées par les jeunes, et moins jeunes, y compris médecins et professionnels de santé. Des urgentistes essaient de prévoir les diagnostics de la série *Urgences*, des étudiants suivent les angoisses des internes en chirurgie de *Grey's Anatomy*, nombreux sont fascinés par les déductions méandreuses du cynique et brillant *Docteur House*. Qu'est-ce qui marche si bien dans ces séries, et comment représentent-ils les couples infernaux rencontrés dans le monde médical ?

La plupart des séries télévisées américaines mettent en scène des médecins à l'hôpital, le plus souvent aux urgences ou dans des salles d'opération. Martin Winckler, qui connaît très bien les séries télévisées américaines, cite une série mettant en scène un médecin généraliste qui prenait en compte la psychologie et les données socio-familiales des patients. Il raconte que cette série avait une très grande audience aux Etats-Unis dans les années 1970, et qu'elle avait été mise en cause par les praticiens américains, car trop subversive par son humanisme. Elle n'est jamais arrivée en France ¹.

Pourquoi ces séries plaisent-elles tant ? Elles sont à la fois réalistes et sans compromis. Elles mettent en scène la vie, la maladie, la mort, mais aussi des sujets de société comme l'inceste, la toxicomanie, le viol, la prostitution... et n'évitent pas les conflits ². Les séries françaises sont beaucoup plus mièvres et bien pensantes. Les Américains n'hésitent pas à montrer des médecins malhonnêtes ou sans scrupules, quitte à alimenter la critique vis-à-vis de la profession. Même si les ques-

tions médicales y sont traitées surtout d'un point de vue technique, le sujet de l'accès aux soins (l'exclusion liée à l'absence d'assurance par exemple) est aussi couramment abordé.

Le classique couple infernal médecin-infirmière apparaît fréquemment dans la série *Urgences*, au contraire des séries comme *Grey's Anatomy* où n'apparaît épisodiquement une infirmière que parce qu'elle est l'amie d'un médecin, ou de *Dr House*, où elles sont étonnamment absentes. Dans *Urgences*, cette relation est déclinée de différentes façons : l'infirmière petite amie du médecin, l'infirmière qui conseille les jeunes médecins, celle qui est aussi compétente que les médecins au point qu'elle devient elle-même médecin... Mais à chaque fois qu'un couple est mis en scène, le médecin est un homme et l'infirmière une femme.

L'utilisation des intrigues amoureuses permet de rendre les médecins plus humains, on les voit en dehors de l'hôpital, dans leur vie de tous les jours.

Avec une constante : quand un couple amoureux se forme dans une série médicale, l'homme a une position hiérarchique plus élevée que la femme. Que ce soit un couple infirmière-médecin, interne-titulaire, étudiant-chirurgien... Dans la série *Urgences*, quand le médecin-chef est une femme, elle est homosexuelle et on ne lui permet pas de vivre longtemps sa relation avec son amie qui meurt après avoir accouché d'un enfant issu d'une insémination artificielle (ce qui est l'occasion d'aborder le délicat sujet des droits de maternité de la mère non officielle...).

Le couple infernal médecin-administrateur est souvent abordé. Les administrateurs sont aussi des médecins, mais ils exercent peu (le chef de *Grey's Anatomy* opère parfois, par exemple quand il

« Dans la série *Urgences*, si le médecin-chef est une femme, elle est homosexuelle. »

.../...

.../... connaît le patient), en revanche ils sont omniprésents. Les relations des médecins avec ces chefs sont complexes : désir de le remplacer dans *Grey's Anatomy*, demande de soutien dans les cas difficiles (pour un patient sans assurance qu'il faut opérer, on trouve un subterfuge : il est considéré comme mort, on vend son corps à la science, puis on le réanime), ou chantage affectif... Domaine dans lequel le *Dr House*, brillant et sarcastique, excelle, vis-à-vis de sa chef, dont il obtient ce qu'il veut, en se rendant à toute heure chez elle pour négocier telle démarche thérapeutique, sans hésiter à l'agresser sur sa vie personnelle (elle aussi tente la procréation médicale et elle ne réussit pas à trouver un conjoint). Dans un autre épisode, on le voit tenir tête à son chef (administratif non médecin cette fois) malgré un chantage au licenciement d'un de ses collègues, et refuser de vanter un médicament dans un congrès, mais au contraire dénoncer les conflits d'intérêt de cet administrateur à la tribune.

Greg House, médecin génial et mal élevé, est membre d'un couple évocateur avec le Docteur Wilson, oncologue, qui lui reste fidèle malgré tous ses écarts à la bienséance et à l'étiquette, et respecte son esprit de déduction. L'analogie à Sherlock Holmes est évidente, le Docteur House

habite au 221b, consomme avec excès des opiacés, et résout les problèmes diagnostiques comme des énigmes policières, avec suspense et rebondissements. Chaque épisode de la série est traité comme une enquête, le symptôme comme indice et la pathologie comme coupable. Difficile à transposer à notre pratique, mais « pédagogique et passionnant », comme le dit Martin Winckler qui prévoyait ce succès avant son arrivée en France.

Le réalisme des séries médicales américaines passe par la représentation des couples infernaux rencontrés à l'hôpital, sans mise en cause des relations hiérarchiques. Parallèlement aux énigmes médicales ou humaines, la mise en scène de ces relations avec leurs aspects conflictuels permet au public d'y croire et de s'identifier. Le succès de ces séries est sans doute lié à cette impression que ceux qui nous soignent sont humains, sans critiquer le système auquel ils appartiennent, mais en montrant toutes leurs contradictions. ■

1. Martin Winckler : « Les séries américaines les plus contestataires ont été sciemment ignorées par la télévision française », 11 août 2004, <http://martinwinckler.com>
2. Martin Winckler : « Les séries télévisées aujourd'hui », entretien à Lille le 24 mai 2005, <http://martinwinckler.com>

L'union fait la discorde

Didier Ménard, médecin généraliste

Après une nuit de garde particulièrement difficile, l'interne du service que j'étais proposa à l'infirmière et à l'aide-soignante d'aller prendre ensemble le petit-déjeuner, pour y faire ce que aujourd'hui nous appellerions un « débriefing ». Après ce moment de détente, il fut décidé par ce trio que nous ne nous connaissions pas assez dans le service et qu'il serait bon de prendre le temps de faire plus connaissance. Aussitôt dit aussitôt fait, un repas de service fut organisé dans une auberge voisine. Et comme la soirée fut joyeuse et chaleureuse, elle se termina dans le service pour reconforter l'équipe de garde absente des agapes. Dès le lendemain, convocation de l'interne chez le directeur de l'établissement pour s'entendre dire qu'il ne fallait pas confondre un service hospitalier et une cour de récréation, et que cela ne se faisait pas que des médecins aillent faire la fête avec des infirmières et aides-soignantes du service où il travaillait. Après petite enquête, il fut aisé d'apprendre que c'était la surveillante du service (qui avait refusé l'invitation) qui était allée se plaindre auprès du directeur. Quand l'interne questionna la surveillante sur les motivations d'une telle plainte, il lui fut répondu que si les infirmières, les aides-soignantes et les internes formaient une « bande », elle ne pourrait plus les tenir et que son autorité serait remise en cause. L'organisation hiérarchique d'un service a peut-être ses vertus, mais elle a aussi ses inconvénients, qui peuvent étouffer les potentiels à mieux faire ensemble. ■

Bobologues et consorts

Magali Portier-Lecarpentier, médecin généraliste

Dans mon cursus en médecine générale, j'ai effectué une formation d'un an en ville auprès de maîtres de stage contrastant avec l'externat se déroulant exclusivement à l'hôpital.

A l'hôpital, j'ai pu ressentir « une hiérarchie symbolique » (Eliot Freidson) : d'un côté de la barrière l'humble praticien de médecine générale faisant de la bobologie, de l'autre, l'élite clinique hospitalière avant-gardiste bénéficiant d'un plateau technique de pointe. Découlant de ce postulat : la réussite à l'internat et le choix de poste, le discours hospitalier définissant la médecine générale comme un choix par défaut pour des médecins ratés.

Cette relation tendue est aussi entretenue par les médecins généralistes. Nombre de maîtres de stage me conseillaient de n'envoyer les patients à l'hôpital qu'en cas de nécessité c'est-à-dire quand le maintien à domicile n'est plus possible, même si le généraliste doit déplacer des montagnes. Pourquoi ? « Parce que l'hôpital va abîmer les patients, plus que les soigner ». Je me rappelle une lettre d'un médecin traitant reçue par une de mes collègues internes à propos d'une

patiente hospitalisée un mois auparavant. Le médecin lui signifiait que sa prescription d'une coloscopie était inutile, découlait d'un interrogatoire insuffisant et d'une méconnaissance de l'histoire de la patiente. Une coloscopie avait déjà été effectuée l'année passée et un compte-rendu existait. Le commentaire acerbe du médecin sur le plateau technique dernier cri et la négligence des hospitaliers vis-à-vis de l'acte intellectuel blessa ma collègue. Et puis, comme un coup de grâce, l'absence de lettre de sortie et de compte-rendu d'hospitalisation.

Et le patient dans tout cela ? Certains me consultent dès leur sortie de l'hôpital : « Ils ne m'ont rien dit, rien expliqué », propos rapportés, à mesurer. Là aussi, je ne dois pas tomber dans le piège d'une « tendance régressive du patient consistant à dresser les médecins les uns contre les autres » bien perçue par Balint.

Selon mon expérience, un des contre-exemples est le réseau ville-hôpital. Il permet une rencontre « physique » des soignants, ne se réfugiant plus derrière des statuts ou préjugés, mais partageant une même histoire à travers le suivi du patient. La barrière de la méconnaissance de l'autre est atténuée. ■

L'indifférence

■ **Sylvie Simon**, kinésithérapeute, ostéopathe

J'ai reçu récemment une dame âgée, elle est venue me voir recommandée par une de mes patientes, cette dame souffre du dos depuis longtemps, mais remet toujours à plus tard la décision de se soigner. Ces séances représentent un effort financier pour sa petite retraite et son mari très malade a la priorité.

A voir ses mains déformées, ses articulations typiquement bruyantes aux mobilisations, je pense qu'elle a peut-être une polyarthrite rhumatoïde, ce serait bien d'en être sûre et en plus elle pourrait bénéficier d'une prise en charge à 100 %, et se soigner convenablement. Je lui fais un courrier pour son médecin.

Elle est revenue la séance suivante toute penaude, sans examen, elle m'a simplement dit qu'elle n'oserait plus rien demander « J'ai l'impression de réclamer la charité ». A la demande d'une recherche de la maladie, son médecin rétorque qu'elle ne doit pas se mettre des idées de maladie dans la tête.

A la demande d'un transport, pour emmener son mari à l'hôpital « Ça lui fait du bien de marcher » alors qu'il y a une heure de métro, deux changements et que sa femme doit l'accompagner car il perd la tête.

Je me demande quel est le problème pour ce médecin. Trop de papiers à remplir ? Eviter de se faire remarquer par la CPAM ? Il n'accepte pas qu'un kiné lui suggère un examen ?

Cette patiente ne changera pas de médecin, à son âge c'est difficile les grands changements, elle ne s'est pas fâchée car elle n'aime pas les conflits.

Moi j'attends toujours la réponse, mais c'est vrai ? De quoi je me mêle : ce médecin ne me demandait pas mon avis, juste d'exécuter une ordonnance.

Il me ramène quelques années en arrière, à l'époque le seul contact avec certains médecins, c'était la prescription. J'essayais de deviner le soignant derrière le bout de papier, parfois le contenu descriptif me disait ce que je devais faire. Déjà, à l'époque, je ne croyais pas que l'on peut prescrire des séances de rééducation comme on prescrit un médicament. La considération du patient dans sa globalité, de sa fragilité, de son caractère, de son histoire, demande forcément de prendre le temps de la concertation.

Considérer le travail du kinésithérapeute, c'est aussi respecter le corps des patients. Aujourd'hui, j'accepte rarement les personnes qui ne me sont pas adressées par un médecin que je connais, et pour cause. Le métier de soignant est difficile, encore plus si on s'épuise à travailler à contre-courant.

Je sais l'importance d'une bonne coordination médecin/kinésithérapeute et combien elle améliore la qualité des soins. Le médecin de cette dame n'a pas voulu entendre, n'a pas voulu voir, je l'ai dérangé dans ses habitudes. Il m'a replongé dans ce sentiment d'impuissance, de solitude qui pousse sûrement les soignants à devenir comme lui, indifférent. ■

Liberté sous contrainte

Les infirmières libérales entre différenciation et assimilation aux médecins.

■ **Bénédicte Foucher**, rédactrice en chef d'*Infirmière Libérale Magazine*

En ces temps où les soins infirmiers prennent leur essor, il est utile de rappeler que plus de 60 000 infirmières libérales exercent en France cet art au bénéfice de la santé de la population. Pourtant, cette profession et le cœur de sa spécificité et de sa pratique restent insuffisamment connus du grand public, voire des autres professionnels de santé qu'elles sont amenées à rencontrer.

Et pour cause : bien que nombreuses et essentielles à la prise en charge des patients à domicile, les infirmières libérales peinent à construire leur identité professionnelle. Cette quête d'identité passe par l'énonciation de savoirs et de savoir-faire uniques, de compétences propres. Mais elle repose aussi sur un double processus : d'un côté, les libérales cherchent à s'identifier aux autres membres du groupe professionnel, à savoir les hospitalières, auxquelles elles ont nécessairement appartenu. De l'autre, elles se définissent par ou contre la profession médicale. L'actualité récente – ordre infirmier, prescription infirmière – l'a prouvé avec force.

Dans leurs relations avec ces derniers, les infirmières libérales connaissent, comme leurs collègues hospitalières, les enjeux classiques de frictions du tandem médecins-infirmières, directement issu de la division du travail médical : la relation hiérarchique, la relation sexuée et le rapport de classe, qui recoupe les milieux d'origine aussi bien que la valeur sociale accordée à la profession. Pourtant, le choix de l'exercice libéral brouille ces frontières. A domicile, le rapport aux médecins est vécu différemment, entre différenciation – revendication de compétences et d'une culture propres – et assimilation. Plus qu'en établissement, le médecin constitue un curseur, une référence tangible pour la constitution de l'identité infirmière et, in fine, pour la construction de son autonomie professionnelle.

En effet, installées en libérales, les infirmières n'ont pas de dépendance hiérarchique directe avec le médecin généraliste. Rémunérées en honoraires, ces travailleuses indépendantes sont aussi gestionnaires de leur « entreprise » et participent, dans le cadre de leur conventionnement avec l'Assurance maladie, à la maîtrise des dépenses de santé. Exercer en libéral est ainsi, pour ces acteurs, synonyme d'autonomie, de liberté et de responsabilité. Intégrer le champ du libéral donne l'illusion d'échapper à la domination médicale en se présentant soi-même comme un professionnel à part entière. Il est intéressant à ce sujet de constater que les libérales envisagent le projet des maisons de santé avec inquiétude, par crainte du retour au salariat et, de ce fait, à l'assujettissement au pouvoir médical.

« Intégrer le champ du libéral donne l'illusion d'échapper à la domination médicale. »

De même, la proportion d'hommes étant un peu plus importante chez les libéraux que chez

les hospitaliers, le contentieux lié au sexe s'estompe légèrement. Une enquête de l'IRDES¹ montre d'ailleurs comment les infirmiers libéraux, qui rejettent tout particulièrement l'image d'un métier typiquement féminin empreint de dévouement et de vocation, « tentent de se rapprocher de la profession médicale sur le plan des pratiques (sélection des actes médicaux infirmiers et abandon des actes infirmiers de soin), sur le plan symbolique (multiplication des attributs associés à la profession médicale : cabinets infirmiers proches des cabinets médicaux, voitures permettant de montrer sa réussite sociale) ou encore sur le plan discursif ». Plus que leurs consœurs, ils revendiquent des relations basées sur le partenariat et la confiance.

Enfin, faire le choix de l'exercice libéral est souvent synonyme de promotion sociale, du fait de l'augmentation des revenus par rapport à ceux

.../...

.../... perçus à l'hôpital. Un élément qui tendrait également à gommer la différence avec les médecins. S'assimiler, par certains aspects, au médecin pour mieux s'en détacher semble donc être constitutif de l'identité des infirmières libérales. Pourtant, plus encore que leurs consœurs hospitalières, elles sont exposées à une double contradiction : possédant officiellement un champ de compétences et de responsabilité propres, statutairement indépendantes des médecins, elles restent toutefois fortement dépendantes de la prescription médicale, sur le plan de la pratique tant que sur le plan financier. Une situation accentuée par le fait que, pour atteindre un certain niveau de revenus, bon nombre de libérales sont amenées à multiplier les actes, au prix de longues journées de travail parfois peu gratifiantes, et donc à privilégier le rôle prescrit au détriment du rôle propre, peu rémunéré. Entre imitation, subordination et opposition aux médecins, les libérales peinent à trouver leur chemin.

« Faire le choix de l'exercice libéral est souvent synonyme de promotion sociale. »

Ces mêmes paradoxes se retrouvent dans l'actualité – riche – de la profession. Celles qui accusent parfois ces médecins de faire preuve d'un corporatisme pénible votent actuellement pour élire leur premier Ordre infirmier. Un projet que les syndicats et associations d'infirmières libéraux ont particulièrement porté. Les arguments ne manquent pas : isolées, peu évaluées dans leur pratique, en prise à des « mœurs » professionnelles encore mal rodées (en matière de remplacement et de concurrence notamment), particulièrement concernées par la douloureuse question démographique, représentées par de nombreuses organisations, elles aspirent, plus que leur collègues hospitalières, à se rassembler dans une instance représentative, à la fois capable de les défendre et de produire un arbitrage qu'elles appellent de leur vœux. Les opposants à l'Ordre infirmier, majoritairement des hospitaliers, n'ont pas toujours su entendre ces arguments, niant, une fois de plus, la spécificité et les aspirations de l'exercice libéral. Celui-ci est en effet souvent perçu, de l'hôpital, soit comme un Eden où la hiérarchie brille par son absence et l'argent coule à flot, soit comme le lieu de toutes les renoncations professionnelles, alliant la perte du souci de la qualité des soins à la recherche effrénée du profit. Dans les deux cas, nul besoin de se pencher sur les états d'âmes des libérales... Il n'en reste pas moins que ces opposants ont soulevé un débat : pourquoi, pour mieux exister, les infirmières doivent-elles se plaquer sur l'organisation et les arguments des médecins ? L'Ordre des médecins, souvent synonyme de corporatisme désuet – mais, et cela n'a

pas échappé aux infirmières, efficace –, d'opacité, voire de « justice parallèle », est plus que jamais critiqué. Certes, les promoteurs de l'Ordre infirmier se défendent de prendre comme modèle l'Ordre des médecins et se réfèrent plutôt aux ordres infirmiers existant à l'étranger, mais ce mimétisme pose question. L'Ordre, facteur d'autonomie ou nouveau visage d'une identité introuvable ?

Le nouveau droit de prescription² de certains dispositifs médicaux par les infirmières soulève les mêmes questions. Concernant l'ensemble des infirmières, il n'a été revendiqué et n'est encore utilisé que par les infirmières libérales. Rappelons que cette mesure s'inscrit dans le mouvement plus large de transfert de compétences entre professions de santé, initié après la parution du rapport Berland, en 2003, qui préconisait un développement rapide des transferts entre médecins et acteurs paramédicaux pour faire face à la diminution de la démographie médicale et optimiser la qualité des soins. Ce texte vise également à générer des économies pour l'Assurance maladie. S'il vient effectivement reconnaître des compétences et régulariser des pratiques déjà existantes chez les infirmières libérales, la victoire est bien maigre. Ce nouveau droit est en effet suspendu à une éventuelle « indication contraire des médecins » et soumis, « pour les dispositifs médicaux pour lesquels l'arrêté le précise », à « une information du médecin traitant désigné par leur patient ». Son champ d'intervention est très limité et l'obligation d'information maintient clairement les infirmières sous la coupe des médecins. Les infirmières ne s'y trompent pas, qui l'utilisent encore assez peu. Sans compter, qu'une fois de plus, cet acte de prescrire revient à imiter les médecins. La prescription est certes un pouvoir, mais elle est aussi une lourde responsabilité, notamment économique. Sollicités par les laboratoires, surveillés par l'Assurance maladie, de nombreux médecins aimeraient se recentrer sur leur rôle de soignant. Les infirmiers, dans leur quête d'autonomie, doivent-ils courir après des droits qui pèsent parfois si lourd sur les épaules de leurs détenteurs historiques ?

Pour les infirmières libérales, l'enjeu est bien de trouver leur place sans devenir une pâle copie des médecins, voir un supplétif bon marché pour l'Assurance maladie ainsi qu'une variable d'ajustement destinée à gérer la pénurie médicale. Au risque de voir émerger plusieurs conceptions de la profession, voire de nouveaux métiers, diluant par là une nouvelle fois une identité infirmière encore fragile. Il est à cet égard intéressant de constater que le débat sur le transfert de tâches et l'aboutissement de certaines revendications visant à valoriser la profession est rendu possible dans un contexte de

rationalisation des soins et de contrainte budgétaire. La profession évolue, mais peine encore à être à l'origine des décisions qui la concerne. Les gestionnaires viennent-ils en effet libérer les infirmières du pouvoir médical ou une fois de plus décider à leur place ?

« Les gestionnaires viennent-ils libérer les infirmières du pouvoir médical ou une fois de plus décider à leur place ? »

Pour répondre à ces questions, résoudre ces contradictions, les infirmières libérales devront s'interroger sur le sens à donner à la notion d'autonomie dans leur pratique quotidienne. Ni sans, ni contre, mais avec les autres. Afin de ne pas transformer l'aspect idéalisé de cette question en corporatisme désuet, l'expérimentation de nouveaux champs d'autonomie sera à conjuguer avec un nécessaire travail de coopération avec les autres professionnels de santé, à commencer par les médecins. La reconnaissance mutuelle des identités respectives, des compétences spécifiques de chacun devrait être fondatrice de l'interdisciplinarité au bénéfice des patients.

Le premier pas officiel vers l'autonomie des libérales a été celui de la démarche de soins infirmiers (DSI), mais celle-ci n'est pas complètement émancipée de la décision médicale. Si différents protocoles de soins leur permettant d'exercer un

jugement clinique ont ouvert quelques espaces semi-autonomes pour ces professionnelles, la question de la prescription infirmière ou de l'Ordre infirmier pose une nouvelle fois la question de la zone réellement autonome et bénéfique de la profession. Verra-t-elle le jour dans un cadre préétabli (et par qui ?)

dans lequel elles devront s'inscrire ou via la reconnaissance d'une véritable approche infirmière des problèmes de santé rencontrés ? L'avenir appellera certainement la vigilance des infirmières libérales et des organisations qui les représentent à ne pas confondre, d'une part, autonomie et subordination médicale transformée, et d'autre part, substitution médicale et pratique infirmière spécifique. Le défi pour ces professionnelles sera de faire vivre cette autonomie, qui reste en partie à construire, au sein d'une interdisciplinarité appelée à se développer en réponse aux attentes des patients et de leurs proches à domicile. ■

1. IRDES: Institut de recherche et de documentation en économie de la santé.

2. Un droit de prescription limité à certains dispositifs médicaux a été accordé aux infirmières en 2007. Pour ces dispositifs, l'ordonnance rédigée par un médecin n'est plus nécessaire.

Infernal

La matrice des couples infernaux se trouve dans l'Etat libéral lui-même, où les injonctions contradictoires entre santé publique et gestion privée sont aggravées par les exigences de la globalisation.

■ **Christiane Vollaire**, philosophe

Christiane Vollaire est l'auteur de *L'humanitaire, le cœur de la guerre*, Ed. L'Insulaire, 2007

Est infernal ce qui est proprement invivable, et doit pourtant être vécu. Le couple infernal est donc celui qui se rend impossible la vie commune que pourtant il doit vivre. La métaphore est évidemment passionnelle : c'est celle de l'amour-haine, et du lien aussi indestructible qu'élastique, qui ramène sans cesse l'un à l'autre, en dépit de toutes les tentatives de séparation, ceux qui ne peuvent se supporter l'un l'autre, sans pour autant parvenir à se passer l'un de l'autre.

