

PRATIQUES

Les cahiers de la médecine utopique

14-15

DOSSIER

Profession : Infirmière

L'implosion

Éditorial

3

Dossier : Profession Infirmière

31

• UNE IMPLOSION AUX MULTIPLES FACETTES

- Entre silence et langue de bois : quelle parole pour les infirmières ?
Anne Perraut Soliveres 6
- Le moule à cake
Yann Debu 13
- Inventaire à la Prévert
Laurent Brescia 15

• VISAGES

- Paroles de souffrants
Anne-Marie Pabois 16
- Souvenirs
Françoise Ducos 17
- Long séjour médicalisé
Marie-Aline Joussetin 18
- Le cri
V.X. 20
- Anne, ma sœur Anne, ne vois-tu rien venir ?
Anne-Marie Pabois 21
- Espoir et déception d'une IDE hospitalière depuis 23 ans
Marie-Thérèse Vidal 21
- Une activité pleine dans un climat de quiétude
Marie-Christine Véber-Dubcaux 22
- Malaise chez les infirmières à l'hôpital
Éliane Gayon 23

• LE POIDS DE L'ARGENT

- Qui fait quoi ? Et qui paye ?
Martine Devries 24
- Je vous dis que vous n'êtes plus malade
Philippe Lorrain 25
- Les dessous des mots
Anne-Marie Pabois 27
- Infirmières salariées à domicile : ça existe !
Simone Corbet-Gony 30

• REPRÉSENTATIONS SYMBOLIQUES ET ENJEUX DE POUVOIR

- Le mythe et l'envers du mythe
Fabienne Messiaen-Pagotto 32
- Petites épiphanies
Célia Fernando Abreu 33
- La nuit du savoir ou les valeurs de l'ombre
Anne Perraut Soliveres 34
- Une fonction soumise au genre
Christiane Vallaire 42
- Nous avons lu pour vous : *Les sorcières, sages-femmes et infirmières...*
Patrice Muller 46
- Luttres d'Infirmières, luttres de femmes
Annick Plou 47
- Infirmiers : un seul corps, deux esprits
Olivier Botard et Bernardine Langlet 52
- La douleur comme révélateur
Régis Béranger 55
- Cadres ou encadrés ?
Joëlle Saucé 57
- Rêve brisé
Catherine Jung 58
- De l'ordonnance à la collaboration
Patrice Muller 59

• LES MÉFAITS DE LA TECHNOCRATIE

- Chronologie du DAR
Fabienne Messiaen-Pagotto 61
- Pouvoir ou ne pas pouvoir, là est la question !
Anne Perraut Soliveres 63
- Cadre infirmier : pouvoir ou légitimité ? Histoires de casquettes
Fabienne Messiaen-Pagotto 65
- The dark side of the EAAD
Stella Vidar 67

• LES OUVERTURES DU MÉTIER

- Visages : Une vraie équipe
Odile Viabens 68
- Les infirmières et infirmiers : des gens formidables
Sylvie Cognard 69
- Le terreau du changement
Martine Devries 72
- Une expérience au Québec : le soin infirmier en CLSC
Mona El Wattar 74
- La réforme du Norlévo : la place de l'infirmière scolaire
Annie Fabrega 77
- Les paradoxes d'une réforme
Liabelle Armand 78
- Sortir de l'isolement : l'exemple d'ASSETIL
Bernard Loulimbi et Corinne Chabasse / D. Tavi 80
- Point de vue d'un nouveau syndicat sur la profession infirmière
Irine Romain 82
- Faisons cour commune
Philippe Lorrain 84
- Le réseau, un désordre salvateur
Didier Méraud 86
- La révolution : à portée de voix des infirmières ?
Anne Perraut Soliveres 88