Professionnellement, le couple infernal est donc celui qui est condamné à travailler en tandem, dans le temps même où ses objectifs sont devenus contradictoires.

Or, actuellement, il semble qu'on peut trouver une réalisation de l'enfer, comme espace d'un invivable qu'on est condamné à vivre, dans ce qu'est devenu l'Etat, comme lieu même du conflit d'intérêts. Là se trouve la matrice de beaucoup des contradictions internes à l'exercice professionnel, partout où la défense d'un intérêt général s'affronte à celle des intérêts privés. Partout, surtout, où la défense des intérêts privés se fait passer, par un très pervers mécanisme de substitution, pour celle de l'intérêt général.

L'Etat libéral comme matrice des couples infernaux

Toutes les professions qui sont actuellement, à un degré ou à un autre, dépendantes d'un ministère, éprouvent cette tension permanente, non pas entre la défense de leurs intérêts corporatistes et les exigences de l'Etat (ce qui aurait au moins l'avantage d'une logique de transparence), mais entre leur finalité publique et les intérêts privés que défend un Etat passé aux mains du marché. Il ne s'agit plus de défendre une pluralité sociale contre un centralisme étatique abusif mais, au contraire, de défendre la raison d'être unifiante d'un Etat contre les volontés de destruction de ses propres représentants. L'Etat est donc devenu le couple infernal par excellence : celui qui masque, sous les apparences collectives de l'exigence démocratique, la défense d'intérêts particuliers, aussi minoritaires par la population qu'ils représentent, que majoritaires par la puissance financière dont ils sont porteurs.

On est donc obligé d'interpréter, par un décryptage constant du double langage, toutes les politiques élaborées par les ministères publics, comme autant de politiques de destruction de l'espace public. Ministère des Transports, ministère de la Justice, ministère de l'Education, ministère de la Santé, jouent tous sans exception en permanence contre leurs propres fonctionnaires.

C'est ainsi que toute grève, toute revendication sociale, ne peut tendre actuellement qu'à une défense quasi-désespérée du service public contre l'Etat, qui s'identifie à une défense de l'intérêt général contre les intérêts particuliers, mettant en évidence le conflit d'intérêts qui est au cœur même de la politique radicalement anti-étatique d'un Etat devenu schizoïde.

Le couple fonctionnaire-ministère est donc devenu le couple infernal par excellence, couple dont la séparation est impossible, et dont la relation est devenue invivable, tant les « élites » démocratiques fonctionnent à contre-courant de leur finalité. Il est clair que lorsque le pouvoir républicain est passé aux mains des avocats d'affaires, il est tombé dans un danger pire encore que lorsqu'il était aux mains des énarques. Là, en effet, où une certaine forme de technocratie avait encore en ligne d'horizon quelque chose qui était de l'ordre d'un espace commun, cette ligne d'horizon est véritablement devenue une ligne de mire, et une véritable cible, pour ceux qui n'ont été professionnellement conditionnés qu'au dynamitage permanent de cet espace, à la défense inconditionnelle de toutes les formes de profits privés qui tendent à l'annuler.

L'hôpital comme lieu de mise en concurrence

Une formule du philosophe Jean-Claude Michéa donne très clairement les termes de cette mutation :

« D'où le spectacle toujours insolite (notamment lors des comédies électorales) de ces défenseurs intransigeants du Marché, obligés de prononcer, la main sur le cœur, les éloges les plus incongrus du lien familial, de la solidarité envers les plus démunis, de la responsabi-

lité écologique ou du sens civique, alors même que ce Marché, dont ils travaillent sans relâche à étendre l'empire, ne peut fonctionner efficacement, comme ils sont les premiers à le savoir, qu'en sapant continuellement toutes ces dispositions. »¹

Un tel conflit interne à l'institution est dans l'oxymore que constitue le terme même d'Etat libéral : un Etat dont les représentants sont non pas les défenseurs, mais les destructeurs. Et cet oxymore a évidemment sa traduction en termes de relations professionnelles, parce que dans un même espace de travail, des finalités contradictoires vont entrer en conflit, dans une permanente guerre civile au sein de l'institution.

L'exemple emblématique, pour ce qui concerne le système de santé, est évidemment celui de l'administration hospitalière. La finalité gestionnaire,

et les exigences thérapeutiques, tensions permanentes au quotidien entre les objectifs gestionnaires et les objectifs sanitaires. Mais aussi tension au sein des équipes entre ceux qui auront intégré les exigences gestionnaires comme finalité de leur travail, et ceux qui prétendent réaliser un objectif de santé publique, ou un objectif tout simplement humain de relation thérapeutique.

Il est ainsi sans cesse demandé à chacun d'agir contre l'institution qu'il prétend représenter, et par là même contre ceux dont la collaboration lui est indispensable, puisque défendre la rentabilité d'une fonction sera nécessairement agir contre sa qualité. Et, de ce fait, le temps grandissant passé aux tâches administratives exigées par l'informatisation d'un travail virtuel se fait au détriment du temps passé à rendre efficace un travail réel. Chaque fonction devient alors à soi-même un couple infernal, dans le rapport



qui tend à instrumentaliser l'hôpital comme lieu de rentabilité, tend par là même dans bien des cas à faire de la direction d'un hôpital non pas le soutien financier du fonctionnement d'un service, mais l'obstacle principal auquel vont se heurter les responsables de ce service : restrictions en personnel, en matériel, réorganisation des services, gigantisme hospitalier, auront évidemment pour conséquence une dégradation des conditions de soin pour les patients et des conditions de travail pour les soignants.

Le rapport schizoïde entre qualité et rentabilité

Mais ils auront aussi de ce fait des conséquences en termes de relations de travail : affrontement du chef du service au directeur d'hôpital, mise en concurrence entre les acteurs du soin, mise en concurrence entre les exigences administratives

schizoïde entre l'effectuation des tâches et leur informatisation.

Hors système hospitalier, c'est dans le travail de l'assistant social que vont se cristalliser ces tensions, dans la relation entretenue avec le répondant administratif de la Sécurité sociale. Car, là comme à l'hôpital, la projection du système vers l'optique libérale a pour première conséquence son étouffement dans un surcroît de bureaucratisme. L'un des arguments majeurs du libéralisme, celui d'un combat contre la bureaucratie étatique supposée évoquer les formes honnies du totalitarisme, se retourne bel et bien contre ses auteurs : plus le système se libéralise, plus y foisonnent les formes d'une bureaucratie tatillonne, multipliant les formulaires sans égaliser les pratiques, et visant à tout contrôler sans rien résoudre.

.../...

.../... **Le couple Etat/International dans la remise en cause des politiques de santé publique**

Mais dans cette perspective, le couple infernal est aussi celui que forment l'Etat et l'international. L'Etat libéral n'est pas seulement le lieu d'une injonction paradoxale, il est aussi le lieu d'une véritable dissolution, qui fait disparaître une large part de sa souveraineté décisionnelle dans les impératifs non débattus de la globalisation. Un ouvrage récent, publié par des praticiens et inspecteurs de santé publique, tire la sonnette d'alarme à ce sujet :

« La globalisation des échanges, qui commence à toucher le secteur de la santé, peut, à court terme, modifier les équilibres nationaux si les pouvoirs publics, les médecins de santé publique et tous les acteurs concernés n'anticipent pas le phénomène d'échange qui se développe sous les seules lois du profit et de l'intérêt à court terme. »²

Le risque n'est donc pas seulement celui d'une libéralisation de l'Etat, mais celui d'une globalisation des décisions : il ne s'agit pas seulement d'une perte de la souveraineté nationale en matière de santé, mais d'une perte de la possibilité d'une décision politique collectivement élaborée. Ce n'est donc pas seulement en termes de dénationalisation des politiques de santé, mais en termes de déficit démocratique, qu'il faut traduire les tensions du couple Etat/International, telles qu'elles sont engendrées par la globalisation comme phénomène anti-politique majeur.

Et il est particulièrement significatif à cet égard que ce soit la discipline même de santé publique qui s'érige en garde-fou et appelle à la régulation d'un espace manifestement dérégulé. Les auteurs de l'ouvrage cité procèdent ainsi à une véritable mise en garde, qui touche au cœur même des critiques couramment portées contre les politiques de santé publique. Non, la médecine de santé publique n'est pas une « médecine des populations » opposée à une « médecine des sujets ». Elle n'est pas, de ce fait, une forme abusive et prétotalitaire du biopouvoir, puisque sa finalité est au contraire de restaurer ce que le philosophe Michael Walzer appelle une « sphère de justice », c'est-à-dire la possibi-

lité d'une régulation par l'intérêt collectif et d'une égalisation, politique et non pas biologique, des conditions d'existence.

Les politiques de santé nationales ne sont pas plus justes parce qu'elles sont nationales, mais parce que l'espace national est ce qui peut encore permettre l'expression d'un débat public et la relative transparence d'une vie démocratique. Au-delà, on se trouve affrontés à l'opacité de systèmes de décision sans décideurs mandatés, et de ce fait même soumis aux lois du marché. Le lien infernal devient alors celui qui soumet l'Organisation Mondiale de la Santé à l'Organisation Mondiale du Commerce ; couple devenu, au sens propre du terme, mortifère.

C'est bien la multiplicité de ces tensions et de ces injonctions paradoxales qui aboutit à créer, dans le vécu quotidien des relations de travail, toutes les modalités du rapport infernal : celui qui tient ensemble des professions dont les intérêts sont devenus antagonistes ; mais aussi celui qui tient ensemble, au sein d'une même profession, des sujets qui privilégieront une injonction contre

une autre ; enfin celui qui tient ensemble, au cœur d'un même sujet, deux injonctions incompatibles.

Dans les trois cas, l'enfer n'est rien d'autre, comme il l'était déjà dans les représentations médiévales ou dans la *Divine Comédie* de Dante, qu'une métaphore de la folie. Le premier cas manifeste la folie d'un système ; le second peut affoler un service ; dans le troisième, c'est la personne elle-même qui, professionnellement, devient folle. Echapper à ces trois types de folie, c'est d'abord réorienter une pratique que tous ses contextes tendent systématiquement à désorienter. C'est affirmer pour cela les finalités et priorités de la profession qu'on exerce ; et c'est, de ce fait même,

les penser en commun, dans la perspective solidarisante d'une pensée de la santé publique, qui seule peut faire pièce aux processus multiples de désolidarisation dont la médecine, comme enjeu politique majeur, est le lieu. ■



1. Jean-Claude Michéa, *L'Empire du moindre mal. Essai sur la civilisation libérale*, Ed. Climats, Flammarion, 2007, p.113.

2. *Médecins de santé publique*, dir. P.H. Bréchat, E. Salines et C. Segouin, Ed. ENSP, 2006.

Sortir du schéma conflictuel

Le soin au malade est la finalité des couples professionnels. Respecter le corps de celui qui souffre conduit le médecin à mieux considérer le travail du kinésithérapeute, se mettre autour d'une table pour les transmissions d'une équipe à l'autre, former une équipe soudée face aux vicissitudes induites par les contraintes administratives : chacun peut inventer. Il est des exemples de travail coopératif simple, même au sein de l'hôpital, comme les centres d'IVG, lieux à part, respectant les femmes.

Quand il y a pénurie, travailler ensemble devient indispensable et plus facile. Dans le désert surgit l'oasis : le nombre de médecins chute dans nos campagnes, et les maisons de santé pluridisciplinaires surgissent. Un détour par La Borde montre l'importance de l'accueil : l'oasis paraît alors sous son plus beau jour. Survivra-t-il aux démarches d'accréditation ? Il est si facile d'assécher le puits du financement ! Quand la folie déstabilise l'humain, le médecin doit le protéger contre la déraison de la logique administrative.

Soigner les gens chez eux : une profonde mutation est en cours. Les médecins généralistes sont-ils prêts à relever le défi ? Les infirmières devront-elles divorcer avec la médecine pour affirmer leur place auprès du malade ? Le temps n'est plus à l'innovation expérimentale, nous savons que le changement est nécessaire. ■

Des aliénations humaines en médecine

Au carrefour du vivant et de l'existant, les logiques humaines et sociales sont souvent en opposition, provoquant parfois des affrontements entre psychiatres et médecins-conseils. Alors ce sont les patients qui en pâtissent.

■ **Michel Lecarpentier**, médecin psychiatre

L'événement biologique et personnel d'une maladie met en précarité le corps et l'équilibre existentiel. La rencontre du médecin et du malade a lieu dans un espace où le processus diagnostique les conduit à cheminer de concert. Processus thérapeutique et pronostic sont liés à leur fréquentation. Le passage par l'épreuve de la maladie est créateur, l'art du médecin et du malade les fait se transformer, croître en humanité, en prise sur le sens de l'existence. Leur « sagesse pratique » partagée touche leur processus personnel d'humanisation. Par-delà les aléas de l'organisation sociale, des techniques, des sciences, des préjugés, des savoirs, des uniformisations statistiques, chaque homme habite son corps, structuré par le tissage génome/langue maternelle. Il ne peut échapper au langage, sa biologie est mise en parole. Le langage s'incarne, il n'est pas un simple outil de communication.

Selon le principe hippocratique, l'homme malade doit pouvoir être accueilli et soigné par le médecin qu'il choisit, quelles que soient sa condition sociale, ses opinions, son origine. En termes modernes, au-delà de l'aliénation sociale, le médecin respecte le singulier dans son humanité à l'épreuve de la maladie. Le psychiatre accueille sa parole, et la maladie manifeste la transcendance du langage dans ses effets sur le corps. Mélancolie, manie, psychoses, dépression, névroses, psychopathies, sont l'expression de notre humaine condition. Infléchies par l'aliénation sociale, elles sont identiques dans leur structure à toutes les époques. Plus que toute spécialité médicale, la psy-

chiatry apparaît comme la médecine générale des « maladies de l'homme comme homme », selon la belle expression de Jacques Schotte, au carrefour de ces deux aliénations : « aliénation sociale » et « aliénation transcendantale au langage ».

Le psychiatre, le généraliste doivent analyser leur propre aliénation pour ne pas nuire à celui qui les consulte. Naguère, le Conseil National de la Résistance créa la Sécurité sociale pour que tout citoyen ait accès aux soins. L'État réduisait la réalité aliénatoire et garantissait liberté, égalité et solidarité. Une arche d'alliance instituait une loi d'échange où dominait l'éthique soutenue par le médecin-conseil. Sans être le paradis, un espace clinique était créé dans un champ social en reconstruction après les traumatismes de la guerre et de l'extermination. Cette tragédie de l'Histoire compte en psychiatrie et soutient aujourd'hui ma *praxis* médicale.

« Le passage par l'épreuve de la maladie est créateur. »

Des logiques en opposition

Existe-t-il un couple infernal psychiatre/médecin-conseil ? Les malades en éprouvent deux logiques pas toujours synergiques. Leurs contradictions apparaissent franchement délétères pour certains : le transfert structurant avec le psychiatre choisi, rencontre le « jugement » du médecin-conseil, vécu comme un surmoi incarné. La personne malade, dans l'embarras et l'émotion, est en risque redoutable de passage à l'acte.

Une attitude volontariste, comme « Je vous remets sur le marché du travail ! », interrompant impérativement un arrêt maladie prescrit, peut avoir des effets incontrôlés. La patiente présen-

tait une psychose délirante mélancolique et non une banale dépression : décision difficile pour un diagnostic minute. Le contexte actuel désoriente le savoir technique du contrôleur et aveuglée à son insu, sa médecine est proche de l'imposture. Une apparente présentation hystérique masquait la gravité. Le lendemain, au petit jour, la conviction délirante de sa faute obligea cette dame à se punir en avalant tous ses médicaments.

Parfois, le médecin-conseil devance le législateur, court-circuitant les droits pour en réduire le bénéfice. Une collègue s'exposa ainsi au risque d'une agression. « Si je n'ai pas mes 80 %, je la tue ! », disait à son propos une patiente qui s'était jadis automutilée en utilisant une bouteille de gaz pour s'asphyxier. Penser tuer pour se faire reconnaître dans un contexte délirant sous-tendu par une arriération affective, le prix est un peu cher payé. Les recours à une hospitalisation d'office, à l'intervention de la police, à une plainte en justice pour menace de mort sont disproportionnés. L'intervention du psychiatre a sauvé de « l'enfer » où elle s'était mise la collègue qui avait oublié les prémices homosexuelles inconscientes des systèmes paranoïaques.

La lettre administrative impersonnelle, refusant un remboursement de transport, peut être vécue comme un interdit de se soigner, faisant décompenser gravement la personne délirante : suicide, dépression, enfermement, désespoir, voyage pathologique, persécution, vente de la voiture indispensable pour aller travailler, etc. Une banalité peut avoir des effets ravageurs.

Vérité subjective et transparence

Légalement, le médecin traitant établit le protocole des ALD (affection de longue durée), la loi met en partage le secret médical. Nombre de malades n'informaient pas leur généraliste qu'ils consultaient un psychiatre. Cette décision leur semblait favoriser un meilleur équilibre existentiel. Tout dire n'est pas toujours possible, une grande part de notre travail concerne cette opacité autour de laquelle tournent les dialogues médecin-malade et qui ne peut s'expliquer de façon transparente. La loi vient enfreindre le respect de l'omission, du mensonge même, si essentiels à l'approche de la vérité subjective. Dépressions, névroses graves, et psychoses sont malmenées par cette intrusion dans le secret et l'oubli que le refoulement originaire permet d'enclorre. Ces logiques sont des plus complexes, elles mettent en jeu le langage et l'énigme que chaque humain incarne.

« Le psychiatre, le généraliste doivent analyser leur propre aliénéation pour ne pas nuire à celui qui les consulte. »

Comptabiliser sans respect du singulier

L'économie restreinte fétichise les individus, les assigne à un statut anonyme qui permet de les inclure dans une statistique et de les valoriser sur le plan comptable. Désormais, la Sécurité sociale a des objectifs assignés. Les ARH (agences régionales d'hospitalisation), bientôt les ARS (agences régionales de santé), appliquent une logique de marché, d'offre de soin, de valorisation des actes psychiatriques, de stocks humains

dans les territoires de santé où sont comptabilisés malades réels, potentiels, professionnels de santé, selon les modèles économique-financiers mondiaux. Un homme ne doit pas coûter plus qu'il ne rapporte. Cette logique macro-économique oublie que l'existence de chacun obéit à une structuration précaire douloureusement mise à mal dans le contexte actuel.

L'importance du fantasme dans l'existence

En psychiatrie, comme dans la vie, il s'agit de créer une base existentielle permettant de construire un monde habitable, stabilisée par le cadre du fantasme. Articulation complexe de la position subjective avec une dimension objectale, le fantasme structure la présence de chacun à son insu, lui permettant d'aller et de venir, de circuler dans divers espaces où il s'investit différemment tout en se pensant le même. Cette capacité peut être endommagée ou détruite par les conditions socialement imposées aux commerces humains.

Nous entendons parler de souffrance au travail, par exemple quand les fantasmes sublimatoires sont détériorés par les stratégies managériales. Il ne faut pas en négliger l'importance chez les médecins. Burn-out ou suicide sont plus fréquents dans leur population, il y a là matière à réflexion.

Nous percevons aussi la destruction des structures fantasmatiques quand nous voyons des hommes sans autre résidence sur la terre que l'errance et la déréliction dans nos cités. Tombés hors du monde, ils tâchent de réaliser un fantasme, attachés à leur trésor, leur balluchon ou leur chien, ils l'incarnent au vu et à l'insu des passants que nous sommes. C'est dans cette attente indéterminée, que nous apercevons nos concitoyens arrimés à leur subjectivité en prise sur un objet dérisoire, mais qui assure une fonction de vicariance, une suppléance qui préserve leur équilibre vital.

À vouloir ignorer ces complexités, rupture de soins et rupture existentielle s'enchaînent. Et l'homme tente de survivre dans cette vie en enfer. ■

Une équipe soudée

Quand médecin et agents hospitaliers savent se protéger mutuellement pour faire bloc malgré tout et rester au service des patients.

■ **Patrick Dubreuil**, médecin généraliste

« Je cherche l'or du temps »

André Breton

Nettoyer, mais pas seulement les lieux

« Passe donc voir M. X., il n'est pas très bien », me dit un matin Monique, l'air sérieux et grave. Puis elle s'en va en chantant, poussant son balai sur le sol luisant du couloir, que je trouve pourtant propre (je la taquine souvent à ce sujet, on lui impose de tout récupérer, *au micron près* de particule de poussière). L'alerte est lancée, je la saisis et passe voir le patient en priorité lors de la visite.

Monique est ASH Q, agent de service hospitalier qualifiée, depuis vingt-sept ans. Au fil du temps, elle est véritablement devenue une thérapeute, et elle le sait. Elle débute tôt le ménage dans les parties communes. Faisant partie intégrante de l'équipe, elle passe souvent dans les chambres dire bonjour aux malades comme par accord tacite avec eux. Quand elle ne le fait pas, certains le lui rappellent : « Le rayon de soleil n'est pas apparu ce matin ! »

Car Monique ne fait pas que son boulot de nettoyage des lieux. Elle nettoie aussi les âmes de leur trop plein d'ennui dans ce service de soins de suite, de réadaptation et de soins palliatifs. Elle est capable de prodiges comme tirer un sourire de la plus souffrante des mamies et faire trouver le temps moins long aux convalescents. La richesse des relations qu'elle noue avec eux, non exempte d'humour, est très précieuse pour le recouvrement d'une meilleure santé. Elles sont ainsi une poignée d'infirmières, d'agents de service et d'aides-soignantes, soudées et efficaces.

Faire bloc, envers et contre tout

Je suis parti au cours de l'année 2005 après quatre ans de services. Mon dernier jour de travail fut une fête déguisée qui dura plus de deux heures dans la salle à manger. Une trousse à docteur en plastique pour enfant me fut offerte ainsi qu'un gros réveil, à moi qui suis si peu matinal ! Puis en vingt minutes, tout fut nettoyé, lavé, séché, rangé. Le travail ne s'était pas arrêté pour autant. Le soir, ivre, le cœur en peine, mais joyeux, j'ai quitté le service. Je savais que je reviendrais les voir un jour. Quand j'y travaillais, nos rapports professionnels

effaçaient sans cesse les rigidités hiérarchiques. Nous savions demander et écouter l'avis de l'autre, quelle que soit sa fonction, lorsque le doute s'invitait à notre réflexion. Quand une erreur d'administration d'un médicament se produisait, elles savaient qu'elles pouvaient m'en parler librement. Et nous tâchions ensemble de la récupérer, en toute confiance. Nous faisons bloc.

Pourtant, ce groupe restait exposé et soumis à de multiples pressions (collègues, cadres de santé, administratifs). Certaines se faisaient remonter les bretelles pour des brouilles ou à cause d'exigences d'organisation du travail n'ayant que peu à voir avec le soin. Parfois, l'une, abîmée, s'en allait pleurer seule dans les toilettes ou dans le vestiaire, parce que le vase débordait et que la veille, elle avait pris la main d'un patient agonisant et avait versé d'autres larmes peut-être... Mais cela, les administratifs ne le savaient pas.

J'estimais leur travail et leur générosité, elles me le rendaient bien. Je lisais dans deux gros albums photos sans photos les innombrables témoignages de reconnaissance de familles ou de patients qui étaient passés entre leurs mains... de précieuses lettres d'or où ils s'épanchaient.

Retrouvailles, trois ans plus tard

Nous sommes en 2008, Monique est toujours ASH Q. Elle, et Nathalie, aide-soignante dans le même service, ont accepté de me rencontrer pour répondre à quelques questions, en dehors de l'hôpital, à la sortie de leur travail, dans un café.

Quelles sont les raisons qui expliquent ce climat chaleureux exceptionnel, du point de vue de la structure, de l'administration, du recrutement, du pouvoir médical ou paramédical, de l'histoire de l'équipe ?

Monique : Nous travaillons dans une petite structure hospitalière (un hôpital local), dans un service de vingt-quatre lits, au sein d'une petite équipe. Le bâti est ancien : gros murs extérieurs, espace intérieur étroit et rénové, ce qui rend le lieu plus intime. C'est un hôpital qui était tenu autrefois par des sœurs religieuses.

Nathalie : Et puis surtout l'équipe se connaît depuis longtemps, elle a donc acquis des automa-

tismes dans le travail : pas besoin de se parler pour savoir comment travailler, comme par exemple refaire les lits. C'est comme dans les vieux couples... C'est pourquoi, à part les départs en retraite, il y a peu de changements de personnel, et celles qui sont là ne veulent pas partir.

Monique : Il y a peu de hiérarchie entre agents de service, aides-soignantes, infirmières et médecins. Lors des transmissions, tout le monde peut prendre la parole, ce qui permet à chacune de s'impliquer plus dans son travail. Les explications du matin aident à souder l'équipe. Le médecin sait écouter.

Nathalie : On travaille en partenariat avec les infirmières. On ne doit pas trop broder et raconter la vie des patients tous les matins... car le travail attend. On s'organise nous-mêmes. La cadre de santé préserve une certaine autonomie de l'équipe.

Protocoles et restrictions budgétaires, à l'encontre du travail commun

Ce climat est-il encore le même aujourd'hui ?

Monique et Nathalie : Oui mais certaines choses ont changé. Aujourd'hui, par exemple, il y a plus de contraintes à cause des protocoles. L'accréditation et l'exigence de traçabilité font que tout le

monde sait qui fait quoi : tout acte médical et paramédical est obligatoirement signé, toute erreur est connue dans la chaîne de la hiérarchie hospitalière : cadre de santé, cadre de santé supérieure (ou directrice des soins) qui peut en référer à la direction de l'établissement.

Une infirmière, Odile, du même service que Monique et Nathalie, croisée dans l'établissement le jour de ma visite m'a fait part de son inquiétude.

Odile : On a mangé notre pain blanc. Quand tu étais là, rappelle-toi, nous étions en permanence deux infirmières, l'une pour faire la visite avec toi, l'autre pour les soins. Aujourd'hui, avec la pénurie et les restrictions budgétaires, ce n'est pas toujours le cas : nous pouvons être amenées à décaler nos congés annuels ou bien parfois nous sommes seules à travailler le matin pour faire face aux arrêts de travail ; les remplacements infirmiers ne sont pas assurés systématiquement ; il est donc plus difficile dans ces conditions de travailler correctement.

Je m'interroge par rapport à cela, car le travail se fait malgré tout. Et si on arrive à pallier la diminution du nombre d'infirmières, la restriction des équipes en personnel sera justifiée aux yeux de l'administration. Alors, comment assurer en commun un travail de qualité ? ■

Partager

■ **Sylvie Simon**, kinésithérapeute, ostéopathe

J'ai eu la chance d'apprendre mon métier de kinésithérapeute avec des kinés compétents, « les anciens ». A leur époque, il n'y avait pas encore de salon de massage, d'écoles d'ostéopathie. Ces kinés savaient masser, rééduquer, bricoler des attelles pour les déformations articulaires, corriger les déformations et surtout ils transmettaient leur savoir aux patients. Aujourd'hui, dans toute la France, des salons de massage, des écoles d'ostéopathie ouvrent leur porte, les Français vont mal et la santé devient un vrai business. Les séances sont très chères, mais qu'importe, c'est très mode d'aller dans son Spa (centre de santé bien-être, balnéothérapie) une fois par mois ou voir son ostéo à soixante-dix euros la séance. Quand je vois arriver un nouveau patient qui me dit avoir vu un ostéopathe qui l'a beaucoup « impressionné », mais ne l'a pas guéri, quand il me raconte qu'il lui a conseillé de revenir dans trois semaines et de voir un kiné pendant ce temps-là, c'est le comble et ça m'agace tout de même beaucoup. Alors bien sûr, ça fait du bien de se faire masser, bien sûr c'est mieux d'être soulagé par quelqu'un qui a les mains compétentes et qui connaît l'ostéopathie, mais restons modeste. J'ai fait aussi une formation d'ostéopathie et c'est nettement un plus dans ma pratique, mais arrêtons de jouer les « pseudo » magiciens, arrêtons de nous cacher derrière un certain pouvoir médical. C'est souvent plus long, plus fatiguant d'accompagner les personnes dans la connaissance de leur corps, leur faire crédit qu'ils peuvent se soulager eux-mêmes. Mais j'ai la conviction que c'est le meilleur cadeau que l'on peut faire aux patients. ■

Tous à table

Magali Portier-Lecarpentier, médecin généraliste

Lors de mon stage en médecine interne dans un grand CHU (centre hospitalo-universitaire) de Paris, je fus, à mon arrivée, agréablement surprise de l'accueil des infirmières. Chaque matin, le même rituel : le « Bonjour » à toute l'équipe, le lavage des mains, chercher l'infirmière qui s'occupe de « mes » patients et la même question : « Y'a des problèmes ? »

Question bateau, mal formulée et très centrée, mais permettant paradoxalement de parler de tous les patients. L'infirmière reprend sa feuille de transmission du matin que nous relisons ensemble. Nous organisons le sens de ma visite. Je ne suis pas encore arrivée lors de la transmission du matin, cela me permet de faire le lien avec la nuit. Mais, paradoxalement, les internes n'assistent pas plus aux transmissions de l'après-midi.

Dans ce service, en plein milieu du poste de soin, une grande table carrée permet à chacun de s'installer pour des transmissions. Comment participer à ces transmissions sans paraître intrusive ? Je décide de m'installer à cette table et de lire des papiers. Les infirmières me demandent ce que je fais là. En fait, je me rends disponible et j'attends sans rien dire. Au début, des regards interloqués et puis, avec le temps, ma présence semble ne plus les déranger. Je ne commente pas leurs transmissions, je ne me permets pas de remettre en cause leur information concernant le patient.

En laissant venir, des questions me parviennent sur du vocabulaire pour décrypter les termes médicaux, ce qui est prévu pour le patient ou encore « si c'est normal que tel patient présente tel symptôme ».

Au fur et à mesure, les questions deviennent plus précises. L'échange devient possible et je m'installe près d'elles pour la transmission du midi. Nous partageons ce moment et chacun apporte son savoir sans enjeux de statut (enfin, en étant moins hiérarchisant).

Ces conversations avec les infirmières me permettent de répondre en partie à une question : « Qu'est-ce que je fous là ? » ■

De l'apprentissage par les patients

Didier Ménard, médecin généraliste

« Bonjour docteur, je vous amène mon petit-fils, il a de la fièvre depuis cette nuit, il n'a pas mangé ce matin et il est très grognon. » « Vous avez bien fait », dit le jeune médecin que j'étais à l'époque, « on va voir cela ». « C'est tout vu », répondit la grand-mère. « Ah bon et pourquoi ? » questionna le docteur ? « Bah, docteur, vous ne voyez pas les boutons, il y en a partout, il est tout rouge. » Il faut dire que je le voyais surtout noir, ce bébé antillais.

Depuis ce jour, quand la grand-mère est présente à la consultation, je sollicite son avis avant de formuler mon diagnostic, cela peut être très utile. ■

Entretien avec **Jean Oury**,
propos recueillis par **Anne Perraut Soliveres** assistée de **Guillaume Lecarpentier**

Une autre planète

Anne Perraut Soliveres, cadre supérieur infirmier de nuit, chercheur en sciences de l'éducation

La première fois que j'ai franchi le chemin de terre bornant la clinique psychiatrique de La Borde, j'ai eu le sentiment d'arriver sur une autre planète. La rencontre des pensionnaires qui nous ont accueillis donnait une première idée de l'ambiance particulière du lieu. Guillaume, qui me pilotait, étant un habitué des lieux (pour y avoir effectué quelques stages), est connu de tous ceux que nous avons rencontrés, ce qui a grandement facilité ma propre entrée dans cet univers chargé de sens multiples.

L'accueil de Jean Oury, directeur de La Borde, a confirmé mon sentiment d'étrangeté. Sa grande simplicité, son franc-parler, une apparente bonhomie servie par un sens poétique très chaleureux ne masquent pas son acuité d'analyse ni son engagement dans un tout autre rapport au travail, aux autres, et en particulier aux patients dont il a la charge. A ma question sur les « couples infernaux » dans la médecine, il répond d'emblée par ce qu'il appelle la « fonction d'accueil ». ■

Une question d'ambiance

La Borde est un lieu de soin qui rompt avec ce que l'on connaît généralement en psychiatrie. Sous l'impulsion de Jean Oury, éternel jeune homme, la psychothérapie institutionnelle donne le ton et met l'ambiance.

Jean Oury, directeur de la clinique psychiatrique La Borde

« La façon d'accueillir quelqu'un compte énormément. La fonction d'accueil, ce n'est pas simplement d'être gentil, cela compte pour la suite de la prise en charge. Je donne des cours à l'école d'infirmière, on voit bien qu'il y a en arrière-plan tout un tas de préjugés. Elles sont très malheureuses. C'est effrayant. C'est pour ça qu'on nous demande d'y aller. L'idée de base, c'est que l'on méconnaît l'importance de l'ambiance et de la fonction d'accueil qui est essentielle. Pour préparer un patient au sommeil, il ne faut pas qu'il soit dans un état de stress, ce serait mieux de lui parler un petit peu. Cela évite bien des soucis, des contentions, des médicaments et des perfusions. On peut dire qu'il y a un effet nosocomial d'ambiance... C'est ce que

j'appelle le travail inestimable. Or, les infirmiers (IDE), les aides-soignantes, les chirurgiens et les anesthésistes de bloc ont des rivalités de statuts épouvantables. C'est un régime de castes avec des privilèges alimentés par une organisation de la santé défaillante depuis trente ans. Restes de tradition historique très lourde, depuis des siècles, le corps médical est une classe sociale supérieure qui détient le savoir. L'infirmière est un valet, ça reste et même s'accroît. Il y a une identification à une catégorie statutaire très dommageable. Les frontières sont infranchissables, il ne s'agit pas de la même histoire et il y a en médecine une fétichisation des diplômes : le diplôme de docteur va de bac + 8 à + 12, celui des infirmières est de bac + 3...
.../...

.../... Je vois fréquemment arriver des stagiaires diplômés de la connerie. Les internes en psychiatrie font leur bible du DSM 4, alors que c'est tout juste bon pour les assurances.

L'important pour l'infirmière, c'est de pouvoir développer de l'initiative pour être efficace, mais paradoxalement dans un système serré avec des contraintes organisationnelles et protocolaires, l'initiative est une faute professionnelle. Alors tout le monde se replie, ce qui justifie le discours sur le manque d'initiative de l'infirmière. Ce qui fait la valeur du travail, c'est ce qui n'est pas dit. La compassion elle-même est une faute professionnelle, car cela prend du temps. Ce sont pourtant les petits trucs de chacun, les initiatives non dites qui font la valeur du travail. On voit bien que ce qui compte le plus c'est la confiance, l'ambiance, que ce ne soit ni chronométré ni enregistré. La qualité des soins est produite par tous. S'il y avait des réunions (pas n'importe quelle réunion, puisqu'il s'agit de ce qui s'appelle en pédagogie institutionnelle « Le conseil », où tout le monde prend place à égalité de parole avec un président de conseil distribuant la parole et auquel chacun se soumet y compris l'instituteur) régulières une fois par semaine, on pourrait aborder les difficultés et on avancerait dans la cohésion du groupe. En psychiatrie, on pratique ces groupes même avec des criminels psychotiques, sans hiérarchie, pour parler des cas difficiles. Ce genre de réunion se fait parfois en urgence. Ça change complètement l'ambiance, mais pour obtenir cela, il faudrait tout réformer. Ce qui fait l'originalité de la fonction d'accueil, aussi bien dans la pédagogie que dans la psychothérapie institutionnelles, c'est le fait de se mettre à la place de celui qui se présente là, qui ne vient pas pour des prunes, non pas se mettre à son niveau, mais dans le même paysage. Pour la fonction d'accueil, on ne peut pas être tout seul, cette fonction nécessite tout un groupe qui s'entend bien, qui permet une prise en charge satisfaisante. On voit bien que certains se sentent mieux accueillis par le psychiatre ou par l'infirmier, la femme de ménage, voire par un autre malade. Cela nécessite une complémentarité de l'ensemble du personnel. Or, ça n'est plus possible, nous obéissons à des lois mondiales. Le fantasme de transparence, d'homogénéité, la transparence des dossiers médicaux, avec ça c'est foutu. Le principe de précaution alimente les pathologies phobiques paranoïaques, et il y en a beaucoup... On ne s'empare pas assez de l'évaluation de nos pratiques de manière hétérogène. De ce fait, on se laisse enfermer dans des classements aberrants. Il y a pourtant une résistance inouïe aux fiches techniques. Nous avons

« La fonction d'accueil, ce n'est pas simplement d'être gentil, cela compte pour la suite de la prise en charge. »

passé des mois à cinq ou six à essayer de faire ces fiches absurdes demandées par l'accréditation. Il y a quarante ans, les médecins généralistes connaissaient les monographies familiales, ils n'avaient pas besoin de fiches.

Ce n'est pas parce qu'on est bien ensemble qu'on n'est pas rigoureux. L'estime de soi est essentielle, ainsi que l'importance de la réputation dans une équipe. En psychothérapie institutionnelle, on parle de rapports complémentaires. C'est l'ensemble des interventions qui produit le meilleur. De la femme de ménage à l'infirmière en passant par le médecin. C'est dans le malade lui-même qu'il va y avoir l'articulation des interrelations, c'est lui qui produit la jonction et si ces gens-là s'engueulent entre eux, cela doit faire quelque chose, cela joue forcément un rôle dans le bien-être ou le mal-être du patient. Il y a une méconnaissance de l'effet produit. Ce phénomène d'ambiance est très important.

Il y a soixante ans, Lucien Bonnafé a organisé une journée de travail sur la hiérarchie et ses effets indésirables. Tous ceux qui sont venus étaient soit médecin, soit chef de service, soit surveillant. Ce qui est remarquable, c'est que les seuls qui critiquent la hiérarchie sont les hiérarques eux-mêmes, car il faut avoir le droit de parler pour critiquer la hiérarchie.

Il y a une incommunicabilité fondamentale entre les médecins et les infirmières. Aujourd'hui, on invente même des échelons intermédiaires. Il y a aussi une hiérarchie des savoirs. En cardiologie à l'hôpital de Tours, une de mes amies a dû avoir un stent. Tout s'est bien passé, sauf qu'on l'a laissée sortir seule sans précaution avec les patches d'ECG encore collés. Chacun s'arrête à son domaine de compétence. Les femmes de service sont gentilles, les infirmières aussi, les opérations sont très bien faites, mais les suites c'est autre chose.

Le numerus clausus dans les années 90 a fait des dégâts considérables chez les psychiatres, en particulier. Il y a près de mille places vacantes dans les hôpitaux. A Lille, il y a un diplôme de psychothérapie institutionnelle. Sur cent inscrits, seuls cinq internes en psychiatrie sur quatre-vingt y assistent... Les autres s'en foutent complètement. Ce qui est dominant (et c'est encore pire en Belgique), c'est que le contenu des études est contraint par les grands laboratoires. Quand on sort de là, on n'a aucune formation. Maldiney, citant Eschyle disait que c'est dans l'épreuve qu'on apprend, pas en apprenant des livres par cœur. C'est en ayant vécu des conflits, des rencontres de toutes sortes. Pour être infirmier psychiatrique, il y a soixante ans, il fallait avoir le certificat d'études et avoir

vécu trois ans à l'hôpital. Les premiers cours, en 1947 à Saint-Alban, ont transformé les gardiens en infirmiers. Le diplôme est venu ensuite. A la fin des années 60, le diplôme d'infirmier est devenu presque universitaire, il fallait le bac, mais les gens qui arrivaient là n'avaient plus aucune expérience. Le jeune qui arrive avec son bac + 2 en face d'un type dans un état confusional, il ne peut rien y comprendre. Avant, c'étaient des gens plus âgés, avec une expérience de la vie, ils sortaient de la campagne ou de l'usine, ils se reconnaissaient davantage dans les histoires des patients. Ça compte beaucoup dans la relation.

Nous vivons une expérience de clivage généralisé. Les classements, les notations de fonctionnaires ont vu le jour en 1945 sous Maurice Thorez...

Dans les grands hôpitaux psychiatriques, il y avait 210 items à remplir dans le questionnaire d'entrée. Le temps que tu remplisses ça, tu ne vois pas

« Il y a un effet nosocomial d'ambiance. »

les malades, tu ne leur parles pas. Les choses deviennent d'une absurdité inouïe. Avez-vous vu les questionnaires envoyés aux instituteurs pour faire des profils d'enfants difficiles ?

Il s'agit d'une prise de pouvoir par une bande de gens bien placés, des cognitivistes, comportementalistes qui font des dégâts considérables. Le travail inestimable, celui qui compte vraiment, ne se compte pas, il est invisible. C'est ce que j'ai essayé de faire comprendre aux gens de l'évaluation de la HAS. Je leur ai dit : vous devriez rester six mois ici, ce n'est pas en quatre jours que vous pouvez comprendre quelque chose. Et comment évaluer un sourire ? Une attention aux patients ? Les relations entre les patients qui se révèlent tout aussi soignantes, et qui nous en apprennent parfois davantage que bien des entretiens ? De toutes façons, moi, je ne compte pas. En réalité, ces gens là ont des fiches techniques qui ne correspondent à rien. » ■

Petit guide de La Borde, concepts, langue, vocabulaire et itinéraire

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, tenir compte de l'humain en chacun en dépit des étiquettes pathologiques. Liberté de la parole et de la circulation des personnes. La souplesse pour remettre en mouvement et responsabiliser chacun.

La lutte contre l'aliénation statutaire : moniteurs et pensionnaires sont tous membres du club thérapeutique. Pouvoir se saisir de chaque parcelle de désir. Faire des « greffes » de transfert. Infléchir la trajectoire existentielle.

Distinguer « statut » (fiche de paye), « rôle » (celui qu'on joue) et « fonction » soignante (par exemple, exercée parfois par des payés, parfois par des pensionnaires...).

La « feuille de jour » : les activités du jour sont inscrites la veille pour le lendemain et placardées dans plusieurs endroits stratégiques de la clinique : le rez-de-chaussée du château, au bois, au standard, au Parc, à la Verrière, à la lingerie, au secrétariat du club, sur les portes des bureaux des médecins, au grand salon, etc.

La « grille » (les membres du personnel se grillent chaque mois, c'est leur emploi du temps avec des 9-17, des 17-23, des nuits, des 6-13).

Les réunions : « réunion d'accueil », « réunion du personnel », le « RAIL », « le SNARK » (réunion de l'association culturelle), les réunions de constellations (transférentielles), « le repas des poissons-pilotes » qui sont volontaires (moniteurs ou pensionnaires) pour accueillir les nouveaux venus ou les invités.

Le journal hebdomadaire avec les événements du club, ou des créations littéraires.

La vie quotidienne avec le matin : le SAM (soin-animation-ménage) dans les différents secteurs de soin pour aller à la rencontre des pensionnaires qui ont du mal à se lever et resteraient toute la journée dans leur chambre s'ils n'avaient pas de visite.

La chauffe : les transports en minicar conduits par des pensionnaires du groupe chauffe pour aller à Blois, aux appartements croix-marine, faire les courses, aller à la gare...

Les ateliers : la « kalo » (se faire coiffer, se faire beau), l'équitation, le potager, la randonnée, le vélo, la piscine, le service, la plongée, le tabac, l'emploi du temps, le journal... Le club thérapeutique et l'association culturelle.

La Borde, c'est avant tout un lieu de soins. ■

Guillaume Lecarpentier

Les centres d'IVG, des oasis ?

Les centres d'IVG sont des exemples de démocratie dans le soin.

Martine Lalande, médecin généraliste et IVGiste

Dans les hôpitaux, il y a des services « à part ». Tels les centres d'IVG¹, ceux qui sont indépendants, avec un accueil et un personnel spécifique, donc motivé. Celui de Colombes, dans la région parisienne, a ouvert en 1975, juste après la loi autorisant l'avortement en France. La première équipe comprenait des médecins de ville et des infirmières qui avaient pratiqué dans la clandestinité avec le MLAC². Même la secrétaire avait participé aux avortements faits par ces médecins et des féministes, avant la loi. Étudiants, nous y sommes allés par curiosité et pour apprendre la gynécologie, utile pour le métier de généralistes. D'autres, moins militants, y avaient vu une autre façon de soigner les gens, et étonnés de tant de gentillesse dans l'accueil des femmes, s'étaient dit : « C'est comme ça que nous voulons faire de la médecine ». Les équipes ont changé, des infirmières nouvelles ont succédé à celles parties à l'étranger ou à la retraite, des jeunes médecins sont arrivés, mais l'état d'esprit reste. Les femmes qui viennent ne sont pas malades, elles savent ce qui leur convient, nous sommes à leur disposition pour que tout se passe bien. Tout en restant fermes sur le fait qu'elles doivent faire un choix.

Au début de cette expérience, les rôles étaient mêlés, les IVG étaient faites par les médecins, mais l'aide-soignante qui assistait à l'intervention guidait les étudiants : « Maintenant tu changes de canule... à présent c'est terminé... ». Son expérience était telle que nous lui faisions entièrement confiance. Les infirmières se chargent de l'accueil et le dossier est fait « à deux voix », commencé par elles, complété par le médecin. C'est l'infirmière qui guide le choix de la femme (IVG par aspiration ou médicamenteuse, choix de la contraception après, dépistage du sida...), puis le médecin fait l'examen, et l'intervention est réalisée à deux. Quand nous avons voulu nous former en Hollande à une meilleure technique d'anesthésie

locale, nous y sommes parties, infirmières et médecins ensemble. De même pour les congrès sur la contraception ou de l'association des centres d'IVG³. Dans les réunions d'équipe, chacune a la parole. Il y a des différences pourtant : en cas de conflit avec l'administration, ce sont les médecins qui font grève, ils sont moins vulnérables. Les médecins ont d'autres activités, sont à temps partiel et ont un meilleur salaire horaire. Les infirmières, aide-soignante et secrétaire sont « permanentes », ce qui leur donne du pouvoir sur les emplois du temps, la circulation des informations et la densité du travail. Elles savent quel médecin on peut « charger » un peu, qui il faut ménager, qui déteste ne rien faire... Il n'y a pas de cadre infirmière, une d'elles se dévoue pour aller aux réunions de surveillantes. Pour recruter une infirmière ou une aide-soignante, on la reçoit pendant une journée et chacune donne

son avis. Les étudiants qui viennent en stage apprennent autant des médecins que des infirmières et ils le disent. Au temps de la réorganisation de l'hôpital, avec l'intégration du centre d'IVG dans la maternité de type 3 et le pôle mère-enfant, on ne sait pas ce que deviendra cette « oasis », si des médecins généralistes pourront continuer d'exercer à l'hôpital, si les infirmières ne seront pas réquisitionnées pour travailler dans d'autres services... L'atout de ce lieu est sa spécialisation dans un domaine exclu de la médecine, mais inscrit dans la loi, et très sensible dans l'opinion. C'est sans doute cet héritage de l'histoire des luttes des femmes qui garantit une telle « démocratie » au travail. ■

« Les femmes qui viennent ne sont pas malades. »

1. Centres d'Interruption Volontaire de Grossesse et de contraception, parfois appelés centres d'orthogénie.
2. MLAC : Mouvement de Libération de l'Avortement et de la Contraception.
3. ANCIC : Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception.

Un mariage de raison

Qui dit mariage, entend couple, donc deux. Mais quelle est donc cette chimère, la personne aux deux personnes, cette sorte de Janus ?

Alain Dequirot, médecin directeur

Certains pourraient penser que médecin-directeur est un oxymore ; encore que.

Jeune médecin, je pensais que la santé n'avait pas de prix, que tout était permis. Ayant pris un peu d'âge, et peut-être de raison, je me suis posé la question de l'efficacité, donc du bien fondé de pratiques moins dispendieuses. Pour donner un exemple, maintes fois observé au cours de mon exercice de médecin hospitalier, il n'était pas rare de constater que des examens complémentaires, déjà réalisés à l'extérieur de l'hôpital, soient à nouveau prescrits. Quel en était le bénéfice pour la mise en œuvre thérapeutique ?