Rubriques

- Images du corps : Assassins du regard
Monique Sicard 91
- Chronique du savoir-faire médical : Pour le droit des étrangers malades
Noëlle Laine 94
- L'actualité politico-syndicale : La démocratie, un remède pour une Assurance-maladie en souffrance ; La vache, la démocratie, la justice... et l'utopie
Anne-Marie Pabois 100
- Colloque du Sud au Nord
DELIS 102
- Réponse à la consultation de l'Ordre des médecins
Migrants contre le sida 103
- Dangers du PMSI psychiatrique
Claire Gekiers 106
- Collectif Alerte Santé (CAS), *notre santé n'est pas une marchandise* : Non à la Sécu en Bourse !
Jean-Pierre Lellouche 109
- Nos lectures commentées : Éthique et génétique
Jean-Pierre Lellouche 110
- Coup de gueule : Pour une nouvelle politique internationale de santé
Denis Labayle 111
- Lettre ouverte au Ministre : Pneumocoque
J.-P. Lellouche 112
- Raconte-voir : Le patient raconte, le médecin lit, l'écrivain partage
Martin Winckler / Marc Zaffran 113
- Vigilance : Violences conjugales
Sophie Eyraud 116
- Ailleurs, autres regards : Médecine et précarité
Bertrand Riff 121
- Histoire de la médecine : Déontologie et citoyenneté (I)
Jacques Ribaud 124
- Courrier des lecteurs : Des incompetents fatigués et sans espoir
J.-P. Lellouche 133
- Toutes classes sociales confondues
Françoise Ducos 133
- Nous avons lu pour vous : *Blouses blanches...*
Francis Marché 134
- *Quand l'Ordre règne...*
Patrice Muller 134
- Liste des librairies qui soutiennent *Pratiques* 136

E D I T O

Au mois de juin dernier, La Générale de Santé, important gestionnaire de l'hospitalisation privée à but lucratif, a été mise en Bourse. Cette société anonyme, dont les principaux actionnaires sont des fonds de pensions (41% des actions) et Vivendi (20% des actions), gère cent quarante-sept cliniques privées en France et revendique le premier rang au niveau européen.

Cet événement est d'une gravité exceptionnelle pour ceux et celles qui luttent contre les ravages de la logique du commerce dans le domaine de la santé. Environ 90 % du budget du fonctionnement d'une clinique dite « privée à but lucratif » repose sur les remboursements faits par l'Assurance maladie pour les soins pratiqués dans ce type de structure. L'assuré social lambda, celui qui peut lire sur sa fiche de paie sa contribution régulière au financement de la Sécu, sait-il suffisamment que c'est lui, via l'Assurance maladie, qui est le principal financeur de La Générale de Santé ? Il est paradoxal et scandaleux de voir mettre en Bourse des conglomérats financiers dont le fonctionnement repose sur des fonds socialisés.

Cette nouvelle offensive du néolibéralisme n'a pas encore eu une réponse d'une ampleur suffisante dans le champ du politique. Le Collectif Alerte Santé, dont *Pratiques* fait partie, a décidé pour sa part de lancer un appel large à réagir (cf. texte de l'appel dans ce numéro). Signe encourageant, en quelques jours des centaines de signatures de soutien nous sont parvenues.

Cette réaction pour préserver notre système de soins socialisé est cependant tout à fait insuffisante. Les croupières que taille actuellement le système marchand dans notre Assurance maladie tiennent autant à la force du libéralisme qu'à la sclérose technico-syndicalo-administrative dans laquelle est tombée l'institution, éloignée depuis trop longtemps de ses patrons originaires, les assurés sociaux.

Repenser sous l'angle d'une véritable discussion politique – celle qui sort du champ clos du lobbying actuel – les modalités de représentation des intérêts des uns et des autres (les citoyens, les professionnels du soin, les gestionnaires, l'État) devient une urgence absolue. Les nouvelles règles de fonctionnement ainsi redéfinies permettront alors, à notre Assurance maladie régénérée, d'être mise au service d'un système de soins ayant, pour sa part, recouvré une mission de service public pleine et entière.

Telle est la nature du débat que nous animerons avec d'autres bonnes volontés, politiques, intellectuelles et citoyennes les 1^{er}, 2 et 3 novembre prochains à Rouen. Il faut que nous y soyons nombreux pour inverser le cours actuel des choses.

Patrice Muller



D O S S I E R

La profession infirmière est gravement malade. Elle souffre d'une maladie iatrogène, c'est-à-dire provoquée par la médecine, son pouvoir, ses principes, ses choix, ses dérives. Son cas s'est brutalement aggravé quand le régime draconien, prescrit par un pouvoir technocratique aveugle et sourd à la réalité soignante, s'est avéré pire que le mal.