Comme praticien hospitalier, j'ai eu d'excellents rapports avec le directeur de l'établissement. Notre chef de service avait mis en place un staff commun entre les médecins du service et les membres de l'équipe administrative. Chacun pouvait y exposer ses besoins et ses contraintes. Cela m'a convaincu de la nécessité d'un dialogue entre deux mondes qui, trop souvent, s'ignorent. Soignants et administratifs sont, certes, sur le même bateau, mais leurs logiques de navigation ne sont pas toujours concordantes. Les administratifs sont soumis à des contraintes de gestion, en particulier budgétaires. Les soignants ont parfois le désir de faire plus. Qui peut dire qu'il n'a jamais été tenté par un matériel sophistiqué ? Ce peut être pour la commodité, mais parfois aussi pour le prestige. Comment le directeur peut-il juger du bien fondé d'une demande de dépense ou d'investissement, alors que le demandeur a une parole d'expert ? D'autant que cette expertise s'exerce dans un domaine particulièrement sensible qui

touche aux notions sacralisées de vie et de mort. Mais de son côté, le directeur est aussi un expert. Son expertise concerne la gestion et le domaine économique. Ce sont deux notions bien souvent méconnues du monde médical (car peu enseignées) et trop souvent jugées futiles, si ce n'est obscènes. On se trouve devant deux logiques de spécialistes. On peut les représenter comme les deux rives d'un même fleuve qui se méconnaîtraient, voire s'ignorerait. N'est-il pas temps de construire un pont ?

« Devenu directeur d'un établissement hospitalier, je me suis rendu compte de l'avantage que représente le fait d'être aussi médecin. »

Devenu directeur d'un établissement hospitalier, je me suis rendu compte de l'avantage que représente le fait d'être aussi médecin. Je comprenais la langue médicale qui est bien souvent étrangère. Dans la société actuelle, on considère qu'il est primordial de parler plusieurs langues pour faciliter la communication et la compréhension entre les individus de nationalités différentes. Parler et comprendre plusieurs langages professionnels, n'est-ce pas un bon moyen pour faciliter communication et compréhension entre acteurs professionnels différents ?

Ayant eu la même formation que les médecins, j'étais à même de comprendre l'intérêt de leur(s) demandes(s) et du bénéfice qu'elle(s) pouvait(ent) présenter pour la prise en charge des patients. Dans un monde d'hypermécanisation, il peut être utile que des hommes-ponts soient à même de permettre des passages entre les rives des spécialités.

Certes Janus a deux visages. Mais c'était le gardien des portes, celui qui permettait les passages. Et tout compte fait, un mariage de raison, ça peut marcher. —

Qui va nous soigner demain ?

Analyse de l'évolution des professions de santé et des modes possibles d'organisation des soins ambulatoires : il ne s'agit plus d'innovation, le temps est venu de changer !

Propos recueillis par **Anne Perraut Soliveres** et **Philippe Lorrain**

Entretien avec **Yann Bourgueil**, médecin de santé publique, directeur de recherches à l'IRDES¹

Essayons d'analyser les évolutions des dynamiques professionnelles actuelles au regard du cadre théorique proposé par un sociologue américain des professions, Eliott Freidson². Une profession est caractérisée par son autonomie au regard des mécanismes de régulation qui peuvent émaner de l'Etat ou du marché : elle existe quand elle se voit reconnaître un monopole par la société, qu'elle maîtrise la formation de ses membres et qu'elle dispose de ses propres règles de régulation. Les médecins sont considérés comme le modèle même d'une profession, puisqu'ils se sont vu reconnaître par la société (l'Etat) le monopole d'intervention sur le corps humain, qu'ils produisent leurs savoirs propres et forment leurs membres au sein des écoles de médecine, et enfin qu'ils disposent d'un code de déontologie et avec le conseil de l'Ordre d'une juridiction ayant le pouvoir de juger et sanctionner ses membres.

Les professions de pharmacien et de chirurgien dentaire sont organisées selon les mêmes principes, et sont « à égalité ». Les autres métiers de la santé sont organisés juridiquement autour, voire en dessous, de la profession médicale. Le métier de sage-femme, qui est aussi ancien que celui de médecin, a bien été analysé d'un point de vue historique par Jacques Gélis³ qui a montré comment les sages-femmes ont suivi une évolution inverse à celle des autres métiers de la santé. Les matrones ont progressivement été dépossédées de leur autonomie et de leur savoir empirique par les médecins, qui ont encadré et contrôlé leur formation, mais également la régulation de l'activité de l'accompagnement à la naissance. Il est intéressant de rappeler aujourd'hui que la profession de sage-femme est une profession médicale, qui a un droit de prescription, un ordre (dont la présidente est depuis quelques années seulement une sage-femme), mais pas de formation universitaire spécifique. Leur statut à

l'hôpital n'est pas beaucoup plus intéressant que celui des infirmiers. Leur nombre est actuellement en augmentation et les sages-femmes cherchent à se repositionner autour du suivi des femmes enceintes et l'accouchement physiologique en tant que professionnelles de la naissance, à l'instar des sages-femmes en Hollande. La position des autres métiers de la santé et, notamment, des infirmières est toute autre. Ces métiers sont définis dans les textes comme des auxiliaires des médecins et ont des champs d'activité restreints, encadrés par ces derniers et définis par des décrets d'actes.

Les chercheurs qui étudient les dynamiques professionnelles dans le champ de la santé décrivent une tendance des groupes partageant les mêmes compétences à viser l'autonomie et à se constituer selon le modèle de la profession médicale. C'est comme cela que l'on peut lire l'évolution de la profession infirmière qui a cherché à se défaire progressivement du contrôle médical en affirmant la reconnaissance de son rôle propre dans le décret d'acte. La constitution récente d'un ordre infirmier peut être également interprétée comme une évolution vers la professionnalisation.

La redéfinition des territoires professionnels est un processus permanent : il est accentué par le contexte de raréfaction de la ressource médicale, mais également par l'évolution des techniques et de la demande, avec une augmentation des maladies chroniques et des suivis en ambulatoire. En ville comme à l'hôpital, on voit apparaître de nouveaux métiers ou de nouvelles façons de les exercer autour du suivi des malades chroniques, des activités de prévention, d'éducation thérapeutique ou de techniques particulières.

Quand le professeur Berland⁴, missionné par le ministre Mattéi en 2003, parle de l'évolution des métiers, il déclenche des réactions controversées

et passionnées. L'Etat, en lançant des expérimentations sur les délégations de tâches, a ouvert la voie d'une reconnaissance institutionnelle des pratiques informelles, qui se développent aujourd'hui dans les hôpitaux et parfois depuis longtemps. Ce qui est nouveau n'est pas le fait que des infirmières soient amenées à réaliser des tâches médicales, mais bien que l'on pose la question de l'institutionnalisation, autrement dit la reconnaissance de ces pratiques. Le processus des expérimentations de coopérations entre professions de santé, qui a duré quatre années et s'est terminé par la recommandation sur les coopérations des professions de santé publiée par la HAS, envisage une évolution des formations, des cadres juridiques et des rémunérations des auxiliaires de santé. Ce processus ouvre la voie vers l'émergence de la profession infirmière au sens de Freidson.

Paradoxalement, en France, les infirmières s'accrochent à leur décret de compétence. S'il a permis à la profession infirmière de se construire, aujourd'hui il les enferme. Cette situation s'explique en grande partie par le système de rémunération à l'acte en secteur ambulatoire. L'exercice libéral donne sa légitimité au décret d'acte, car c'est à partir de là que peut émerger une nomenclature. C'est ce que cherchent actuellement les diététiciens : un décret d'acte pour aller ensuite frapper à la porte de l'Assurance maladie et pouvoir se développer dans le secteur ambulatoire au moyen d'actes valorisés par une nomenclature.

Le contexte de « pénurie » médicale à venir a donc créé des conditions propices à l'évolution des métiers, que le pouvoir semble avoir saisi en ouvrant le débat sur la reconnaissance de certains d'entre eux comme professions. Cette situation génère beaucoup de débats et pose de nombreuses questions potentiellement sources de conflits notamment dans le secteur ambulatoire.

La perspective de création de la filière universitaire peut permettre à la profession infirmière de se construire une identité, un savoir autonome constitutif de la profession. Mais dans le même temps, la médecine générale, qui commence à être reconnue, peut se trouver de fait en situation de relative fragilité. La stratégie de reconnaissance de la médecine générale comme une spécialité (bel oxymore) a semble-t-il été payante puisqu'elle permet la création de postes de chefs de cliniques et le renforcement d'un pôle universitaire. Le rapport 2006/2007 de l'ONDPS⁵ révèle un paradoxe : il montre que le nombre de médecins généralistes considérés comme de premiers recours n'a pas augmenté entre 1995 et 2005. Autrement dit, les généralistes ne s'installent pas dans la fonction de médecin généraliste.

On ne mesure pas assez à quel point le médecin généraliste prend des risques. Il fait rarement des diagnostics, il a un moins haut niveau de certitude qu'à l'hôpital : il doit faire le point, puis laisser partir les gens. C'est très angoissant et les médecins ne sont pas formés à ça. C'est pour cela que les médecins veulent rester aux urgences hospitalières où ils ont tout sous la main : une équipe, la biologie, la radiologie, les spécialistes. Le système de rémunération ne valorise pas non plus la capacité à gérer l'incertitude. Autre problème : « on n'a plus le droit de se tromper ». Comme si l'on voulait évacuer l'humain de la médecine. Cette illusion pousse chacun à se mettre à l'abri. Le raisonnement d'un médecin généraliste qui gère de l'incertitude en permanence, négocie les traitements avec les patients et fait rarement un diagnostic certain n'est pas véritablement conceptualisé, étudié, évalué ni enseigné. Le cadre solitaire de l'exercice est une difficulté supplémentaire.

Le contexte organisationnel de la pratique ambulatoire lui-même est mal connu et que dire des articulations avec l'ensemble des intervenants au domicile ? La demande de soins va se déplacer de l'hôpital vers l'ambulatoire, il me paraît logique d'instituer un cadre de recherche, de formation et d'exercice pour ce contexte : il faut construire des savoirs et les transmettre là où seront les patients demain. Au-delà de l'évolution des rapports entre professions, la question est également posée de la constitution d'un regard propre au contexte du domicile ou de l'ambulatoire. Dans le champ ambulatoire, la position de la médecine générale dans le travail d'équipe constitue alors un véritable enjeu qui peut compliquer la cohabitation avec d'autres professions de ce secteur et notamment les infirmières.

Mais la médecine générale n'est-elle pas encore trop fragile pour assumer le développement de métiers infirmiers à qualifications élevées qui entreraient en quelque sorte en compétition avec elle ? Il paraît clair que ce sont des formes de pratiques collectives plus organisées, intégrées ou groupées qui seront les formes d'exercice futures. Certains pays ont orienté leurs politiques en ce sens. Ce n'est pas le cas en France : nous avons besoin d'orientations fortes et assumées.

On n'a jamais autant clamé l'importance de la médecine générale et dans le même temps négligé son développement. Le décalage est étonnant entre le discours qui pose le médecin généraliste comme pivot et les faits.

Comment penser l'évolution des autres professions ? Dans les pays où l'on forme des « nurses

« La demande de soins se déplace de l'hôpital vers l'ambulatoire : il faut construire des savoirs et les transmettre là où seront les patients demain. »

.../...

.../... praticioners », qui ont bac + 5, le droit de prescrire et de faire des examens, elles tendent à se spécialiser. Finalement, elles peuvent en venir à assumer le rôle des médecins généralistes et en revendiquer progressivement les attributs. On rejouerait le scénario des officiers de santé avec la disparition des médecins généralistes puis la réémergence d'autre chose de quasiment identique à terme, ou d'une grande variété de spécialistes médecins et non médecins ?

La médecine entre spécialisation et relation

L'évolution technique pousse à la spécialisation. Les centres de radiothérapie emploient des spécialistes qui ont des doctorats de physique parce que les techniques de radiothérapie sont de plus en plus sophistiquées. Avec la spécialisation, le découpage en techniques et sous-parties, que reste-t-il ? Il reste la relation au malade : les acteurs spécialistes de techniques sont orientés vers des activités modalisées et standardisées, alors que la profession de médecin, en particulier généraliste, se définit et se légitime par la relation au malade et la gestion de la complexité. Dans l'étude d'un projet de coopération médecin infirmière, je demandais aux patients s'ils accepteraient de voir l'infirmière avant le médecin : ils étaient contre l'idée d'une sorte de tri, ils voulaient pouvoir voir directement le médecin s'ils le souhaitaient. Ce qui ressortait dans leur discours, ce n'était pas une question de compétence, mais le fait que le médecin les connaissait, qu'ils lui faisaient confiance. C'est cette relation de confiance qui fait le cœur de la médecine. Les infirmières revendiquent également la construction de leur profession autour de cette relation et souhaitent évoluer d'une profession au service du médecin (auxiliaire médicale) vers une profession au service du malade. Si la profession d'infirmière se construit sur les mêmes aspects, elle entre alors en compétition avec le médecin, notamment généraliste. Je crois important d'écouter alors ce qu'en disent les malades et leurs représentants.

Il y a donc à trouver une articulation entre professions dans la relation avec le malade, dans un cadre d'exercice à même de gérer des situations complexes. La dimension de l'argent et de la rémunération me paraît essentielle. Les expérimentations de type maison de santé, qui sont lancées aujourd'hui, ne peuvent pas se réaliser dans un contexte de paiement à l'acte intégral. Cependant, les infirmières libérales ne veulent pas retrouver dans les pratiques collectives la domination médicale qu'elles ont connue à l'hôpital. Elles peuvent également craindre de perdre les avanta-

ges du paiement à l'acte. Il semble que l'on aille vers des modes de rémunération mixtes, capitaution, forfait... mais comment articuler les souhaits d'autonomie professionnelle ?

En Angleterre, les médecins sont les leaders des cabinets en ville : ils embauchent, ils managent, ils sont les patrons, sauf dans certaines formes d'organisations plus rares, généralement dans des lieux défavorisés où les infirmières peuvent être leaders. Au Québec, les infirmières qui interviennent dans les groupements de médecins de famille sont souvent salariées des Centres Locaux de Santé Communautaires et ne sont donc pas embauchées par les médecins. Elles sont cependant salariées. En France, qui va être le patron dans le secteur ambulatoire ? Moi qui suis médecin, je pense que cela a du sens que ce soient les médecins à condition qu'ils en aient envie, qu'ils en soient capables et qu'ils soient formés. Le jeu est ouvert. Il y a des opportunités pour la médecine générale, mais également pour d'autres métiers à condition de sortir du paiement à l'acte, de changer de repères, d'intégrer les logiques d'organisations et les approches populationnelles. Il faut réfléchir à l'articulation avec les autres professions, une organisation pluridisciplinaire : des équilibres sont à trouver.

« Les infirmières souhaitent évoluer d'une profession au service du médecin vers une profession au service du malade. »

Les soins primaires traditionnels, centrés autour du médecin généraliste sont de plus en plus remis en cause. Les Anglais, qui avaient localisé tous les spécialistes à l'hôpital, essaient de réintroduire les soins spécialisés en ambulatoire. Les patients chroniques suivis en ville ont de plus en plus besoin d'explorations pointues. On peut imaginer que dans une maison de santé, un cardiologue vienne faire des vacances une ou deux fois par semaine, et que certains actes techniques soient réalisés par des généralistes ou des techniciens qui leurs seront affectés (écho, fond d'œil, coloscopie courte...). La réduction du nombre de professionnels est une opportunité pour repositionner les acteurs, car elle diminue la concurrence. Quelles seront les formes d'organisation des soins primaires de demain ? Le centre de santé ? La maison de santé ? Le pôle de santé ? Le cabinet de groupe ? Je crois que la forme sera très dépendante du contexte et des dynamiques locales et qu'il ne faut pas être dogmatique. Soyons capables de fixer des objectifs de services à rendre à la population et il appartiendra aux acteurs locaux, dans le cadre des ARS (agences régionales de santé), de combiner les ressources pour atteindre ces objectifs. Mais il faut déterminer préalablement ce qu'on veut en matière d'équité. On attend une loi sur la santé, les populations et les territoires avec une orienta-

tion vers le développement de la coopération des professionnels de santé.

Le « médecin traitant » peut être un départ : la loi a fait passer l'idée qu'un médecin peut être comptable d'une population qui s'inscrit chez lui. Cela fait émerger une dimension collective dans la pratique. Quand on travaille sur les bases de données de l'Assurance maladie, on est très gêné quand on veut évaluer ce que font les médecins, car on ne sait pas qui sont les patients suivis par lui. Si l'on met en évidence qu'il y a quatre mille patients pour quatre médecins dans un cabinet, on peut imaginer qu'on donne à ce cabinet les moyens pour améliorer le dépistage et la prévention.

J'évoquerai enfin un paradoxe : les initiateurs d'innovations sont parfois les premiers freins à

l'institutionnalisation de leurs innovations, car ils perdent la pureté initiale du modèle quand il s'agit de négocier des compromis collectifs. Quand on institutionnalise des choses innovantes, on régresse toujours. Les très belles choses seront suivies par des choses moins belles, mais qui seront généralisées et investies par d'autres. ■

1. Institut de Recherches et de Documentation en Economie de la Santé.
2. E. Freidson, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.
3. J. Gelis, *La sage femme ou le médecin : une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard, 1988.
4. Y. Berland, « coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », Rapport, octobre 2003.
5. ONDPS, rapport 2006-2007 – tome 1, la médecine générale, La documentation française, 2008.



Un divorce à l'amiable

La collaboration de l'infirmière et du médecin pourrait se développer harmonieusement à condition de les distinguer.

■ **Anne Perraut Soliveres**, cadre supérieur infirmier de nuit, chercheur en sciences de l'éducation

Anne Perraut Soliveres

est l'auteur de *Infirmières, le savoir de la nuit*, PUF, 2001.

Lorsque je suis entrée dans ce monde particulièrement hiérarchisé, en 1965, on aurait pu se croire au Moyen-Âge tant les rapports étaient encore empreints de codes désuets. La « petite bleue » que j'étais n'avait aucune notion de cette hiérarchie que mon milieu rural d'origine ignorait. Malgré les contraintes insensées de l'école d'infirmières (qui n'ont guère changé en quarante ans), je fus d'emblée rebelle à cette mise en scène d'un théâtre plus souvent injuste qu'opérationnel. Mon opinion fut vite faite et, malgré une timidité malade et une relative inconscience des enjeux, je pris une position qui n'a jamais varié depuis : respecter ce qui me semble justifié et rire du reste. Je me donnai cependant les moyens de forcer une estime, dont j'avais besoin et que je pensais mériter, par un engagement très personnel et sans autre limite que les miennes. L'obéissance était requise à tous les niveaux et il était hors de question de refuser d'exécuter un soin. Je me souviens encore de mon premier refus de poser un flacon de sang alors que nous n'avions pas de sérums tests. Je tins tête à la surveillante qui alerta le médecin réanimateur... qui me donna raison. Mon choix de la nuit me permit de voir beaucoup plus clair dans ce monde qui semble se complaire à vivre sur des faux-semblants. L'immaturation de la profession infirmière, assortie d'un manque de courage généralisé, entretient le tabou et permet que dure un malaise que rien ni personne ne semble désirer analyser. Un déni efficace plane sur ces relations insatisfaisantes, dont on a le sentiment que la remise en question recèlerait un danger de rupture inimaginable, qui me semble pourtant nettement préférable à ces comédies souvent dérisoires qui entretiennent le sentiment de frustration des infirmières. C'est la récurrence de leurs plaintes qui a nourri ma propre motivation à tenter de développer une posture professionnelle qui puisse tout à la fois les satisfaire dans la pratique quotidienne et leur permette d'élaborer un savoir spécifique. Or, si de nombreuses initiatives infir-

mières ont été couronnées de succès, lutte contre la douleur, évolution de la notion d'accompagnement, autonomisation hiérarchique, il y a bien peu d'évolution dans leurs rapports avec les médecins. Au contraire, une grande part du développement des référentiels infirmiers, porté par leur encadrement supérieur, est en prise directe avec les attendus de la médecine. Et que dire de l'ordre infirmier, surfant sur leur inertie, caricature s'il en est de celui des médecins, dont on connaît la position rétrograde et moralisante ! Il n'y a décidément aucun avenir pour les infirmières dans ce cul-de-sac où elles continuent à se fourvoyer, dans la droite ligne de leurs mentors honnis.

Il est intéressant de constater que les territoires évoluent uniquement sous la pression de la démographie médicale. Ainsi, la ponction artérielle fut d'abord interdite aux infirmières sous le prétexte que nous pourrions léser le nerf radial... ou encore pour l'artère fémorale provoquer une hémorragie... Comme si les internes débutants (n'ayant de plus aucune notion d'asepsie) faisaient courir moins de risques au patient... Les infirmières maintiennent toujours plus longtemps la compression après une ponction... Elle fut ensuite autorisée parce que généralisée dans la surveillance des affections respiratoires, mais aussi parce que comme tous les actes invasifs, elle demande une pratique régulière et un doigté qui la leur rend plus accessible (et surtout plus confortable pour celui qui la subit). Les patients préfèrent être piqués par une infirmière qui prend son temps que par un médecin toujours pressé... Ce n'est évidemment pas la fonction qui crée la compétence, mais l'attention portée aux petites choses et gestes du quotidien dont la valorisation reste toujours très en deçà face à la glorification du diagnostic, l'idée de recherche, l'idéal de la maîtrise de la maladie. Si l'on prend les « évolutions » actuelles de la nomenclature, on voit pour la première fois officialiser la notion de « consultation infirmière » sous l'appellation de « consultation d'annonce » dont les bornes

posées par les médecins consistent surtout à en limiter les impacts. D'abord cette consultation (déjà en place) n'a pas de prix, ou plutôt elle est gratuite, et surtout elle vise à déléguer à l'infirmière « l'annonce » des mauvaises nouvelles... Cherchez l'erreur... Le médecin délègue ce qui le dérange, ce qu'il n'a « pas le temps » de faire ou ce qui lui coûte. J'ai pour ma part du mal à voir là une « évolution » de la profession infirmière.

Aussi, laissons les médecins se diviser dans leurs spécialités et choisissons plutôt de défendre nos propres compétences et nos savoirs dans un tout autre domaine que le leur : celui du soin aux personnes qui en ont bien besoin et qui constitue la base même de notre engagement. Pour cela, la profession infirmière doit renoncer à se mesurer avec le médecin qui aura toujours quelques années d'études médicales d'avance. Elle doit divorcer de la médecine, seule condition d'une autonomie qu'elle réclame sans pour autant se donner les moyens de l'assumer. Pour être partenaires, il faut développer des fonctions complémentaires et susciter réciproquement l'estime de l'autre. Si l'on considère que le mieux-être du patient est l'objectif des différents corps de métier qui œuvrent dans le système de soin, la distinction des compétences doit mener à la distinction des filières, ce qui n'exclut pas pour autant que des passerelles puissent permettre le passage d'un métier à l'autre. Reste à savoir comment redorer le blason des préoccupations humanistes qui sont les soubassements du désir de soigner, mais sont plus que jamais les parentes pauvres de l'hôpital. Il n'est pas un référentiel qui n'en fasse état comme présumé quand toutes les réformes contredisent leur mise en œuvre. Or, on n'entend guère les infirmières, pas plus que les médecins d'ailleurs, sur la dégradation des conditions de soin dont ils sont pourtant les témoins affligés. A quand une mobilisation commune de ces deux piliers de l'institution soignante ? Je crains que ma carrière ne se termine sans que je ne voie rien

« Le médecin délègue ce qui le dérange, ce qu'il n'a "pas le temps" de faire ou ce qui lui coûte. »

venir... Anne ma sœur Anne... Certes, nous n'en sommes pas à un paradoxe près et les contradictions permanentes qui hantent les discours des politiques se retrouvent évidemment dans ceux des soignants. Les incohérences des stratégies managériales de l'intelligentsia infirmière sont surtout révélatrices d'une soif de pouvoir qui les fait se fourvoyer dans l'impasse hygiéno-technocratique, croyant disputer par là un peu du pouvoir médical qui les a contraintes.