Les infirmières ont été éduquées à se taire, à accepter une dépendance du médecin pas toujours justifiée, une hiérarchie institutionnelle de plus en plus loin d'elles, à accomplir en silence les tâches ingrates dont ne veut plus la « société ». Je veux parler du soin des personnes âgées, de l'assistance à toute personne dépendante – quels que soient la raison ou le degré de cette dépendance, l'accompagnement de 70 % des mourants – quelles que soient les causes et conditions de leur mort. Sommées de faire toujours davantage dans un contexte de restriction budgétaire, les infirmières sont passées outre ce qu'il est humainement possible de donner.

Et le don de soi, elles le pratiquent comme personne, condition incontournable de leur exercice, dans une société individualiste plus encline à demander toujours davantage qu'à donner. Pour cela également, le déficit de reconnaissance dont souffre chroniquement la profession s'aggrave des nouvelles exigences du public et de l'institution, le plus souvent contradictoires. Les normes industrielles intenable, inhumaines font fi des conditions d'exercice, du sens même de la fonction soignante en comptant et donc rémunérant ce qui se voit et abandonnant ce qui ne se voit pas à la bonne volonté déjà surexploitée. La situation a atteint son paroxysme et la « pénurie » risque fort de se payer très cher si rien ne vient modifier profondément l'exercice de cette profession aussi riche que difficile. Seuls, aujourd'hui, les soignants face à ceux qui leur sont confiés, peuvent dire jusqu'où il leur est humainement possible d'aller, quelles conditions leur permettraient de progresser, quelles structures devraient être mises en place afin qu'ils ne se détruisent plus à la tâche noble qu'ils avaient choisie.

Il faut pour cela leur donner la parole : pas par leur encadrement interposé, mais en direct, en créant les conditions de confiance qui permettent à ces soignants voués au silence d'apprendre enfin à se dire, à exprimer leurs doutes, leurs peurs, leurs difficultés. Il s'agit également de chercher de nouvelles articulations avec les médecins et les patients, de proposer une redéfinition des règles de métier qui laisse la place à une cohabitation fructueuse et solidaire entre des acteurs complémentaires. C'est ce que *Pratiques* se propose ici de commencer à faire.

Anne Perraut Soliveres

Entre silence et langue de bois

Quelle parole pour les infirmières ?

Anne Perraut-Soliveres

*Cadre Supérieur
Infirmier de nuit,
chercheur en sciences
de l'éducation.*

« **Toute peine mérite salaire.** » J'ai commencé à travailler à l'hôpital sans jamais me préoccuper du sens du mot argent dans ma pratique. Fort mal payée à l'époque (1967), je touchais un salaire de huit cent quarante francs (le loyer de ma chambre de bonne était de deux cent cinquante francs), ce qui était très peu pour un travail de nuit de quarante-huit heures par semaine. Après trois années épuisantes à l'Assistance publique, je tentai l'exercice libéral dans des cliniques privées : « infirmière particulière », j'intervenais auprès de patients opérés durant les trois nuits suivant l'intervention. Je trouvais là ce qui m'avait le plus manqué dans les services de médecine, où les actes se succédaient sans que nous ayons jamais le sentiment d'en avoir fini. Seule avec un seul patient, j'assumais l'essentiel de ses soins la nuit, jusqu'au bilan que je faisais avant de partir le matin. Ce système était de rigueur dans la plupart des établissements privés qui éliminaient ainsi une grande part des frais de personnel soignant, assumés directement par les familles. Je dus cependant interrompre assez vite cette façon de travailler, incapable, à l'issue des trois nuits, de demander au malade qu'il me paie. Je passe sur mes hésitations, le matin sur le trottoir, entre l'angoisse de devoir retourner

demander de l'argent au malade et la nécessité dans laquelle j'étais de gagner ma vie. Il m'est même arrivé de rentrer chez moi... et de revenir dans l'après-midi, humiliée, réclamer mon dû. Je retournai à l'exercice salarié, seul système me mettant à l'abri de ces préoccupations et me laissant la tête libre pour effectuer, en toute quiétude, des soins sans compter ni mon temps ni ma peine. C'est à l'hôpital que j'appris que les bénéfices se trouvaient ailleurs. Il fallut cependant savoir attendre : l'expérience, couplée à la maturité, me permit de saisir que le véritable paiement se trouve (heureusement !) dans la satisfaction d'avoir aidé quelqu'un à franchir un mauvais pas, dans la reconnaissance immédiate qu'exprime un malade anxieux après une bonne discussion qui lui permet de s'endormir, dans les remerciements d'une famille que nous avons bien accueillie... Mais la liste des bénéfices serait trop longue.