La fuite impressionnante des infirmières ne semble pas les atteindre et l'élitisme qu'elles professent serait risible s'il ne tarissait gravement la source du recrutement dans les IFSI (Instituts de formation en soins infirmiers) et n'abîmait irrémédiablement une partie de ses effectifs. La maltraitance des infirmières passe d'abord par leur formation à la soumission, indispensable à leur préparation à la polyvalence, qui permet à l'encadrement de les faire valser d'un bout de l'hôpital à l'autre en fonction des défections quotidiennes. Quand le divorce sera prononcé, il sera alors temps d'envisager un temps commun de formation, non pas, comme envisagé, sur le modèle de la sélection de la première année de médecine, mais bien au contraire sur le terrain du soin où s'exerceront tous ces professionnels une fois leur choix accompli. La formation elle-même privilégiera le terrain, base à la fois de l'expérience indispensable de la confrontation à la souffrance et lieu de surgissement de toutes les questions auxquelles devra s'affronter la théorie. Il s'agit simplement d'un retournement stratégique destiné à redonner envie et sens à des soignants en perte de confiance.

L'avenir de la profession infirmière se trouve du côté du patient. Il est sa raison d'être, sa source de bénéfice narcissique. C'est dans la jachère théorique du savoir soigner qu'elle doit se construire et, contrairement au champ médical, la place est libre... ■



magazine

La pauvreté s'intensifie l'accès aux droits fondamentaux recule¹

■ Marie Kayser, médecin généraliste

7,1 millions de personnes, soit 12,1 % de la population vivaient, en 2005 en France, en dessous du « seuil de pauvreté monétaire » (817 € par mois)². Ce pourcentage est stable depuis 2003, mais de plus en plus de personnes s'enfoncent dans la précarité.

L'emploi est de moins en moins protecteur contre la pauvreté : le nombre de travailleurs pauvres, 1,74 millions, a augmenté entre 2003 et 2005. 7 % des travailleurs sont donc dans un ménage dont le revenu est inférieur au seuil de pauvreté. Même l'emploi à temps plein ne protège plus de la pauvreté : plus de 40 % des travailleurs pauvres ont un revenu inférieur à un SMIC annuel.

Le rapport retient quatre indicateurs relatifs au non accès à certains droits considérés comme fondamentaux :

- **Le taux de renoncement aux soins pour des raisons financières :** en augmentation depuis 2002. En 2004, 13 % de la population métropolitaine déclare avoir renoncé à certains soins pour des raisons financières au cours de l'année, 20 % de ces renoncements étant définitifs³. Une

personne pauvre sur cinq n'a pas de complémentaire santé.

- **Le taux de sortants à faible niveau d'études :** ne baisse plus depuis 2000.
- **Le taux de demandeurs d'emploi non indemnisés** est passé de 37,7 % en 2004 à 40,3 % en 2006.
- **La part des demandes de logement social non satisfaites après un an** est très élevée : 46 % en 2006.

Le rapport souligne que les dispositifs ciblés sur les personnes pauvres (CMU complémentaire, Droit au logement social) et qui sortent du droit universel ont comme effet pervers une stigmatisation des bénéficiaires. ■■

1. 5^e rapport de l'Observatoire National contre la pauvreté et l'exclusion sociale publié fin avril 2008.

www.logement.gouv.fr/IMG/pdf/rapportonpes_cle758c15.pdf

2. Le taux de pauvreté est mesuré par la part des individus dont les revenus par unité de consommation sont inférieurs au seuil de 60 % du revenu médian.

3. 49 % de ces renoncements concernent la santé buccodentaire, 18 % les lunettes et 9 % les soins dispensés par des spécialistes, 4 à 6 % les soins dispensés par un généraliste.

Plus de cancers pour les populations voisines des incinérateurs

Il y a une augmentation du risque de cancers survenus entre 1990 et 1999 pour les populations qui ont été exposées aux panaches des incinérateurs d'ordures ménagères pendant les années 1970-1980. Ce sont les résultats définitifs de l'étude conduite par l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) et portant sur quatre départements (Isère, Haut-Rhin, Bas-Rhin, Tarn)¹. « Une relation statistiquement significative est mise en évidence, chez les femmes, entre l'exposition aux incinérateurs d'ordures ménagères et le risque de cancer toutes localisations confondues, de cancers du sein et de lymphomes malins non hodgkiniens. Un lien significatif est également retrouvé pour les lymphomes malins non hodgkiniens quand l'analyse porte sur les deux sexes réunis, ainsi que pour les myélomes multiples chez les hommes uniquement... » D'autres cancers à temps de latence d'apparition plus long pourraient apparaître dans les années à venir.

L'INVS précise qu'un lien de causalité ne peut être déduit du lien statistique et que les résultats de cette étude ne

peuvent être transposés avec les nouvelles normes en application depuis la fin des années 1990.

« Nous allons demander aux populations qui vivent aujourd'hui à proximité d'un incinérateur de patienter dix ou vingt ans pour lancer une nouvelle étude et connaître le risque qu'un incinérateur actuel ait provoqué un cancer » s'insurge le Centre National d'Information Indépendant sur les Déchets². Le CNIID rappelle que les normes récentes ne sont que des normes techniques et qu'elles ne concernent qu'une partie des polluants émis par les incinérateurs. Le CNIID a lutté au Grenelle de l'Environnement pour une politique de réduction de la production des déchets. Il déplore que le Grenelle ait fait si peu cas du principe de précaution en refusant un moratoire sur la mise en place de nouveaux incinérateurs. **M.K.** ■■

1. www.invs.sante.fr/publications/2008/plaquette_resultats_uiom/plaquette_resultats_uiom.pdf

2. www.cniid.org

En Allemagne : une médecine à deux vitesses

■ **Marie Kayser**, médecin généraliste

En Allemagne, les patients ordinaires attendent trois fois plus longtemps pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste que ceux qui possèdent une assurance privée. C'est la conclusion qui peut être tirée d'une étude réalisée à l'initiative de l'institut d'économie de la santé et d'épidémiologie de Cologne et relatée par le *Quotidien Du Médecin*¹ : « Des testeurs ont appelé 189 spécialistes pour leur demander, selon le cas, une gastroscopie, un test allergo-respiratoire, un examen de la vue, un test auditif et une IRM du genou. Selon qu'ils se présentaient comme des assurés dépendant de l'assurance obligatoire (c'est le cas de plus de 75 % des patients) ou disposant d'une assurance privée (qui garantit aussi des honoraires supérieurs au médecin), le rendez-vous était fixé avec des délais variant de 12 à 36 jours pour les gastroscopies ou de 2 à 6 jours pour les examens auditifs... L'Ordre et les syndicats médicaux, eux, ont réagi vivement à ces accu-

sations qu'ils jugent "perfides" : ils rappellent qu'effectivement les enveloppes budgétaires trimestrielles allouées aux médecins par les différentes caisses ne sont pas les mêmes, selon que les caisses sont publiques ou privées. Les budgets publics étant plus vite épuisés que les autres, les médecins doivent souvent "reporter" des malades sur le trimestre suivant car, sans cela, ils travailleraient gratuitement, voire feraient l'objet de sanction... »

Cet exemple devrait faire réfléchir à ce qui arriverait en France si les assurances privées géraient le risque au premier euro comme elles le demandent. Déjà, à l'hôpital comme en ambulatoire, c'est la possibilité pour les patients de payer des dépassements d'honoraires qui détermine la rapidité de consultation quand le nombre de spécialistes de secteur 1 est insuffisant. ■

1. *QDM*, Denis Durand de Bousingen, 4 avril 2008.

Les plus riches sont moins malades et mieux protégés

L'enquête 2006 de l'IRDES¹ montre une nouvelle fois le fort gradient social des statistiques de santé : ce sont les ménages dont les revenus sont les plus faibles (chômeurs, ouvriers, employés du commerce...) qui déclarent à la fois un plus mauvais état de santé, les taux de couverture en complémentaire santé les plus bas et le plus de renoncements aux soins. A l'inverse, les ménages bénéficiant des revenus les plus élevés, les cadres notamment, se déclarent en meilleure santé et bénéficient d'un accès plus facile et relativement moins cher à la complémentaire santé, notamment par l'intermédiaire de leur entreprise. Pour la première fois, l'enquête permet de calculer le taux d'effort des ménages pour s'offrir une complémentaire santé. Il varie ainsi de 10 % pour les ménages les plus pauvres à 3 % pour les ménages les plus riches, sachant que les premiers, pour un taux d'effort trois fois plus élevé, bénéficient de contrats offrant des garanties inférieures à ceux des seconds. En moyenne, 7 % des Français déclarent ne pas avoir de couverture maladie complémentaire et 14 % avoir renoncé à des soins (majoritairement les soins dentaires) pour des raisons

financières au cours des douze derniers mois. L'optique et les soins de spécialistes sont également cités. Plus d'une fois sur cinq, ce renoncement est définitif. Le taux de renoncement varie fortement en fonction du niveau de revenu des ménages (24 % pour la première tranche, contre 7,4 % pour la dernière). L'absence de couverture par une complémentaire maladie est le principal facteur lié au renoncement : 32 % des personnes non protégées déclarent avoir renoncé à des soins, contre 19 % des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire et 13 % pour les bénéficiaires d'une complémentaire privée (hors CMU-C).

L'enquête retrouve les mêmes inégalités pour le recours aux actes de prévention : mammographie, frottis : le taux de couverture progresse régulièrement avec l'échelle des revenus et on constate une inégalité de recours très nette entre ceux qui bénéficient d'une couverture complémentaire y compris CMU-C et ceux qui en sont dépourvus. **M.K.** ■

1. « Questions d'économie de la Santé », IRDES n° 131. Avril 2008
www.irdes.fr/EspacePresse/CommuniqueDePresse/ComPresseAutre/DossierPresseESPS2006.pdf

Non à l'« information-patient » au service des firmes pharmaceutiques

Marie Kayser, médecin généraliste

Le Collectif Europe et Médicament, *Health Action International (HAI) Europe*, *L'International Society of Drug Bulletin (IDSB)* et l'Association Internationale de la mutualité (AIM) ont écrit fin avril 2008 une 3^e lettre ouverte à la Commission Européenne¹. Ils alertent les parlementaires et les citoyens face aux manœuvres de celle-ci pour obtenir la dérégulation de la communication des firmes auprès du public.

Le Parlement européen a massivement rejeté en 2004 la proposition de la commission de lever l'interdiction de la publicité directe aux consommateurs pour les médicaments de prescription mais : « La Commission a choisi de remettre en cause ce choix dès 2005, notamment au travers de la mise en place d'un groupe entre autres chargé d'effectuer des propositions, dans le cadre de partenariats publics-privés, sur le sujet de l'information-patient et au niveau duquel les firmes pharmaceutiques sont sur-représentées : le Forum pharmaceutique européen ».

L'interdiction de la publicité directe au consommateur concernant les médicaments de prescription est mondialement en vigueur sauf dans deux pays dans lesquels son autorisation est de plus en plus controversée (États-Unis et Nouvelle Zélande).

Aucun garde-fou ne peut empêcher que les informations venant des firmes pharmaceutiques ne soient des publicités déguisées. Les propositions de la Commission européenne menacent la santé des citoyens et la pérennité financière des systèmes de santé des États membres.

Avant toute proposition de modification législative, les signataires de la lettre appellent la Commission européenne à mieux prendre en compte sa mission de protection de la santé publique (article 152 du Traité instituant la Communauté européenne).

Ils appellent leurs représentants au Parlement européen et les ministres de la Santé des États membres à la vigilance sur ce dossier.

- La défense aveugle de la compétitivité des industriels ne doit pas prendre le pas sur l'intérêt de la santé publique.
- La portée des articles 86 et 88 de la Directive 2001/83/CE, seuls garde-fous à une dérégulation de la communication des firmes auprès du public, ne doit en aucun cas être affaiblie. ■

1. Voir l'intégralité de la lettre et tout le dossier sur le site de *Prescrire* www.prescrire.org/aLaUne/dossierEuropeLettreOuverte3.php

Pénurie d'enseignants pour la Filière Universitaire de Médecine Générale

Huit postes d'enseignants associés à mi-temps en médecine générale pour toute la France, aucun poste de professeur titulaire. Ces nominations d'avril 2008, totalement insuffisantes, sont à l'antipode des déclarations ministérielles sur l'importance de la formation des généralistes. Un plan de nomination de 50 postes par an pendant trois ans d'enseignants associés et d'un enseignant titulaire par an et par faculté pendant quatre ans était le minimum nécessaire demandé par les enseignants de médecine générale : le ratio enseignants/étudiants est actuellement plus de dix fois inférieur en médecine générale à celui de toutes les autres disciplines¹. **M.K.** ■

1. www.cnge.fr:80/article.php?id_article=1156

Retraites : les femmes paient le prix fort

■ **Marie Kayser**, médecin généraliste

C'est le cri d'alarme lancé dans le journal *Le Monde*¹ par trois femmes syndicalistes, alors qu'un nouvel allongement de la durée de cotisation à 41 ans pour la retraite est annoncé par le gouvernement.

Les pensions de droit direct (en référence aux salaires) des femmes sont de moitié inférieures à celles des hommes ; avec la réversion la différence est encore de 40 %. Ces inégalités, conséquences des inégalités en termes d'emploi et de salaires, ont été aggravées par les précédentes réformes des retraites. Dans le privé, le passage de la période de salaire de référence des 10 aux 25 meilleures années touche plus les femmes : celles-ci ont davantage de mauvaises années ; les droits familiaux (nombre de trimestres liés aux enfants) ne compensent que faiblement les inégalités de pensions. Dans le public, la réforme de 2003 a réduit les droits familiaux dont bénéficient les femmes.

Annick Coupé (Solidaires), Ghyslaine Richard (CGT) Sophie Zafari (FSU), affirment que « garantir un niveau de retraite décent pour les femmes dans une société solidaire est possible. Le droit à la retraite à 60 ans à taux plein doit être accessible à toutes et à tous. Garantir à chacun un niveau de pension au moins égal à 75 % de son salaire, avec un minimum global de retraite qui ne soit pas en dessous du SMIC, agir pour le droit au travail et au plein emploi pour les femmes, s'attaquer aux inégalités salariales et reconnaître la pénibilité du travail des femmes. Les moyens financiers existent. Financer la retraite doit porter l'exigence d'une modification de la répartition des richesses en faveur du travail. Le recours au travail précaire et au temps partiel imposé doit être lourdement taxé... » ■

1. 11 avril 2008.

Risques professionnels : les femmes sont-elles à l'abri ?

■ **Marie Kayser**, médecin généraliste

C'est la question à laquelle répond l'étude faite par Nicole Grignon sur les risques auxquels sont exposés les hommes et les femmes dans le cadre professionnel¹.

Voici ses conclusions :

« Si l'on ne considère que les pénibilités physiques du travail ouvrier, les femmes semblent moins exposées aux risques professionnels que les hommes. Elles sont en effet minoritaires parmi les ouvriers, car surtout présentes dans le secteur des services. Pourtant, les femmes représentent 58 % des cas de troubles musculo-squelettiques (TMS) reconnus comme maladies professionnelles en 2003. Ces pathologies, d'origine multifactorielle, sont dues à des facteurs physiques (travail sur écran, postures pénibles...), organisationnels

(travail répétitif...) et psychosociaux, notamment le ressenti de la charge mentale, de la latitude décisionnelle et du soutien social. Si globalement femmes et hommes semblent exposés de façon comparable aux facteurs de risques de TMS, en revanche au sein de chaque catégorie socioprofessionnelles les femmes y sont surexposées du fait de leurs conditions particulières de travail. La répartition sexuée des tâches au sein des métiers se reflète dans les contraintes et pénibilités subies par les salarié(e)s. » ■ **M.K.** ■

1. Cette étude est tirée de l'ouvrage : *Femmes et hommes : regard sur la parité*, INSEE éditions 2008.

www.insee.fr/fr/ppp/publications/ficref_frame.asp?ref_id=FHPARIT08&webco=FHPARIT08

Atteintes au secret professionnel des travailleurs sociaux : comment résister ?

Hélène Franco, secrétaire général du Syndicat de la Magistrature et magistrate à Bobigny

Ces derniers mois se sont produits différents événements donnant malheureusement raison à ceux qui craignaient que les atteintes au secret professionnel des travailleurs sociaux contenues dans la loi dite « prévention de la délinquance » du 5 mars 2007 se traduisent par des pressions et des sanctions inacceptables à l'égard de ceux qui refusent d'avaliser la logique de délation qui s'en dégage.

Le 19 novembre 2007, deux intervenantes sociales de l'association France terre d'asile ont été placées en garde à vue après avoir été interpellées au petit matin chez elles, soupçonnées d'aide au séjour irrégulier, pour avoir seulement, dans le cadre de leur travail, fourni à des étrangers sans-papiers des adresses d'hôtels sociaux. Le procureur de la République a finalement renoncé à les poursuivre, mais elles ont subi 12 heures et 24 heures de garde à vue.

En février 2008, un éducateur de rue a été licencié pour « faute grave » par son employeur, l'Association de sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence (ADSEA) des Alpes-Maritimes, pour avoir refusé de saisir des données nominatives concernant les jeunes et leurs familles sur un logiciel d'exploitation nommé EVA 4, ces données pouvant être transmises par l'encadrement hiérarchique aux circonscriptions d'action médico-sociale du Conseil général et éventuellement aux mairies. Cet éducateur a lui-même motivé son refus de renseignement de ce logiciel en alertant son employeur sur les risques de dérives qui pouvaient se faire jour quant à l'utilisation de ces données contre l'intérêt même des jeunes et des familles concernés et à leur insu. Il s'agit également d'une dénaturation pure et simple des actions de prévention spécialisée qui reposent sur les principes d'anonymat, de libre adhésion et s'exercent sans mandat nominatif, qu'il soit administratif ou judiciaire. Cette sanction très lourde et stigmatisante s'abat donc sur un professionnel qui n'a fait prévaloir que les principes fondateurs de son métier, et les condi-

tions essentielles de son exercice : comment en effet concevoir des actions de prévention spécialisée si se dissipe le lien essentiel entre les professionnels, les jeunes et leurs familles, à savoir la confiance ?

Ces attaques sans précédent nous concernent tous, en tant que professionnels qui sommes en contact permanent avec des personnes en grande difficulté, avec lesquelles le fil peut à tout moment être rompu et ne repose que sur le lien tenu de confiance qu'elles peuvent avoir en nous. Mais nous sommes également concernés en tant que citoyens tant il est évident que ces attaques ne s'abattent pas au hasard et dessinent un projet de société régressif, où l'humain doit s'effacer devant le contrôle, où la statistique prime sur la relation de confiance. Les personnes qui ont le plus besoin d'aide risquent, confrontées à Big Brother, de développer un réflexe d'évitement à l'égard de l'ensemble des professionnels. La ségrégation sociale n'en sera que renforcée. Il nous appartient, en faisant preuve de la plus grande vigilance, de résister à cette tendance et d'utiliser tous les outils juridiques dont nous disposons pour y faire obstacle : faut-il rappeler que le secret médical, fût-il écorné concernant certains condamnés par la justice (personnes suivies dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire ou personnes relevant de la récente et sinistre « rétention de sûreté ») existe encore ? De même, la rédaction de la loi du 5 mars 2007, malgré son caractère très dangereux, permet encore aux travailleurs sociaux de faire prévaloir le secret professionnel (cf. l'article L 121-6-2 du code de l'action sociale et des familles : « Lorsqu'un professionnel de l'action sociale constate que l'aggravation des difficultés sociales, éducatives ou matérielles d'une personne ou d'une famille appelle l'intervention de plusieurs professionnels, il en informe le maire... » permet encore un pouvoir d'appréciation des professionnels). Il appartient à chacun, en s'appuyant sur une indispensable action collective, de faire vivre les principes de son métier. ■

Médicaments en libre-service en pharmacie

■ **Martine Devries**, médecin généraliste

Un décret vient de paraître autorisant (mais n'obligeant pas à) la vente de médicaments « devant le comptoir », c'est-à-dire sans l'avis du pharmacien. Jusqu'ici, les « clients » pouvaient acheter des médicaments ne relevant pas de prescription médicale en pharmacie, mais le « vendeur », pharmacien, ou préparateur en pharmacie peut contrôler, donner un avis, voire conseiller. Là, il s'agit de se passer de cet avis, au point même que cette vente pourrait également avoir lieu dans d'autres commerces.

Les éléments précis de cette nouvelle réglementation sont détaillés dans un article de la revue *Prescrire* de mai 2008¹.

Cela amène quelques réflexions :

Les médicaments qui ne relèvent pas, ou plus d'une prescription médicale, et qui ont donc le droit d'être l'objet de publicité auprès du grand public, devraient être utiles, et sans effet secondaire, sans interaction avec d'autres médica-

ments : ce n'est pas le cas du tout, certains sprays nasals contiennent des vasoconstricteurs, les anti-inflammatoires sont dangereux pour le fœtus, et donnent des pathologies digestives graves, etc. De toutes façons, les médicaments récemment déremboursés l'ont été du fait d'un service médical rendu insuffisant, pourquoi les maintenir, surtout s'ils sont dangereux ? Cela semble incohérent en termes de santé publique de favoriser ainsi l'automédication, sans prévoir d'améliorer l'information, ou même la formation du public sur les soins et les médicaments.

Dans quel but cette autorisation apparaît-elle dans le contexte actuel, si ce n'est de diminuer les remboursements effectués par l'Assurance maladie, tout en maintenant le chiffre d'affaires des firmes ? ■

1. « Médicaments en libres accès », *Prescrire*, mai 2008, tome 28, n° 295, p. 337.



Le rapport Attali et la « santé »

■ Pierre Volovitch, économiste

Le rapport Attali est plein de promesses... sans indications de financement, et qui avancent dans le sens d'une libéralisation accrue de la couverture sociale et du système de soins.

Rendons-lui cette justice. Le « rapport de la Commission pour la libération de la croissance française » dit rapport Attali n'avait pas la « santé » comme objet principal. Dans les vingt « décisions fondamentales » organisées autour de huit « ambitions », le domaine de la « santé » n'apparaît que deux fois¹. Mais qu'en dit-il quand il en parle ?

Dans la première partie au chapitre 3, on traite des « révolutions à ne pas manquer » : entre « le numérique » et « les infrastructures », on trouve « la santé une chance pour la croissance ».

Ça commence par une affirmation intéressante : « Les dépenses de santé sont trop souvent présentées comme une charge dont le poids croissant menacerait la croissance de l'économie. .../... En fait, tout au contraire, le secteur de la santé ne constitue pas une charge, mais un moteur de croissance ». Bon, la vision est un peu « industrielle », mais c'est un bon début.

Malheureusement, on restera à la dimension « industrielle » et la dimension « sociale » est totalement oubliée. Avec en plus une vision du « progrès » presque totalement réduite à sa dimension technique.

On arrive au premier « objectif » : « Développer une politique sanitaire durable autour de la prévention et de la responsabilisation : (...) la vaccination et l'hygiène ont fait beaucoup plus contre la mortalité que toutes les découvertes en médecine. L'environnement et les styles de vie ont plus d'influence sur l'état de santé d'une population que la qualité des soins ». Nous voilà favorablement impressionnés.

Arrive la « décision » 66 : « Développer massivement la prévention » Et là on découvre qu'il s'agit de développer la prévention « à budget public constant » en s'appuyant sur des « cofinancements des industries pharmaceutique ». De lancer des programmes de prévention à l'école sans rien dire des inégalités sociales de santé. De mettre les médecins et les infirmières dans le coup sans dire un mot sur la rémunération de cette activité. D'inciter à la prévention par des « rabais sur les complémentaires ». Bref ça commence à avoir une drôle de tête.

Les « objectifs » qui suivent : « Améliorer l'attractivité du territoire français pour la recherche et la production pharmaceutiques », « Libérer la croissance de l'offre pour de nouveaux biens et servi-

ces de santé », « Développer l'offre d'accueil de clients étrangers », « Accroître massivement l'effort de recherche dans les neurosciences » confirment notre crainte. Le paragraphe sur la prévention est juste là pour faire joli. Il ne s'articule à rien dans le reste du texte.

Autre curiosité, la « proposition » 73 : « Développer les maisons médicales. – Inciter les médecins d'un canton au regroupement en maisons médicales – Regrouper des professionnels de santé médicaux et paramédicaux (...) – Développer en parallèle les accès de proximité à des services de pointe grâce à l'utilisation de la télémédecine (...) ». Bref l'idée des « maisons médicales » est « à la mode ». Et comme toute idée « à la mode », elle a perdu tout contenu.