Courage... fuyons ! Comment interpréter cette fuite d'infirmières lors des premières années de leur exercice, la durée moyenne se situant entre cinq et huit ans ? Si l'on en croit les chiffres que donnent les médias, vingt mille infirmières manquent pour faire fonctionner l'institution, quand

cinquante mille ont été formées mais n'exercent pas. Compte tenu de « la crise », des disparités régionales (différence significative entre Paris et la province) et du manque de débouchés, il faut donc entendre que fort peu d'infirmières font carrière mais aussi que certaines n'exercent jamais, ou si peu qu'elles n'ont aucune chance d'accéder à la gratification symbolique qui rend l'exercice de cette profession possible. J'ose imaginer qu'un tel gâchis de temps et d'argent n'est pas inéluctable et que nombre de candidats malheureux refoulés feraient d'excellents soignants dans un système de formation qui cesserait de faire l'autruche. Ajouter à cela que beaucoup d'infirmières s'arrêtent de nombreuses années pour élever leurs enfants (il n'est pas rare qu'elles en aient trois et même assez fréquem-

ment quatre) ou pour suivre leur conjoint, mettant l'accent sur une fluctuation à composante féminine qui n'a pas son équivalent dans d'autres professions. Faut-il pour autant réduire le constat à la difficulté de supporter des conditions de vie hors normes ? Je ne l'ai, pour ma part, jamais cru, constatant que c'est précisément dans les services les plus lourds, la nuit, que les soignants s'enracinent le mieux et le plus longtemps.

Vous avez dit pénurie ? Drôle de terme pour qualifier les résultats d'une politique budgétaire dont le but avoué de fermer des milliers de lits d'hospitalisation ne pouvait être mieux servi que par la raréfaction « soudaine » des infirmières et des médecins ! Combien, en effet, de services





fermés pour plusieurs jours, plusieurs mois, voire définitivement, faute d'effectifs ? Tout aussi curieusement, on assiste dans le même temps à une sélection de plus en plus sévère à l'entrée d'écoles de plus en plus rigides, de plus en plus éloignées, et cela de manière caricaturale, de la réalité hospitalière et de cet humanisme minimal auquel on a désormais du mal à croire qu'il figure encore au fronton de nos institutions. Rarement, en effet, d'autres domaines de formation ont-ils fait une telle unanimité, laquelle transforme l'apprentissage d'un métier en parcours du combattant, une profession d'ouverture à l'autre en réification de la maladie et des soins derrière lesquels cet « autre » a bien du mal à se signaler à une « attention bienveillante » dont on comprend aisément qu'elle fluctue en fonction d'une disponibilité qui diminue. Ce n'est pas en allant recruter dans les pays limitrophes (après avoir épuisé le filon belge, nous nous attaquons à l'Espagne et à la Pologne !) que nous réglerons le problème mais en changeant radicalement le positionnement de la profession. Il s'agit de reconsidérer son allégeance à une médecine devenue trop scientiste, de redécouvrir son humanité première, de construire ses assises éthiques en redéfinissant son champ de compétences en lien avec les besoins réels des personnes soignées.

Quand le « niveau » s'élève, les effectifs baissent... S'il y a bien une crise de recrutement dans les écoles d'infirmières rebaptisées « instituts de formation en soins infirmiers », c'est non seulement du fait de la politique budgétaire dont la stratégie consiste à clamber les artères qui alimentent l'institution, mais aussi, et ce n'est pas le moindre des paradoxes, du fait de la volonté de « la profession » d'élever le niveau des candidats afin d'accéder à une reconnaissance statutaire qui lui fait irréductiblement défaut. L'équation paraît simple : là où l'on recrute des candidats sur un plus haut niveau scolaire (ce qui n'est pas