Dans la seconde partie, presque rien. La décision 212 qui parle de déréglementer (un peu) l'exercice de la pharmacie² et la 222 incluant la santé dans les secteurs qui doivent pouvoir recruter des travailleurs étrangers.

Troisième partie. Comme il s'agit d'« Améliorer l'efficacité des collectivités publiques par la maîtrise des dépenses », on y parle « d'évaluation », entre autres à l'hôpital, mais sans grande précision, et « d'indicateurs de performance » pour, entre autres de nouveau, la santé.

Arrive le chapitre 4 : « Responsabiliser les administrations sociales et mieux maîtriser les dépenses de santé ». Déjà le titre fait très peur.

Décision 269 : « Moduler la franchise médicale en fonction du revenu ». La 270 veut « Renforcer l'action du comité d'alerte de l'Assurance maladie », la 272 vise à « Généraliser les Agences régionales de santé (ARS) » et la 273 « Organise une gestion régionale de la carte sanitaire ». La 274 veut « Mesurer l'efficacité et la qualité du système de soins (avec) des indicateurs de coûts et de résultats ».

Et on arrive à l'hôpital public où l'on a droit à tout le grand jeu. Décision 275 : « Permettre aux hôpitaux publics d'opter pour un statut équivalent à

« Malheureusement on restera à la dimension "industrielle" et la dimension "sociale" est totalement oubliée. »

.../...

.../... celui des hôpitaux privés à but non lucratif (pour mieux « gérer le personnel »), 276 : « Ouvrir le recrutement des directeurs des hôpitaux publics à des cadres, entrepreneurs ou médecins des secteurs publics et privés », 277 : « Modifier la formation de l'École nationale de la santé publique (ENSP) inadaptée aux exigences managériales » et 278 : « Accroître la responsabilité des directeurs d'Hôpitaux ».

« Il s'agit de développer la prévention "à budget public constant" en s'appuyant sur des "cofinancements des industries pharmaceutiques". »

Comme il ne faut pas oublier les libéraux (médecins libéraux ici), on passe à l'objectif « Mettre en œuvre une plus grande transparence tarifaire et une vigilance accrue en matière de concurrence ». Il s'agit ici de lutter contre « l'interdiction d'information du public » qui « concourt au

renchérissement de ce qui reste à la charge des ménages ». Ici on cherchera en vain le mot « dépassement » voire même « tarif opposable ». Mais on aura la décision 280 : « Autoriser les assureurs de complémentaires santé à diffuser une information tarifaire nominative des professionnels de santé » et la 281 : « libéraliser les prix des médicaments ».

Finissons avec le chapitre 6 qui porte sur le « financement du modèle social français ». Ici encore, c'est sans surprise. Le « Montant élevé des charges pèse sur le coût du travail », aussi « pour continuer d'assurer le financement de la protection sociale (et particulièrement le risque « maladie » qui ressort d'une logique de solidarité plus que d'assurance individuelle³) tout en s'attachant à amplifier l'allègement du coût du travail,

il faut remplacer les cotisations sociales assises sur les salaires, à l'exception de l'assurance chômage, par des recettes plus diversifiées ».

On a presque fini. Pour « donner envie », en début de rapport, et à la fin aussi, Attali nous présente la « France de 2012 » celle à laquelle nous arriverions grâce à « La mise en œuvre de l'ensemble de ces réformes à partir d'avril 2008 » « si l'environnement économique international ne se dégrade pas » est-il précisé. Treize promesses, toutes plus alléchantes les unes que les autres, qui vont du « chômage des jeunes divisé par trois » à « 100 % des Français ayant accès à l'Asymetric digital subscriber line (ADSL) et à la large bande ». Parmi celle-ci : « L'écart de l'espérance de vie entre les plus favorisés et les plus défavorisés sera réduit de un an ». Pourquoi celle-ci, pourquoi ici ? J'ai cherché dans le rapport d'où sortait cette promesse, comment elle s'articulait aux 316 propositions, quel lien elle avait avec le renforcement de la concurrence, la suppression des départements, ou la « création d'un crédit d'impôt (de 250 ou 300 euros par an) pour les sommes investies par les moins de 45 ans dans un Perco⁴ » (décision 314). Mais je n'ai pas trouvé d'où elle sortait... ■

1. 13 propositions (66 à 78) sur le « secteur économique santé », 5 propositions (269 à 274) sur le financement et l'organisation, 4 propositions (275 à 278) sur la réforme de l'hôpital. Une vingtaine de propositions sur 316.
2. C'est dans le chapitre où il est également question de déréglementer les taxis.
3. Cette bonne remarque, qui en toute logique devrait donner le premier rôle à l'Assurance maladie obligatoire et réduire à rien le rôle des complémentaires, n'est en fait utilisée nulle part dans le texte.
4. Eh oui, il y a ça aussi dans le rapport, en vous intéressant à la santé, vous avez évité le pire.

Le rendez-vous, obstacle aux soins des plus pauvres¹

Philippe Foucras, médecin généraliste

Dans le débat qui a lieu en France depuis 18 mois² : y a-t-il ou non refus de prise en charge de patients en médecine libérale pour la seule raison qu'ils sont bénéficiaires de la CMU³, la difficulté de prendre et de respecter un rendez-vous s'avère être un élément important.

Pour qui connaît un peu ce que signifie la précarité pour les plus fragiles de notre société, il est évident que la pratique du rendez-vous pour les soins constitue un obstacle important à l'accès aux soins. Et certains professionnels de santé savent bien s'en servir, consciemment ou non, pour trier leur clientèle.

Prendre un rendez-vous, c'est d'abord être capable de s'exprimer au téléphone, et donc déjà avoir un téléphone qui fonctionne, ou une carte chargée, répondre à des questions, etc. Tout professionnel de santé ou secrétaire de cabinet médical sait reconnaître dès la première seconde, quand c'est un « pauvre » qui appelle. Et, soyons en sûr, le « pauvre » sait très bien lui aussi qu'il est rapidement identifié comme différent.

La preuve lui est souvent apportée par le fait que l'interlocuteur lui demande spontanément s'il a la CMU. On est là devant une vérification d'identité sociale et économique, alors que, en théorie, seule l'identité médicale de patient est nécessaire et suffisante pour accéder aux soins.

Souvent, dès la prise de rendez-vous, il faut fournir les motifs de la consultation, et c'est une nouvelle épreuve pour le patient, car il faut expliquer posément et avec parfois peu de vocabulaire, des symptômes inhabituels, compliqués et angoissants. La notion de santé chez les plus pauvres fait que l'on consulte parfois pour « rien », en particulier quand il s'agit de ses enfants, ou « trop tard », car on ne connaît pas les signes de gravité, et les conditions de vie font qu'on ne consulte souvent que lorsque l'état de santé n'est plus compatible avec le combat pour la survie quotidienne. L'expression des plaintes au téléphone est un nouvel obstacle discriminant qui sera parfois source d'incompréhension, de jugement de valeur, et d'humiliation potentielle.

A cela s'ajoute que la prise de rendez-vous est souvent à l'initiative d'un tiers, voisin alarmé par l'état de la personne, personne d'un organisme caritatif faisant le même constat, ou médecin généraliste généreux et empathique, qui pense que la prise de rendez-vous par lui-même chez le spécialiste facilitera les choses, et permettra que le travail difficile qu'il a fait pour amener le patient à se soigner n'aura pas été fait en vain.

Or, très souvent, ces prises de rendez-vous sur « pression extérieure » ne correspondent pas à la demande réelle de la personne, car la peur, l'angoisse préalables n'ont pas été vaincues ; les vraies priorités de la personne ne sont pas là : la personne est demandeuse d'un soin immédiat pour lui permettre de reprendre rapidement son combat quotidien pour survivre, pas pour s'engager dans une démarche longue dont elle ne voit pas l'intérêt immédiat, etc. L'interventionnisme extérieur envers les plus pauvres fait que, sauf difficile travail personnel de décentrement pour se « mettre à la place » de la personne, on plaque ses propres

priorités sur celles de la personne, qui n'osera pas dire non pour de multiples raisons, mais qui manifesterà son refus « avec ses pieds » en ne se rendant pas au rendez-vous.

J'ouvre une parenthèse pour dire que ces circonstances, de prise d'un rendez-vous par un tiers et de non réalisation par la personne, amènent de façon caricaturale et classique en milieu de grande pauvreté à des incompréhensions, des reproches de la part du tiers bienfaiteur, qui accroissent au final l'exclusion : « Je suis même allé jusqu'à prendre le rendez-vous pour lui, et il n'y est pas allé ! Vraiment, il ne veut pas se soigner, on ne peut rien faire pour ces gens-là ».

Un obstacle supplémentaire très important à la .../...

Philippe Foucras est le fondateur du Collectif des Médecins Généralistes pour l'Accès aux Soins (CoMeGAS).

« Il faut expliquer posément, et avec parfois peu de vocabulaire, des symptômes inhabituels, compliqués et angoissants. »

.../... prise de rendez-vous, et à l'honorer, est celui de la vie quotidienne des gens. Prendre un rendez-vous, c'est en effet être capable de prévoir et donc de gérer un avenir, parfois très éloigné, plusieurs semaines ou mois quand il s'agit de soins spécialisés. Or, lorsqu'on est occupé à gérer le jour même, à chercher le matin ce qu'on va manger le midi ou le soir, penser à la distance d'une semaine, a fortiori de plusieurs mois, n'a absolument aucun sens. Une des définitions de la misère est l'impossibilité de penser l'avenir ; le rêver peut-être, mais l'organiser jamais. Outre le fait que des difficultés d'écriture et d'organisation peuvent empêcher de noter un rendez-vous et d'en retrouver la date, les

«Prendre un rendez-vous, c'est en effet être capable de prévoir et donc de gérer un avenir, parfois très éloigné.»

circonstances de la vie font que très souvent le jour du rendez-vous, d'autres priorités ont surgi. La motivation initiale peut également s'être émoussée, le problème de santé peut avoir disparu, ou avoir été surmonté par le malade d'une façon telle qu'il ne soit certes pas guéri, mais qu'il puisse reprendre quand même son combat quotidien de survie, seule vraie priorité. La capacité exceptionnelle de l'être humain à s'adapter à l'inaccep-

table, que l'on oublie souvent dans une société de confort, se révèle dans les situations extrêmes de la vie : misère, guerre, internement, etc.

Enfin, dernier obstacle, la peur qui saisit au dernier moment, juste avant le rendez-vous. Et si c'était grave ? Et si on m'hospitalisait alors que j'ai des enfants à la maison ? Et, stade ultime, s'il faut retéléphoner pour annuler le rendez-vous, on se retrouve alors dans la même situation psychologiquement gênante que lors de la prise initiale, avec le risque de nouveau jugement : « Oui, il fallait s'y attendre, c'est encore un CMU. »

La prise de rendez-vous, banalité pour la plupart d'entre nous, peut constituer une véritable

épreuve pour les plus faibles, parfois insurmontable sur le parcours d'obstacles de l'accès aux soins. C'est une des raisons, mais pas la seule, pour laquelle certains estiment que les pauvres « encombrant » les urgences : il n'y a pas de rendez-vous.

Certains professionnels de santé ont pris conscience de cette réalité, en particulier en zone défavorisée, et savent que, même si la consultation sur rendez-vous constitue un confort de travail indiscutable pour eux et donc favorable au patient, il faut absolument maintenir des plages de consultation sans rendez-vous, sous peine d'exclure ceux pour qui la prise de rendez-vous est un obstacle insurmontable.

Il y a donc un défi à relever pour les soignants : être soignant pour tous, sans exception, c'est aussi organiser son travail et le fonctionnement de sa structure, de façon à favoriser l'accès aux soins de tous. A chaque professionnel de santé, en particulier médecins spécialistes et généralistes, de s'organiser au mieux pour maintenir dans son emploi du temps une plage régulière de consultations sans rendez-vous, une fois pris conscience de l'obstacle que le rendez-vous représente pour l'accès aux soins de certains patients parmi les plus faibles et les plus malades de la société.

A défaut, le risque est celui de l'injonction paradoxale, avec sa part d'hypocrisie : « Venez vous soigner chez moi, je le déclare même sur une charte, mais mon fonctionnement vous en empêche... ». ■

1. Avec l'aimable autorisation de la revue *Prescrire* où cet article est paru dans le n° 28, mai 2008.

2. Le communiqué présentant cette charte et la charte à télécharger sont consultables sur le site Internet de l'URMLA : <http://www.urmla.org/index.php?article4110>

3. *Prescrire* Rédaction, « Refus de soins à des patients bénéficiaires de la CMU », *Prescrire* 2006 ; 26 (276) : 702-703.

Prescrire Rédaction, « Refus de soins à des patients bénéficiaires de la CMU, suite », *Prescrire* 2007 ; 27 (285) : 536.

Grand Fred

Pour une orthophoniste, comment articuler le collectif et le singulier, le permis et le défendu, le symptôme et la colère, la rivière et le pont ?

Isabelle Canil, orthophoniste

Penser le collectif en lien avec ma pratique orthophonique, c'est difficile.

Le collectif, ça peut être la langue, son système de règles et sa grammaire. Même si je m'en exclus, ou si j'en suis exclue, elle EST.

Mais dès que j'entends le mot « collectif », je suis tout de suite entraînée, happée par un autre mot : le « singulier »

Je ne puis évoquer l'un sans l'autre. Quantité de fils les relie de sorte que dès que je m'accroche au premier, je glisse vers le second qui m'aspire. Dans mon travail, comment les faire rimer, les articuler, les conjuguer ?

Essayons !

J'aime le singulier, la singularité, la parole singulière. On peut aussi nommer ça « symptôme ».

Je les aime, ô combien !

Je suis orthophoniste, je travaille avec mes oreilles, pour l'entendre, cette parole singulière. Elle peut-être toute mal fichue, parfois tellement singulière, qu'elle en devient incompréhensible et ne peut être reçue par aucun collectif, tel qu'une famille, une classe d'école, un groupe d'amis, un club de poterie...

Il parle mal, le patient, ou sa voix ne va pas, ou il ne sait pas écrire, ou il lit mal, ou on ne le comprend pas, ou c'est lui qui ne les comprend pas, les autres...

Variété infinie de souffrances, petites ou grandes, autour du langage et de la parole, qui se disent comme elles peuvent, toutes en retenue, timides, déguisées, ou au contraire violentes, déferlantes et envahissantes.

Et pas de règle unifiante et collective ! Une petite plainte peut cacher une grande douleur, et une spectaculaire manifestation de douleur peut trouver un arrangement facile !

De même, deux plaintes semblables comme « je fais trop de fautes » ne revêtent ni même sens, ni même poids chez l'un ou chez l'autre.

Voyons un petit bout de chemin avec Grand Fred. Fred est un grand adolescent lycéen, qui parle bien, qui comprend bien, mais ses écrits sont truffés de fautes.

– « Il sait les règles, mais il ne les applique pas ! » me dit sa mère.

– « Quelles règles ? », je dis, un peu pour rire ou au moins sourire.

– « Et ben, les règles de grammaire, les « s », les accords, tout ça ! »

– « Ah, ces règles-là ! Mais il dit bonjour ? En vélo, il freine au feu rouge ? Et il ne vole pas dans les magasins ? » Et ça aussi, c'est un peu pour rire ou au moins sourire.

– «... Mais... non bien sûr... Ce n'est pas un délinquant, mon fils ! Il est bien élevé, il écoute, il travaille, plutôt bien, mais... c'est les fautes ! On lui enlève des points, sa moyenne baisse ! Je lui fais donner des cours pourtant... »

Nous commençons à nous rencontrer une fois par semaine.

Et nous tricotons la langue : un « e » par ci, un accord par là, un futur ici, tiens, du féminin ? et voyons, si on met un « s » là, rien ne va plus, il faut tout changer, et pourquoi on ne peut pas mettre un « l » apostrophe ici, et ça ne serait pas mieux si tous les « ses » (ou ces ou c'est ou s'est ou sait) s'écrivaient pareil...

Et au milieu de tous ces tâtonnements expérimentaux, du côté de Fred, arrive, distillé à dose homéopathique, un début de question sur « c'est comment si on fait pas de fautes ? » qui l'entraîne vers « c'est quoi être bon élève ? », qui l'entraîne vers « c'est quoi être un bon fils ? », qui l'entraîne vers « ma mère veut que je sois comment ? » Et lui, comment voudrait-il être ?

Et pendant qu'il malaxe les lettres, les mots et les phrases, sa mère, elle, s'essaie à le regarder avec un œil neuf. Un pas en avant, deux pas en arrière : « Hier, il m'a laissé un mot sur la table de la cuisine, il n'y avait presque pas de fautes ! Mais bon, c'était juste trois lignes ! »

Un jour Fred me dit, sourire aux lèvres : « Pourquoi vous avez demandé à ma mère si je volais dans les magasins ? C'est vrai quoi, je suis pas délinquant ! »

C'est vrai, Grand Fred, tu n'as rien d'un délinquant ! Peut-être parce que la grammaire t'a offert sur un plateau d'argent la possibilité d'être délinquant, sans risquer pour ta peau, ni pour

.../...

« Je travaille avec mes oreilles pour entendre cette parole singulière. »

.../... celle de ta mère. Tu l'aimes ta mère, et tu as bien raison de l'aimer : c'est la tienne. Et elle t'aime aussi ! Elle ne veut « que ton bien ». Mais quelquefois, elle veut trop ! Et elle veut à ta place. Et tu sais bien, Grand Fred qu'elle ne fait pas exprès ! Et tu ne veux pas lui infliger trop de peine ! Ou juste l'aiguillon de ce que tu sens qu'elle pourra supporter !

Une petite délinquance à votre juste mesure, à tous les deux, ça peut tomber à pic ! La tienne a pris une forme très socialisée, très commune, et très acceptable pour le collectif !

Tu malmenais les règles, tu flirtais un peu avec les lois, mais celles de la langue écrite, même si on les enfreint, mènent rarement au ban de la société, du collectif. Ça ne tue pas, une dysorthographe !

Petit à petit, tu as su entrer dans la grammaire de la langue, et te l'approprier. A moins que ce ne soit elle qui ait réussi à t'approprier, pendant qu'ensemble, nous la tricotions et crochetions. Et dans le même temps, tu apprenais à ta mère à se pousser un tout petit peu, pour que tu puisses faire davantage à ta guise. Et elle a réussi !

Finalement pour toi, Grand Fred, ça aura été un chouette symptôme !

Sainte Grammaire, qui structure nos dires, qui sert d'armature à nos essais de parole, veille sur nous !

Reste garante du bien dire, mais continue de nous autoriser à jouer avec toi, à te renier et te bafouer parfois, mais pardonne-nous ces offenses, car si tu peux les tolérer, sans trop crier à l'anathème, sans nous bannir du collectif, nous reviendrons, à notre heure, nous ranger sous ta bannière. Nous y reviendrons parce que nous

aurons découvert que la langue comprise et partagée par le plus grand nombre, la langue du collectif, peut procurer autant de plaisir et de satisfaction que celle que nous avons eu à cœur de torturer et de maltraiter à un moment de notre existence.

Grand Fred voulait bien en faire partie du collectif, mais il avait, comme beaucoup d'autres, quelques détours à faire !

Pourquoi ? Pourquoi ne pas y entrer tout de go, simplement, sans détour et sans histoire ? Et bien PARCE QUE.

Parce qu'on est en colère, parce qu'on est trop nul, parce que c'est trop dur, parce que le frère est

mort, parce que le père s'en fout, parce qu'on ne nous aime pas, parce qu'on nous aime trop...

Les parce que sont infinis. Et peu importe leur degré de vérité réelle.

Mais les parce que sont singuliers, et leur singularité est souvent un fardeau encombrant, provoquant un cortège de désagréments ou de mal-être. De plus, ils revendiquent et ne se laissent pas oublier ! Rares sont ceux qui ont pu les abandonner en douce au bord du chemin !

Quand les parce que sont trop singuliers, ils pèsent, car trop de singularité nuit au singulier ! Et pour s'alléger, ils ont besoin d'une oreille rien que pour eux, qui accuse réception de leur petite chanson.

J'aime essayer d'être cette oreille-là. J'aime réconcilier quelqu'un avec la langue. J'aime être cette humble passerelle qui part de la parole singulière, trop singulière, pour aider à accoster de l'autre côté, vers la langue du collectif.

Voilà comment je les fais rimer, ces deux-là : collectif et singulier. Il suffit de passer le pont ! ■

«La langue du collectif peut procurer autant de plaisir que celle que nous avons maltraitée.»

Débat sur l'euthanasie

La place prise en février et mars dernier dans les médias français par l'histoire dramatique de M^{me} X, atteinte d'une « maladie orpheline qui déforme le visage » qualifiée d'incurable, a également relancé le débat sur l'euthanasie au sein du comité de rédaction de *Pratiques*.

Ouest-France, 14 mars 2008

Atteinte d'une maladie incurable, M^{me} X a demandé à la justice la prescription d'une substance létale. La requête embarrasse...

« Ce n'est pas une demande d'euthanasie active », assure son avocat, « elle ne demande pas qu'on la fasse mourir, mais qu'on autorise un médecin à donner des médicaments qui lui permettront de partir dans la dignité. »

Jean-Pierre Lellouche

J'avoue ne pas comprendre ce qui différencie le fait de « donner des médicaments qui lui permettront de partir dans la dignité » d'une euthanasie active. (...)

Savez-vous quelle est cette maladie et entraîne-t-elle des souffrances telles qu'elles ne puissent pas être atténuées ?

(...) Il y a deux questions différentes. La première est : que faire aujourd'hui avec les lois qui sont les nôtres dans ce cas précis ? Et cette question doit être analysée sérieusement par des gens compétents, disposant du maximum de données précises. La seconde question est de chercher à faire évoluer la loi pour qu'elle nous permette de résoudre au mieux les situations rencontrées en pratique...

Jacques Richaud

Cette observation crée un malaise chez tous les chirurgiens qui s'interrogent sur le caractère « inopérable » de cette tumeur, esthésioneuroblastome, d'évolution lente et locorégionale. Il s'agit bien plus probablement d'un refus de la chirurgie de la part de cette patiente dont l'évolution ne s'est pas faite en un temps rapide, c'est évident... Ce que nous indiquent, en l'absence de plus grande précision, la présentation de la patiente, et les scanners vus à la télévision, c'est une extension nasale, orbitaire gauche et basale crânienne, épargnant probablement les lobes frontaux, peut-être repoussés, compte tenu de la préservation fonctionnelle cérébrale apparente. Il n'existe pas de telles tumeurs qui soient « inopérables », seulement opérables avec risques..., et au prix de mutilations variables... et probable bénéfice antalgique que d'autres méthodes (radiothérapie ?) pourraient conforter.

Je n'ai vu passer aucun article de presse signifiant

qui avait formulé le diagnostic « inopérable » et je connais plusieurs équipes chirurgicales aptes à ce type de geste en collaboration ORL-neurochirurgie souvent. Alors prudence, M^{me} X semble consentante à une instrumentalisation de son « cas », qui me semble plus problématique que sa version médiatique récupérée par l'ADMD et quelques autres.

Françoise Ducos

Toutes ces précisions techniques ne changent rien au problème, la question posée reste la même concernant la décision d'un patient en fin de vie ou dans une souffrance intolérable et sans espoir : aura-t-il à sa demande, l'aide au suicide ou l'injection par un médecin ou un collectif de médecins ou devra-t-il solliciter un juge, le président de la République pour accéder à ce fameux « droit à mourir dans la dignité » ou se cacher avec un médecin comme des criminels pour simplement y accéder ? Le médecin traitant de M^{me} X écrit que depuis qu'il la soigne, il a changé d'opinion sur l'euthanasie, même s'il ne sent pas capable lui-même de l'aider. Ça me choque qu'on parle d'instrumentalisation, le débat public existe même si ce n'est que l'expérience de la douleur sans fond qui compte et dicte les décisions.

Jacques Richaud

Si Françoise, cela change quelque chose, car : nous ne sommes peut-être pas dans la situation de ces cas « au-delà du possible » et des ressources de la médecine, qui font discuter ce qu'avait admis le comité d'éthique, la possibilité d'une « exception d'euthanasie »...