synonyme de meilleur ni de mieux adapté), la gratification symbolique est manifestement devenue insuffisante et n'est pas compensée, loin s'en faut, par le salaire. La progression salariale a d'ailleurs été scandaleusement écrasée lorsqu'il y a une quinzaine d'années, pour encourager (déjà) le recrutement, on a accru le salaire des infirmières débutantes, sans répercussion sur les salaires des plus anciennes sous le prétexte que la durée moyenne de vie dans la profession n'excédait pas cinq ans ! Quel mépris pour une expérience professionnelle qui met une vie de travail à se constituer, pour des personnes qui ont dépassé les nombreuses difficultés, essuyé une évolution du système qui s'est souvent faite sur leur dos, sans fuir vers des cieux plus ciéments ! Comment ne pas être désabusé quand, de toutes parts, il vous est signifié (et même parfois clairement dit) que vous êtes aussi jetable que les outils à usage unique qu'on vous fournit. Outre un contenu d'une pauvreté conceptuelle considérable, la formation met en avant l'aspect médical protocolaire et technique sans considérer que l'exercice de la profession nécessitera prioritairement une capacité d'ouverture et d'adaptation à un monde dans lequel la plus grande difficulté réside dans le positionnement face à des personnes souffrantes et dans la réalisation, auprès d'elles, de tâches dévalorisées (toilettes, changes, attention aux petits détails « triviaux » de la vie !).

Les paradoxes du progrès. Les infirmières, au sortir de l'école, veulent, pour la plupart, effectuer des actes gratifiants, c'est-à-dire techniques, qui répondent à l'orientation de la médecine qu'on leur a enseignée. Paradoxalement, les « progrès » de cette médecine entraînant la diminution des durées de séjour et des actes sanglants, font que les personnes hospitalisées le plus longtemps, comme celles recevant des soins à domicile, soit la majeure partie des personnes nécessitant des soins, mettent davantage en



avant une panoplie de soins nettement moins prestigieux. Que penser des nouvelles directives (Plan de soins infirmiers) poussant le système à refouler les soins d'hygiène, à les sortir de la nomenclature et les laisser à la famille ou à un système d'assistance ? Ne nous voilons pas la face, beaucoup d'infirmières se sont volontiers laissées convaincre que seuls les soins techniques étaient vraiment à la hauteur de leur compétence. La toilette est depuis longtemps un problème qu'on se renvoie à l'hôpital où elle est le plus souvent « abandonnée » à l'aide soignante, sauf dans les services où les infirmières défendent une conception globale des soins et où les circonstances particulières (effectifs réduits, nuit, charge de travail) rendent la collaboration obligatoire. Même chose à domicile : la « toilette » est à la fois négligée et revendiquée sans qu'on comprenne bien si les infirmières se soucient d'un revenu qui disparaît ou du contenu d'un acte qui relève d'une réelle compétence. Là encore, il appartiendrait à la communauté de

réfléchir sur la meilleure attitude à rechercher, les patients et soignants ayant en commun d'avoir à défendre le sens qui accompagne la demande, comme l'offre, de soins plutôt que de laisser le budget en décider à leur place. L'autre aspect relève de la normalisation entamée par le biais de l'accréditation : cette dernière dicte désormais leur conduite à des soignants qui, jusque-là, avaient développé une autonomie favorisant la créativité, la personnalisation des soins et le sentiment d'un espace où eux-mêmes pouvaient espérer un certain épanouissement. La nécessité de se soumettre à l'exécution de procédures, protocoles et autres contraintes, se substitue au sentiment d'être quelqu'un qui soigne en face de quelqu'un qui souffre : terrible source de frustration et de souffrance, non seulement de la part des soignants mais, par ricochet, des patients, de moins en moins écoutés !

Un rationalisme contagieux. Fascinée par l'évolution nord-américaine, la « profession » s'est





orientée vers une vision de plus en plus rationaliste des soins, persuadée qu'il fallait en passer par là pour gagner son autonomie et la reconnaissance par rapport à la médecine toute puissante. C'est en entrant à l'université que les infirmières se sont le plus éloignées des soins et de la légitimité qui y était assortie. Nous sommes, par conséquent, toujours dans le sillage des grandes sœurs anglo-saxonnes, dans la crise de recrutement la plus grave jamais traversée alors que, paradoxalement, de nombreux candidats restent à la porte des instituts de formation. Comment faire pour que s'arrête un tel gâchis ? D'abord, cesser de fermer nos yeux et nos oreilles à ce

qu'expriment quotidiennement les soignants confrontés à ce que les technocrates, l'encadrement infirmier ou les médecins décident pour eux. La nécessité actuelle de rendre des comptes s'éclairerait considérablement de la redéfinition du destinataire de ces comptes. Repenser le positionnement du « bénéficiaire », qui ne soit pas seulement un objet de soin mais un véritable interlocuteur, devrait non seulement permettre à la personne malade de trouver un meilleur accueil mais donnerait au soignant une autonomie pour construire la démarche de soin dans un espace inoccupé : celui de la négociation avec le patient et non pas autour, sur, (voire sans) lui.