Nous sommes de façon plus simple (si j'ose dire ainsi) dans une situation de demande d'aide au suicide d'une personne dont on peut respecter la demande individuelle, mais dans un contexte qui n'est pas celui de soins palliatifs « dépassés ».

Le débat est dès lors ici celui de l'aide au suicide, pas de l'exception d'euthanasie au sens commu-

« Chercher à faire évoluer la loi pour qu'elle nous permette de résoudre au mieux les situations rencontrées en pratique... »

.../...

.../... nément envisagé jusqu'à présent. C'est peut-être (mais nous ne possédons pas tous les éléments médicaux de son « histoire ») ce qui a fondé la position du tribunal que je crois juste en l'état de la situation particulière.

Si ma « réserve » est exprimée, c'est parce que les défenseurs de l'ADMD possèdent en leur sein une fraction qui milite activement pour la reconnaissance, au-delà de la question de la « fin de vie », du concept de « vie qui ne mérite pas d'être vécue », avec tous les dangers de cette dérive qui rejoint la demande des eugénistes, y compris les plus extrêmes. Cet amalgame n'est pas fait par tous les militants, loin s'en faut, mais il est rare que le grand public fasse la distinction.

Je n'ai jamais été confronté à ce questionnement « Docteur, si l'opération est dangereuse ou difficile, tuez-moi de préférence », mais je sais que j'aurais au minimum incité la personne à réfléchir accompagnée de tiers et en prenant d'autres avis plus qualifiés que le mien... Mais j'ai connu la situation « Vous m'avez expliqué tous les risques, y compris vitaux, et je suis prêt à les prendre car je sais que c'est tout ce que vous pouvez faire »... J'ai connu deux suicides (identifiés) de malades n'acceptant pas la révélation d'une pathologie mortelle pour l'un ou dégradante

« Le patient aura-t-il à sa demande, l'aide au suicide ou l'injection par un médecin ou un collectif de médecins ou devra-t-il solliciter un juge ? »

pour l'autre, nous sommes ici dans le registre du « suicide commun » qui n'est qu'une ultime liberté, ouvrant des abysses philosophiques qui n'obligent pas que la médecine ou la société soient prises en otage d'une décision individuelle. Ce sont ici les limites de la compassion qui sont interrogées et non une obligation morale et moins encore une injonction ou un

devoir de la société ou de la profession. Je tremblerai le jour où la loi me dira « qui je dois exécuter », et le concept de vie ne méritant plus d'être vécue est remis en façade d'une société dans laquelle la vie se doit de correspondre à des « normes » et à une « utilité » qui peuvent nous inquiéter... Je vois poindre le moment où notre ordre ex-vichyssois qui s'accommoda de la « mort douce » de nos malades mentaux, va tomber dans le panneau...

On ne peut éluder cette dimension du débat, c'était le sens de ma réserve qui est celle aussi de ceux de mes confrères chirurgiens qui ont comme moi des informations partielles, mais s'étonnent de cet « inopérable » réclamant une aide au suicide et non pas un acte d'euthanasie dont l'acceptation est déjà inscrite dans la pensée de beaucoup d'entre nous dans un autre contexte. ■



La porte ouverte

Dominique Prime, médecin généraliste

Une tranche de vie à l'hôpital, vue du côté du lit, et quelques réflexions.

La porte de ma chambre était restée ouverte... et je crois que c'est un des « pires » souvenirs de mon hospitalisation récente dans le service des maladies infectieuses et tropicales du CHU de Nantes dont cinq jours de réanimation médicale, en mars 2008.

Faut dire que je revenais de loin ; transféré dans la nuit précédente du service de réanimation médicale où la mort m'avait rejeté comme la mer dépose sur le sable un naufragé épuisé et transi ; j'avais passé cinq jours en réa, dont trois jours et demi en coma provoqué, pour une défaillance pulmonaire, circulatoire, rénale avec intubation, dialyse et doses massives de Noradrénaline, le grand jeu quoi !... Le pronostic avait été incertain pendant 48 heures... Heureusement, mes proches ont trouvé un soutien incomparable dans toute l'équipe, avec une écoute, une attention, des explications adaptées, sans catastrophisme ni faux espoir et un grande disponibilité pour donner toutes les informations nécessaires : ce leur fut d'un grand secours ; ceci, naturellement, en plus de l'excellence de la qualité des soins médicaux qui m'a permis d'être sauvé...

A mon réveil brumeux, ce furent aussi des contacts attentifs, des massages du dos, des pieds et une prise en charge vraiment bienveillante de toute l'équipe...

Toujours est-il que le lendemain de mon réveil, les constantes étant stables, dans la soirée une urgence s'annonça et on me demanda si j'acceptais de retrouver rapidement le service d'hospitalisation...

Me voilà donc transféré en « urgence » dans un lit où dès mon arrivée à 1 heure du matin, l'équipe de nuit (une aide-soignante et une infirmière) m'accueille avec beaucoup de sollicitude : explications sur le service en cas de besoin, soins de bouche, surveillance clinique rapprochée, bref, une présence et une écoute rassurantes.

Fait dire aussi que dès le matin, après un petit

déjeuner, enfin, une seule cuillère de café réussissant à atteindre ma bouche, les autres tentatives ayant lamentablement échoué sur la serviette... la cuillère était trop lourde... la faiblesse était profonde...

Faut dire donc qu'après ce petit déjeuner « frugal », quand une jeune équipe d'aides-soignantes, deux jeunes femmes avec une bonne « pêche », m'a proposé de prendre un bain... j'ai eu au début un peu de mal à y croire ; avec mes perfusions, l'oxygène... elles n'ont pas eu besoin d'insister beaucoup, curieux que j'étais de l'opération... ! Et je crois que ce fut un des souvenirs les plus vivifiants de mon hospitalisation, avec une prise en charge douce et complètement adaptée.

Le déjeuner venait de se terminer ; enfin, quelques bouchées que j'avais réussi à gagner en massacrant à la fourchette une barquette plastique que je n'arrivais pas à ouvrir...

J'étais fatigué, je n'avais plus qu'une envie, c'est d'un peu de tranquillité... et voilà qu'on emmène mon plateau en laissant la porte ouverte !! Je l'ai senti, j'ai essayé d'appeler, mais ma voix était trop faible, j'ai appuyé sur la sonnette, trop tard !! Elle est restée trois quart d'heure ouverte (la porte...).

Trois quart d'heure de rage au début, de colère et de dépit...

J'avais été inspecté, scruté, cathétérisé, scannerisé, sondé, perfusé... enfin, tout un tas d'actes nécessaires, mais intrusifs, et là, je rêvais seulement

d'un peu d'intimité, ne pas être observé, pouvoir digérer tranquillement (ce qui était passé...).

Pendant ces trois quart d'heure, une bonne vingtaine de personnes (avec blouses) sont passées, et c'est là l'aberration du système, la bêtise et l'inefficacité d'un système hyper-hiérarchisé ; la personne qui s'occupait de « ma lumière » devait être partie à un staff, et les autres, c'était pas leur problème, même pour fermer une porte...

L'intimité, le respect du nom et non du numéro

.../...

« Un soutien incomparable dans toute l'équipe, avec une écoute, une attention, des explications adaptées, sans catastrophisme ni faux espoir. »

.../... de la chambre, l'« asepsie verbale », le fait de frapper et d'attendre un peu avant d'entrer, tout ça ne demande pas de moyen supplémentaire, juste d'en faire une priorité comme une autre donc d'en parler et de pas l'oublier...

J'en étais là de mes réflexions, quand vint à passer, à s'arrêter et à farfouiner dans un chariot de ménage juste devant l'entrée de ma chambre, un vieillard voûté, au regard perdu...

« Eh bien, que cherchez-vous M. Untel ? », lui demande un membre du personnel.

– Bah !... mes pétards !

– Et pourquoi faire ?

– Bah !... pour faire la fête !

Voilà, je vais refermer doucement la porte sur cette petite tranche d'histoire hospitalière... Au fait, tout ça, c'était pour une leptospirose que j'ai ramenée d'un voyage à la Réunion !¹

Je voudrais maintenant développer trois aspects particuliers, de façon un peu plus sérieuse.

Tout d'abord le personnel : mon sentiment par rapport à douze jours d'hospitalisation est d'abord celui d'une profonde gratitude et admiration. J'ai trouvé, en plus de la qualité des soins, à tous niveaux, un dévouement, une attention et une disponibilité tout à fait remarquables et qui m'émeuvent encore profondément à distance de l'évènement ; d'autant plus qu'il ne faut pas se faire d'illusions, il existe un manque criant de personnel, de jour comme de nuit... en partie compensé par un travail d'équipe et de solidarité... mais les gens s'épuisent...

La nourriture : ce serait presque comique si ce n'était un problème si important ! Nous sommes en face d'une population malade ou convalescente,

« Un dévouement, une attention et une disponibilité tout à fait remarquables et qui m'émeuvent encore. »

donc par définition avec des demandes énergétiques différentes et augmentées... Exemple le plus criant et le plus scandaleux : le petit-déjeuner ! Tout n'est pas mangeable ; de façon anecdotique, une tranche de museau industriel, épaisse, sans aucun oignon, fines herbes ou autres... immangeable ! Tout n'est pas mauvais ; quelques potages agréables, mais on sent bien que la nourriture, son aspect

nutritionnel ne sont pas une priorité... Les paroles d'Hippocrate ont été oubliées : « que l'aliment soit ton médicament »... Tout est sous plastique (bonjour l'écologie), c'est sûr il n'y a pas de microbes, mais il n'y a plus de vie non plus...²

Dernier aspect pas souvent abordé, mais qui m'a beaucoup marqué : l'environnement visuel.

J'avais été agréablement surpris par le nombre de peintures, reproductions de qualité dans les couloirs et les salles d'attente du CHU de Nantes. Mais las, cela s'arrête au couloir... Dans les chambres, strictement rien, un blanc cassé crème et de grandes baies vitrées sales et grises s'ouvrant sur d'autres ailes du CHU... Pas trop fait pour remonter le moral... !

Je crois savoir que cet aspect « énergétique » de la couleur est bien pris en compte dans les hôpitaux allemands, en particulier au niveau de la décoration et du mobilier.

Mais eux ont eu Goethe et Rudolf Steiner, Nous, nous avons eu Pasteur !

Ah ! Les équilibres ! ■

1. La Leptospirose : six cas en Pays de Loire en 2007, une centaine de cas par an en France, cent fois plus dans les DOM TOM.

2. Pour ceux qui sont intéressés par le thème de la prévention des maladies par l'alimentation, un livre intéressant, documenté et scientifique que j'ai découvert récemment avec plaisir : *Les aliments contre le cancer*, Dr Belliveau et Gingras, Ed. Solar.

Garder l'esprit critique

La revue *Pediatrics* est souvent considérée comme une revue de bonne qualité. En fait, il lui arrive parfois de publier des articles sérieux et parfois de publier des textes d'une très grande médiocrité.

Je vous adresse ci-dessous un article¹ traitant de la question des vaccins et plus particulièrement de la question suivante : est-ce que des vaccins trop nombreux peuvent déborder les limites du système immunitaire de l'enfant ou affaiblir ce système immunitaire ?

Le titre étant exactement : « *Addressing Parents' Concerns: Do Multiple Vaccines Overwhelm or Weaken the Infant's Immune System?* »

C'est-à-dire que l'article se présente comme une réponse prétendument compétente et académique aux préoccupations de certains parents.

Je laisse à votre appréciation ce procédé qui laisse entendre que seuls des parents (*a priori* peu et mal informés) peuvent se poser de telles questions.

J'aimerais que vous lisiez en détail cet article qui est un monument de ce que l'idéologie vaccinaliste peut produire. Je voudrais simplement citer quelques lignes qui, je l'espère, seront éclairantes. Les auteurs abordent la question de la vaccination des enfants malades : Y a-t-il un risque à les vacciner ?

Ces auteurs se posent la question : peut-on vacciner quelqu'un qui a une maladie sévère éventuellement

même une méningite ? Et ils répondent que non, il vaut mieux ne pas vacciner, mais ajoutent-ils, c'est simplement pour éviter des manifestations de plus chez un individu déjà malade et pour éviter que l'on puisse attribuer au vaccin des manifestations qui seraient dues à la maladie elle-même.

Imaginer que l'on puisse vacciner quelqu'un qui fait une méningite n'est possible que si l'on est très profondément imprégné d'une idéologie qui consiste à penser que les vaccins, c'est très bien et c'est toujours très bien.

Je trouve par ailleurs amusant qu'un article, qui se présente comme la réponse à des questions que se posent les parents, réponde à cette question dont je doute fort que des parents se la soient posée. « Docteur, on pourrait pas profiter de ce qu'il est en réanimation pour une méningite pour le vacciner contre la fièvre jaune ? »

Vous pouvez lire l'article. Ceux qui n'auront pas repéré plus de cinq énormités sont inattentifs ou mal informés. Vous remarquerez que dans les auteurs, l'un est « *a co-patent holder for RotaTeq, a rotavirus vaccine manufactured by Merck* » et un autre « *is currently Director of Vaccine Public Policy for GlaxoSmithKline* ». ■

1. *Pediatrics* 109:124-129, 2002. Paul A. Offit, Jessica Quarles, Michael A. Gerber, MD, Charles J. Hackett, Edgar K. Marcuse, Tobias R. Kollman, Bruce G. Gellin, and Sarah Landry.

La médecine, une science

La médecine est souvent considérée comme une science. Ce serait la science du dérèglement des organes ou des métabolismes. L'étudiant apprend comment fonctionne la machine humaine et ce qui se passe quand elle fonctionne mal. Il apprend aussi à la réparer. Dans cette vision réductrice, le malade n'est que le « porteur de la maladie ».

La revue *The Lancet* publie depuis le début de cette année une rubrique intitulée « *The art of medicine* » qui a pour but d'introduire l'idée que le malade n'est pas seulement le porteur d'une maladie, il a aussi une histoire des aspirations des liens familiaux amicaux, etc. etc.

Beaucoup d'articles sont très intéressants. Celui de Barron Lerner « *I was the first revisiting a pediatric heart transplantation* » est particulièrement émouvant (*The Lancet*, 5 avril 2008, p. 1158-1159). L'histoire médicale de James est très riche ; James

est né en 1980 avec une malformation cardiaque (ventricule unique), il a subi une intervention palliative à l'âge de 6 mois. Cette intervention (de Blalock Hanlon) n'avait pas pour but de le guérir, mais de lui permettre de survivre en attendant une intervention curative.

À l'âge de 4 ans, il subit une transplantation cardiaque et les médecins s'émerveillent de voir un enfant cyanosé devenir rose presque instantanément.

Trois ans plus tard, à l'âge de 7 ans, il a une maladie de Hodgkin (probablement favorisée par le traitement immunosuppresseur qu'il avait subi après sa transplantation).

À l'âge de 9 ans, il subit une deuxième transplantation cardiaque, mais cette fois-ci, cela se passe moins bien, il a une infection sévère en post-opératoire et doit rester dans le service de soins

.../...

.../... intensifs, il est de retour chez lui au bout de deux mois.

L'auteur de l'article Barron Lerner était étudiant lorsque James a subi sa première transplantation et il ne l'a revu qu'en 2000 lorsque James avait 20 ans. James avait commencé des études d'éthique et de médecine et Barron Lerner et James sont devenus amis jusqu'en 2005, où James a été découvert mort dans sa chambre.

Lerner, pendant ces cinq ans de rencontres et de très nombreux échanges de mails, a appris à connaître James et a découvert l'extraordinaire richesse de son expérience de malade, mais aussi de son expérience de vie.

James avait la conviction que l'autonomie du patient est un élément absolument fondamental ; le patient a besoin d'être soigné, aidé, soutenu, mais c'est à lui de prendre les décisions et pas aux soignants, aussi bien intentionnés soient-ils.

James souhaitait que les étudiants en médecine comprennent que leur formation leur donnait un grand pouvoir et que, de ce fait, elle les séparait des malades. Il pensait que ces « élus », les étudiants devaient d'abord essayer de bien comprendre et de respecter l'autonomie du patient plutôt que de s'y opposer.

Il appréciait particulièrement les médecins qui ne se contentaient pas de leur rôle technique, mais

qui savaient passer du temps auprès de lui. Il disait que les meilleurs médecins sont ceux qui ont « raté quelque chose ».

Il pensait qu'avant de faire des études, il était bon de travailler dans un restaurant ou de conduire un taxi ou de voyager en Europe, et ainsi « faire n'importe quoi qui vous procure une dose substantielle de réalité et d'interactions avec des gens très différents de vous ».

James, lorsqu'il rencontrait des gens, était partagé entre l'idée de ne rien dire de ses maladies et celle de raconter, ce qui était quand même essentiel. De même vis-à-vis des médias, il avait le sentiment qu'ils étaient souvent médiocres et se servaient de lui, mais qu'il fallait quand même faire connaître un peu de son expérience.

Il avait envie que son cabinet médical soit un îlot de tranquillité dans un monde de machines et il a dit : « J'espère que la blouse ne m'ira jamais parfaitement ; j'espère qu'elle grattera et irritera mon esprit afin que je réalise combien il me reste à apprendre et combien de malades il me reste à aider. »

James est mort en 2005 à 25 ans. On ne sait pas de quoi, on ne sait pas pourquoi et comme le dit Barron Lerner : « On ne peut même pas se demander pourquoi des gens comme James meurent, parce que tout simplement il n'y a personne qui soit comme James. » ■

Conflit d'intérêt et relecture

Les revues scientifiques sérieuses ont un comité de lecture qui fonctionne selon des règles très exigeantes. L'une d'elles est que les experts qui donnent leur avis sur les articles à publier ne doivent pas faire état publiquement de ce qu'ils ont lu. Ils doivent d'abord en débattre au sein du comité de lecture.

Le docteur Steven Haffner professeur de médecine à l'*University of Texas Health Sciences Center in San Antonio* a envoyé un fax à GSK (*Glaxo Smith Kline*) demandant à GSK de donner son avis sur une étude qui ne devait être publiée que dix-huit jours plus tard dans le *NEJM* (*New England Journal of Medicine*).

Ceci est suffisamment inhabituel pour que plusieurs personnes s'en soient émues.

Le *New York Times* y a consacré un article le 31 janvier 2008 et le sénateur républicain Charles E. Grassley en a fait état lors d'un débat sur la sécurité des médicaments devant le sénat. Par ailleurs, la revue *Lancet* y a consacré un éditorial le 9 février 2008 sous le titre « *The pitfalls and rewards of peer review* ».

En réponse au *Lancet*, le docteur Haffner a dit

qu'il regrettait ce qu'il avait fait, qu'il n'avait pas de bonne explication à donner pour expliquer son geste et qu'il était très stressé à cet époque « *he was under immense stress for personal reasons and made a serious error* ».

On apprend que le produit Avandia® (rosiglitazone) est un produit qui a fait un chiffre d'affaires de trois milliards de dollars en 2006 et que ce produit a vu ses ventes diminuer de moitié après que des risques d'accidents cardiaques ont été mis en évidence.

On apprend aussi que, comme l'écrit le *New York Times*, « *Dr. Haffner has previously disclosed that he has conducted research and served as a paid speaker for Glaxo. Mr. Grassley said that Dr. Haffner had received \$75,000 in consulting and speaking fees from Glaxo-SmithKline since 1999* ». En d'autres termes, il a reçu 75 000 dollars en 7 ans, soit à peu près 1000 dollars par mois, ce qui est une somme importante si on considère qu'elle vient en plus de son salaire et de ses autres activités, mais ce qui est une somme ridicule si on la compare aux trois milliards de dollars qui sont en jeu.

Le *NEJM* a dit qu'il étudierait cette question très

sérieusement, mais qu'il le ferait en interne (« *would be handled as a private matter* »). Au-delà de cette affaire, qui mérite d'être analysée dans tous ses détails, le *Lancet* a raison de poser de façon plus générale la question de la relecture et des relecteurs. Il fait observer que les liens d'argent ne sont pas toujours les plus dangereux. « *Often competitive issues or personal relationships lead to more important and less obvious bias* ». Et cela est

très vrai et très bien connu des laboratoires pharmaceutiques. Ceux-ci donnent de l'argent et « achètent » ceux d'entre nous qui se laissent acheter ou qui demandent à être achetés. Mais cette modalité directe est trop visible et se heurte à des limites. Il existe des médecins honnêtes et plus souvent qu'on ne croit. En revanche, les liens d'amitié et de connivence tissés pendant de longues années ont une très grande efficacité. ■

Humilité narrative

Humilité dans le récit, humilité dans l'histoire, humilité dans la narration, c'est ainsi que je traduirais « *Narrative humility* » qui est le titre et le thème d'un très bel article de Satyantani Das Gupta, paru dans le *Lancet* du 22 mars 2008.

Pour entrer en relation avec des personnes venues d'autres pays, ou appartenant à des groupes qui ont des modes de vie et une culture différents de ceux de la majorité de la population, des auteurs ont attiré l'attention sur ce qu'ils ont appelé la compétence culturelle ou la sensibilité culturelle. Il faut connaître les particularités culturelles de ceux que l'on soigne. Mais ce concept est apparu comme marqué par une volonté de maîtrise : en savoir plus pour mieux diriger. Melanie Trevalon et Jann Muray Garcia ont alors proposé le terme de « *cultural humility* ». Il faut savoir que d'autres personnes ont un système de valeurs différent du nôtre, mais cette connaissance ne pourra jamais être intime, il faut rester humble devant une altérité que nous ne pourrions jamais totalement faire disparaître.

L'humilité culturelle est une tendance qui doit accompagner le médecin tout au long de sa vie professionnelle. S. Das Gupta propose de généraliser ce concept : il ne s'agit pas seulement de faire preuve d'humilité devant des cultures étrangères, il faut être humble devant chaque malade. Nous pouvons écouter avec attention une histoire, nous pouvons rester longtemps avec le malade et le réécouter, mais nous ne pourrions en aucun cas faire que cette histoire soit la nôtre ou la maîtriser. Elle appartient au malade, elle ne peut pas nous appartenir.

L'humilité qui s'impose devant chaque histoire unique consiste à comprendre que les histoires du malade sont des entités dynamiques dont nous pouvons nous approcher, avec lesquelles nous pouvons entrer en relation tout en restant ouvert à leur ambiguïté et leurs contradictions. Nous devons nous engager dans une relation en étant en permanence dans une attitude d'autoévaluation et d'autocritique à propos de différents

aspects, tels que notre rôle dans l'histoire, nos attentes et notre identification, comment cette histoire nous attire, comment nous nous en protégeons. Comment elle entre en résonance avec d'autres histoires et avec notre propre histoire.

S. Das Gupta pense que les romanciers sont aptes à imaginer les souffrances de leurs personnages et que les lecteurs attentifs le sont aussi, le médecin doit être lui-même dans une attitude proche de celle du romancier et du lecteur attentif. La rencontre médicale est un échange au cours duquel le médecin examine le malade, mais le malade aussi examine le médecin, il se crée un échange mutuel qui est, certes, asymétrique, mais qui ne se fait pas uniquement dans une seule direction.

Elle cite Levinas pour défendre « l'humilité envers ce que nous ne pouvons pas connaître – le visage de l'Autre, le visage que nous ne pouvons pas connaître, mais devant lequel nous sommes responsables ».

Dans l'échange mutuel entre deux personnes qu'est la rencontre médicale, le médecin, lorsqu'il prend le temps d'écouter humblement une histoire et d'entrer en résonance avec elle, rencontre le malade, mais il se rencontre aussi lui-même.

Un médecin, A. Broyard, dont le livre a été édité, après sa mort d'un cancer de la prostate, a écrit « Chaque malade ne peut pas être sauvé, mais sa souffrance peut être atténuée par la façon dont le médecin entre en relation avec lui et, en lui répondant de façon adaptée, le médecin peut se sauver lui-même. Mais il doit d'abord redevenir à nouveau un étudiant, il doit disséquer le cadavre de son propre rôle professionnel... Il peut être nécessaire qu'il abandonne un peu de son autorité en échange d'un peu plus d'humanité, mais comme tous les médecins de famille le savent ce n'est pas une mauvaise affaire. »

L'humilité narrative suggère la possibilité de la transcendance ce que Broyard appelle la possibilité d'être transfiguré. Être plus authentique devant l'Autre en face de soi, mais être aussi plus authentique avec soi-même. ■



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

— **Emmanuel Venet, *Précis de médecine imaginaire*, éditions Verdier, 2005.**

Emmanuel Venet, psychiatre, « souffre d'une névrose pianistique selon laquelle il lui est aussi impossible d'abandonner le piano que d'en jouer correctement » ; il nous offre cependant avec son *Précis de médecine imaginaire* un merveilleux récit.

Sur les traces de son enfance dans la région lyonnaise, entre le marché de Monplaisir et l'aérodrome de Bron, la cirrhose prend les traits d'une voisine, la Popette, l'accouchement est une énigme qui donne lieu à de multiples disputes et la myopie s'oppose à la sélection naturelle revendiquée par l'oncle Bonnardier. Le saturnisme nous renvoie à Primo Lévi, l'hystérie rend hommage à Hippocrate et Lucien Israël, la brucellose préfère évoquer le mal de poètes (« leur terreur de découvrir in concreto la part d'eux-mêmes qu'ils combattent le plus violemment, celle qui, satisfaite de confort et de platitudes, invite aux capitulations de l'esprit ») plutôt que le biologiste anglais Bruce et l'imaginaire des fractures, cher à Henri Michaux, évoque « les vieux qui réussissent quand même à en mourir lorsque se brise en même temps l'os qui les supporte et le fil de leur destin ».

A travers ces pages, la médecine abandonne sa part technique, scientifique et utilitariste pour mieux retrouver « la part de poésie qu'elle rechigne à assumer ». Par les temps qui courent, ce petit ouvrage est loin d'être un luxe...

Laurent Huillard

— **Boualem Sansal, *Le journal de l'Allemand* ou *Le journal des frères Schiller*, Gallimard, janvier 2008.**

De nombreuses critiques ont dit tout le bien qu'il faut penser de ce livre bien écrit, drôle, profond. Une intrigue qui semble peu vraisemblable et qui pourtant part de faits réels. Un très grand livre contre la bêtise et la violence dans leurs manifestations les plus banales les plus quotidiennes, mais aussi dans leurs aspects les plus atroces : la Shoa et l'islamisme intégriste.

L'auteur ne fait pas un parallèle absurde entre ces deux monstruosités : la Shoa a déjà eu lieu, les ravages de l'islamisme intégriste sont pour l'essentiel à venir.

Les deux narrateurs, deux frères, découvrent le passé nazi de leur père cinquante ans après les faits, après que des islamistes l'ont égorgé lui, sa femme et la moitié des habitants du village de Aïn Deb « le village de l'Allemand ».

Les narrateurs s'interrogent sur la Shoa et sur la participation de leur père à ces crimes atroces innombrables. Pourquoi n'a-t-il pas dit « non » rien qu'une fois ? Pourquoi a-t-il accompli sa tâche sans protester ? Comment peut-on vivre quand on a pour père un tel monstre ?

La force de ce roman, c'est de nous asséner ces questions et de nous les répéter sans nous laisser de répit, sans nous permettre de nous installer dans la posture de l'honnête homme qui condamne avec gravité tout cela. Ces crimes contre l'Humanité concernent l'humanité toute entière. Nous ne sommes pas des spectateurs innocents et encore moins des juges. Qu'aurions-nous fait si nous avions vécu cette époque ? Qu'aurions-nous fait si nous avions eu pour père un nazi méthodiquement criminel ?

Mais c'est la dénonciation et la condamnation de l'intégrisme islamiste qui font la force et l'utilité de ce livre.

Après tout, de très grands textes ont été écrits sur la Shoa et personne de sensé ne doute que ce fut une abomination. Ce livre est écrit avec une très grande sensibilité, mais il n'a pas sur ce plan d'utilité immédiate : le régime nazi n'a plus, du moins en France, de défenseurs. En revanche, l'islamisme existe actuellement et la conscience du danger qu'il représente n'est pas toujours très aiguë. Lorsque l'on apprend en France que deux cent villageois ont été égorgés en Algérie, on se dit que c'est atroce, mais très vite des voix s'élèvent pour dire « nous n'avons pas le droit de juger une autre culture avec les valeurs de notre propre culture. Et puis nous-mêmes, nous avons pratiqué les croisades et l'Inquisition et la colonisation, alors évitons de donner des leçons de morale. » Boualem Sansal ne se prive pas de donner son avis, un avis clair et tranché : un égorgé est un égorgé et un salaud.

Ce livre mérite qu'on en parle avec sérieux parce qu'il aborde des questions vitales au sens propre. Mais il faut souligner l'humour de l'auteur qui est une arme redoutable : lorsqu'on lit la rencontre entre Malrich et l'imam de banlieue, on rit en se demandant comment de telles stupidités mortifères peuvent rencontrer un tel écho.

Jean-Pierre Lellouche





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

■ Smaïn Laacher, *Le peuple des clandestins*, éditions Calman Levy, 2007.

Voilà un livre qui tente de faire comprendre ce que vivent les migrants clandestins : sans pathos, ni théorie, Smaïn Laacher nous mène au plus près d'hommes et de femmes dont la vie est devenue autre, dont le regard sur le monde et sur eux-mêmes est définitivement bouleversé. A partir de très nombreux entretiens réalisés dans des lieux et des circonstances très diverses, il nous fait partager sa réflexion et son questionnement d'une manière modeste et honnête.

La distinction est faite parmi « ceux qui ne sont pas là dès le début ». Il y a ceux qui entrent légalement avec un visa, et ceux qui n'en ont pas. Ceux qui sont demandeurs d'asile, puis réfugiés selon les termes de la convention de Genève. Et ceux qui sont déboutés par l'OFPRA, puis par la commission de recours et qui, restant illégalement, deviennent des sans-papiers. Les sans-papiers sont un problème politique, ils s'appuient sur des associations, ils relèvent d'une négociation entre forces sociales et institutions. Ils ont une place et tentent de la légaliser. Les clandestins eux, relèvent de l'urgence humanitaire, ils cherchent une place.

Portraits, récits et expériences nous font approcher les raisons du départ, contraint de toutes façons : quitter le foyer, se délier de ses liens et donc d'une identité civile et sociale reconnue, quitter le lieu « où sont déposés les morts et la langue », et où règne « un monopole illégitime de la violence ». La vie du clandestin est vécue comme « une vie indigne à vivre », une vie en tension, rythmée par les départs, par la poursuite du voyage, un corps embarrassant que l'on traîne, un sentiment d'étrangeté permanent. Quelles que soient la durée et les vicissitudes du voyage, il nous montre que celui-ci ne prend pas réellement fin à l'arrivée. « Et comment demeurer une personne quand l'univers du clandestin est régi par des normes d'exception et l'absence de droits ? »

Comme une exception, Smaïn Laacher décrit l'irruption du politique dans les deux ghettos de Gourougou et de Belyounech qui ont existé au Maroc, près des enclaves espagnoles de Ceuta et Mellilla, entre 1997 et 2002. Ils ont accueilli jusqu'à un millier de personnes, la vie y fut organisée par des règlements au sein des différentes communautés : président, ministres parlementaires, et même forces d'interposition entre les différentes communautés, les lois sont décidées, écrites et conservées. L'auteur y voit à l'œuvre « le » politique, la construction d'un monde commun dont la vocation est d'accueillir des modes de vie, des projets et des intérêts différents qui auraient risqué d'entrer en conflit. Il y voit aussi un début d'identification à une cause commune et un essai de transformation de l'espace pour se l'approprier. Ceci à l'opposé de ce qui se passe dans la « jungle » de Calais, et également bien différent de la réalité d'un camp, notamment par l'absence de la communauté internationale. A plusieurs reprises, l'auteur nous fait comprendre l'absence de pertinence de nos questions : « pourquoi êtes-vous parti ? », de nos jugements, même bienveillants : « les pauvres gens » et les réalités entièrement différentes qui sont celles des migrants. C'est particulièrement démonstratif lorsqu'il relate la venue des sans-papiers au parlement de Strasbourg. Il consacre aussi un chapitre à illustrer « la violence de l'Etat surpuissant » en prenant l'exemple de la Tunisie, pays qui ne possède pas de législation nationale en matière de droit d'asile. Où du fait de la quasi absence d'associations, d'ONG, d'organisations de défense des droits de l'homme, les étrangers se retrouvent sans défense. Alors, s'il n'est pas victime de « disparition », l'étranger doit partir, plus loin, plus au Nord...

Martine Devries



— **Emmanuelle Heidsick, *Il risque de pleuvoir***, Fiction et C^o, Seuil, février 2008.

C'est un roman. Antoine Rougemont, le personnage du roman, assiste à un enterrement. Le mort est lointain, un membre de la famille de son ex-femme, ça laisse à Antoine le temps de penser. Et il a de quoi penser Antoine. Il occupe une « belle place » dans le monde des assurances. Un monde des assurances où sont arrivés des jeunes aux dents très longues. Aux dents tellement longues qu'elles gênent un peu Antoine. Aux dents très longues parce que le morceau qu'il faut manger est un gros morceau : l'Assurance maladie.

Emmanuelle Heidsick, qui connaît bien le sujet comme journaliste, a fait le choix de mêler un riche matériau d'enquête sur les projets et les discours des assureurs (en particulier sur le délicat dossier de l'accès aux données

individuelles de santé) et les réflexions personnelles que pourrait avoir sur ce sujet un cadre de société d'assurance qui se poserait des questions.

Le mélange entre l'information et la fiction est original. Est-ce que « ça marche » ? J'ai un doute. C'est très agréablement écrit. Une fois encore, pour ce que j'en connais, la présentation de la démarche des assureurs, est tout à fait bonne. Le personnage d'Antoine est-il « crédible » ? Est-ce que les cadres (des cadres) de l'assurance se posent des questions ? Et s'ils s'en posent sont-elles celles d'Antoine ?

La fusion de la réalité (les projets des assureurs sur l'Assurance maladie) et de la fiction (les états d'âme d'Antoine) n'a que partiellement fonctionné pour moi. Mais tentez votre chance, sur un sujet qui nous intéresse tous. C'est une porte à ouvrir.

Pierre Volovitch

Modèles guerriers des pratiques hospitalières

— **Marie-Christine Pouchelle, *L'hôpital ou le théâtre des opérations***, Séli Arslan, 2008.

Ce second titre des *Essais d'anthropologie hospitalière* de Marie-Christine Pouchelle (après *L'hôpital corps et âme*, paru en 2003) confirme à la fois un champ d'exploration et un ton, inimitable. C'est d'abord du ton que je voudrais parler, le ton Pouchelle, ce mixte très subtil d'extériorité ironique et d'émotion impliquée. Ce ton qui est celui d'*Alice au pays des merveilles* : la petite fille dans l'univers des grands. Celle qui regarde avec des yeux écarquillés un monde qu'elle ne maîtrise pas, mais par lequel elle ne veut pas se laisser duper.

Tout au long de l'ouvrage, Marie-Christine Pouchelle ne cesse pas aussi de se regarder travailler, de se regarder penser, et de poser sur sa propre position le même regard inquiet et ironique qu'elle attache à l'univers hospitalier. Cette attitude d'auto-spéculation est tout le contraire d'une attitude narcissique, c'est au contraire la véritable attitude scientifique : celle qui, parce qu'elle permet à l'anthropologue d'assumer ses émotions, lui évite ainsi de se laisser abuser par ses propres affects. Et des occasions d'affect, il n'en manque pas dans l'univers hospitalier.

C'est à cet univers qu'elle applique très rigoureusement l'analogie militaire, et, travaillant sur les termes eux-mêmes, elle se fait aussi philologue : « guerre de position », « porter la main », « jouer leur peau », « le front de l'humanitaire », « se battre contre la maladie », « sabre au clair ». Si Georges Canguilhem dans les *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, et plus encore Susan

Sontag dans *La Maladie comme métaphore*, ont mis en évidence critique ces métaphores guerrières de la médecine, Marie-Christine Pouchelle les débusque de façon très rusée, et les décrypte avec une très grande finesse dans le vécu quotidien des services hospitaliers, autour du bloc opératoire et de la réanimation : médecins, chirurgiens, infirmiers, anesthésistes. Elle laisse aussi entendre, sur ce « théâtre des opérations », le silence forcé d'un certain nombre de professions aussi essentielles que discréditées : ceux qui nettoient, ceux qui transportent, et qui, considérés comme rivés à leur tâche, n'ont guère de part à la valorisation métaphorique qu'ils contribuent pourtant à réaliser.

S'il y a théâtre, c'est bien que cette guerre, dans tous ses registres stratégiques, constitue aussi un spectacle. Mais le spectacle est à la fois celui de l'ostentation et celui de l'escamotage. En cela, le théâtre des opérations apparaît aussi comme spectacle de magie. Et l'auteur montre comment cette représentation peut être prégnante aux yeux des patients : les prestiges du chirurgien relèvent aussi de ces effets de prestidigitacion. Ces dimensions communes du registre guerrier et du registre magique convergent pour assurer ce que l'auteur nomme, avec une redoutable pertinence, les « stratégies de l'expédient » : celles qui permettent d'éluder, derrière la réalité de la compétence et du don de soi, les nécessités d'une authentique attention à l'autre.

Christiane Vollaire



Numéros disponibles

Numéros à 12,20 € (sauf le numéro double 14/15) + 1,50 € de frais de traitement

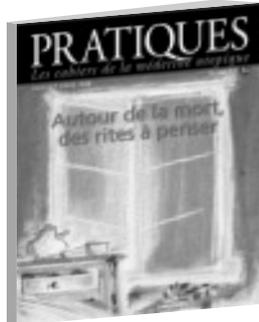
- | | | |
|---|---|--|
| N° 1 : La société du gène | N° 11 : Choisir sa vie, choisir sa mort | N° 19 : La vieillesse, une maladie ?
<i>(épuisé)</i> |
| N° 2 : La souffrance psychique
<i>(épuisé)</i> | N° 12 : L'information et le patient | N° 20 : La santé des femmes |
| N° 3 : Penser la violence | N° 13 : La médecine et l'argent | N° 21 : Le médicament, une marchandise
pas comme les autres |
| N° 4 : Santé et environnement | N° 14/15 : Profession infirmière
<i>(prix 16,80 €)</i> | N° 22 : La santé, un enjeu public |
| N° 5 : La santé au travail | N° 16 : Les émotions dans le soin
<i>(épuisé)</i> | N° 23 : Ils vont tuer la Sécu ! |
| N° 6 : Sexe et médecine | N° 17 : Des remèdes pour la Sécu
<i>(épuisé)</i> | N° 24 : Le métier de médecin généraliste |
| N° 7 : La responsabilité du médecin | N° 18 : Quels savoirs pour soigner ? | N° 25 : Hold-up sur nos assiettes |
| N° 8 : La santé n'est pas à vendre | | N° 26 : L'exil et l'accueil en médecine |
| N° 9 : L'hôpital en crise | | N° 27 : Faire autrement pour soigner |
| N° 10 : Folle psychiatrie | | |

Numéros à 14 €, sauf à partir du numéro 36 (prix nouvelle formule : 16 €) + 1,50 € de frais de traitement

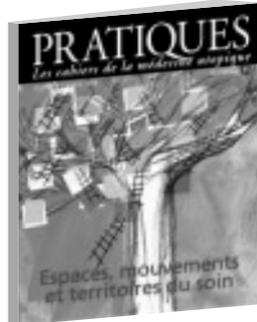
- | | |
|--|-------------------------------|
| N° 28 : Les pouvoirs en médecine | N° 31 : Justice et médecine |
| N° 29 : Réforme de la Sécu : guide pratique de la résistance | N° 32 : Le temps de la parole |
| N° 30 : Les sens au cœur du soin | |



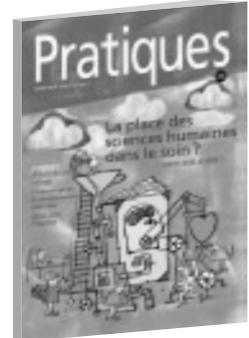
N° 33 : L'envie de guérir 14 €



N° 34 : Autour de la mort, des rites à penser 14 €



N° 35 : Espaces, mouvements et territoires du soin 14 €



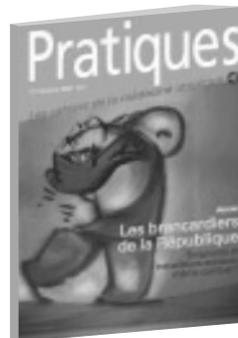
N° 36 : La place des sciences humaines dans le soin 16 €
(épuisé)



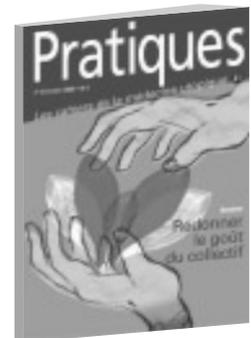
N° 37/38 : Des normes pour quoi faire ?
Prix : 25 €
(épuisé)



N° 39 : Comment payer ceux qui nous soignent ?
16 €



N° 40 : Les brancardiers de la République
16 €



N° 40 : Redonner le goût du collectif
16 €

Il est possible d'acheter les numéros 16, 17, 19, 36 et 37-38 épuisés sous forme de fichier .pdf, il vous suffit pour cela de télécharger le bon de commande sur notre site à l'adresse : www.pratiques.fr/bulletin-de-commande-des-numeros.html et de nous le renvoyer avec votre règlement.

Nom Prénom
 Profession
 Adresse
 Code postal Ville
 Tél. Fax
 E-mail

Bulletin d'abonnement ou de parrainage

Oui, je m'abonne à *Pratiques* :

Nom Prénom

Profession

Adresse

Code postal Ville

Tél. : Fax :

E-mail :

Oui, je parraine (j'indique mes coordonnées ci-dessous et celles de la personne que je parraine ci-dessus) :

Pour mon numéro offert, je choisis parmi ceux listés en page 95 (sauf numéros épuisés ou doubles) :

Nom Prénom

Profession

Adresse

Code postal Ville

Tél. : Fax :

E-mail :

Je choisis la formule suivante :

- l'abonnement classique :
- 1 an (4 n^{os}) : **55 €** au lieu de 64 €, soit plus de **14 % de réduction** par rapport à l'achat au numéro
 - 1 an à tarif réduit : **35 €** (étudiant, jeune installé de moins de 3 ans, demandeur d'emploi)
- l'abonnement de soutien 1 an : **110 €**

Je peux payer :

- par prélèvement automatique annuel, *reconduit automatiquement sauf résiliation de ma part par simple demande.*
Je joins mon autorisation de prélèvement et un RIB ou un RIP.
- par chèque
- En cas de nécessité, un étalement trimestriel des paiements est envisageable : consultez le secrétariat.
- J'ai bien noté qu'un reçu me sera adressé à réception de mon règlement.

Autorisation de prélèvements

<p>J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier les prélèvements pour mon abonnement à la revue <i>Pratiques</i>.</p> <p>Je pourrai suspendre à tout moment mon service à la revue <i>Pratiques</i>.</p> <p>Date :</p> <p>Signature :</p> <p>IMPORTANT : merci de joindre un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postale (RIP) à votre autorisation.</p>	<p>Revue <i>Pratiques</i> 52 rue Gallieni 92240 Malakoff</p>	<p>Numéro national d'émetteur N° 523734</p>									
	Titulaire du compte à débiter										
	<p>Nom, Prénom</p> <p>Adresse</p> <p>.....</p>										
	Nom et adresse de votre agence bancaire										
<p>Nom, Prénom</p> <p>Adresse</p> <p>.....</p>											
Désignation du compte à débiter											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Codes</th> <th style="text-align: right;">Clé</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">Établissement</th> <th style="text-align: center;">Guichet</th> <th style="text-align: right;">RIB</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: right;"> </td> </tr> </tbody> </table>			Codes		Clé	Établissement	Guichet	RIB			
Codes		Clé									
Établissement	Guichet	RIB									



Chère abonnée, cher abonné,

Vous disposez ici de la version électronique de votre abonnement à Pratiques.

Deux conseils, pour vous en faciliter l'usage.

1. Dans cette version, les articles sont indexés par thème. Vous trouverez à la page suivante un sommaire-index des mots-clés utilisés, indiquant, pour chacun de ces mots-clés, les N° de page des articles dont ce mot-clé caractérise un des thèmes principaux.

Pour vous rendre facilement à cette page, il vous suffit de cliquer sur le N° de page.

Pour revenir au sommaire-index, tapez 98 dans le marque pages de la barre des tâches.

Vous pouvez aussi cliquer sur l'icône « Signet », située juste au-dessous de l'icône « Page », à gauche, en haut, sous la barre des tâches. : elle vous conduira à la mention : « Index page 98 », qui vous y dirigera immédiatement.

En laissant continuellement affiché ce signet sur la partie gauche de votre écran, vous pouvez commodément passer du sommaire-index à l'article désiré, et réciproquement.

2. Vous souhaitez extraire un article pour l'envoyer à un correspondant : téléchargez un logiciel gratuit de fractionnement de votre revue pdf. Ces logiciels vous fournissent sur le champ une copie de votre fichier fragmentée en autant de fichiers séparés que de pages. Vous n'avez plus qu'à choisir celle(s) que vous souhaitez joindre à votre envoi. Un bon logiciel pour cet usage est "Split and Merge" dont il existe une version en français. Il vous permet aussi bien de fractionner à votre guise votre fichier que d'en fusionner après coup les pages que vous désignerez.

Consultez le tutoriel <http://www.pdfsam.org/uploads/pdfsam-tuto-fr.pdf>

Vous y trouverez les liens de téléchargement page 4. Une fois le logiciel installé et ouvert, à Réglages, choisissez la langue (french).

Pour fragmenter votre fichier:

- Choisir le Module Découpage
- Cliquer sur Ajouter, et choisir votre fichier à fragmenter
- Options de découpage : Choisir Par page (fragmenter)
- Dossier de création : Choisir un dossier
- Décocher Remplacer le fichier existant
- Options de création: Donner un nom qui sera commun à toutes les pages ainsi fragmentées
- Cliquer sur Exécuter et retrouvez vos fichiers dans le dossier que vous aurez choisi.

Bonne lecture !

Sommaire Index N° 42

Mot Clé	Pages
§Accès aux soins	10
	73
	74
	81
§Adolescent, Jeune	83
§Aide-soignante	27
§Arrêt de travail	10
§Assurance complémentaire	74
	74
	94
§Bureaucratie	15
	17
	19
	61
§CMU	81
§Collectif	58
	64
§Comparaison internationale	74
§Délation	77
§Ecoute, empathie, Relation soignant soigné	20
	60
	70
	83
	89
	91
§Environnement, Pollution	73
§Euthanasie	85
§Femme, Condition féminine	36
	45
	64
	76
	76
§Fiction	92
	92
	94
§Formation initiale, Formation continue	40
	75
	89

§Franchises	10
§Généraliste	47
§Gouvernement, politique, démocratie	52
§Hiérarchie, Rapports médecins infirmières	18
	20
	22
	27
	32
	36
	38
	39
	40
	45
	47
	49
	60
	61
	64
	66
	70
§Histoire de la médecine	22
	42
	66
	70
	89
	89
§Hôpital, réforme hospitalière	65
	87
	94
§Immigration, Sans papiers	93
§Inégalités, Exclusion sociale,	21
	74
§Information médicale	75
§Kiné	48
§Langage	83
§Maisons de santé	66
§Management, productivité, intéressement	15
	58

§Management, productivité, intéressement	79
§Manipulation	52
§Médecine du travail	20
§Médicament, firmes pharmaceutiques	75
	78
	89
	90
§Patient	87
§Pauvreté, minima sociaux, RMI, Revenu minimal	73
§Personnes âgées, vieillissement	27
§Pharmacien	78
§Prescription	39
	40
§Prévention	77
	79
§Psychanalyse	15
§Psychiatrie, santé mentale	18
	56
	92
§Réseau de soins	48
§Revenu, Rémunération soignants, à l'acte, forfaitaire	40
	49
	66
§Sage-femme	18
§Secret professionnel, secret médical	77
§Théâtre	94
§Travail social, Assistante sociale	77
§Travail, Conditions de travail	76
§Union européenne	75
§Vaccin	89
§Violence	92