Retrouver le sens et les bénéfices. Le milieu soignant de base reste ancré dans ses valeurs sans savoir les défendre, ce qui entretient son sentiment d'être sous-estimé, voire méprisé. Cette « méconnaissance » s'exerce particulièrement dans le cadre de formations obligatoires qui tentent de substituer des procédures et des systèmes criés en main à des gestes de bon sens et à des savoir-faire acquis de l'expérience. Faut-il pour autant en déduire que tout était parfait ? Loin s'en faut. Pour avoir participé à de nombreuses actions de formation, j'ai acquis la certitude que la seule manière d'envisager un progrès dans la qualité, qui n'oublie ni les soignants ni les malades, était de permettre aux soignants de réfléchir au sens de leurs actions et de les encourager à partager cette réflexion avec leurs interlocuteurs privilégiés que sont les malades. Comment interpréter que ces deux personnages incontournables de l'institution soignante (infirmière et malade) aient justement été écartés de la réflexion sur la réforme du système de soins ? Les soignants œuvrent dans un espace très difficile qui laisse des traces durables dans la vie des individus, qui les transforme, les touche, les fait souffrir mais aussi les construit. Il reste pourtant à exiger dans l'institution soignante des conditions de travail qui laissent la possibilité aux personnes de penser ce qu'elles font et leur permettent d'échanger sur les aménagements souhaitables afin de transformer des situations mortifères en actions positives. Les infirmières me semblent les mieux placées aujourd'hui pour dénoncer les dégâts (et leurs remèdes éventuels) induits par la vision positiviste et technocratique du système de soin. Voilà qui pourrait peut-être en remotiver quelques-unes...

Quels critères pour un métier d'amour ? Interroger la motivation à s'engager dans une voie aussi délicate que celle des soins aux malades permettrait une sélection plus judicieuse et surtout beaucoup mieux adaptée à l'exerci-

ce sur le terrain. L'absence d'un véritable accompagnement des élèves face à cette réalité complexe constitue la première source du désintérêt pour les soins de base, et par conséquent la perte d'une partie conséquente des bénéfices de cette profession réputée difficile. De nombreuses aides soignantes, qui auraient pourtant les qualités requises – intelligence, bon sens, empathie et connaissance du milieu – restent sur le pas de la porte ou sont rebutées à l'avance par le contenu des études qui allie bourrage de crâne et dépersonnalisation. On ne peut pas soigner sans aimer, voilà qui devrait nous donner du grain à moudre pour les décennies qui viennent, sachant que le mot « amour », tant décrié dans les instances décisionnaires de la profession, recouvre une multitude de sens que connaissent bien tous ceux qui ont à faire avec les populations souffrantes. La réhabilitation des présupposés d'une profession aussi particulière est la première urgence si l'on veut commencer à retrouver une quiétude perdue. La formation doit rechercher un juste équilibre entre les savoirs : humain, médical, technique, pharmacologique et administratif, et surtout changer radicalement sa philosophie : les soignants doivent avant toute chose apprendre à remettre en question une institution qui s'enferme dans des règles de plus en plus intenablement car inhumaines. Ériger le doute en principe, apprendre à penser l'éthique au quotidien : c'est la seule voie dans laquelle me semble se profiler le salut de cette profession, épuisée par la perte de sens entretenue par les pouvoirs médical et administratif.

D'un lourd passé faisons table rase. Les infirmières n'ont pas encore saisi que leur plus grande force réside dans une capacité (qu'elles seules mettent en œuvre) à aborder le soin dans toutes ses dimensions, techniques certes, mais aussi relationnelles, affectives, organisationnelles et que cette compétence multiréférentielle constitue leur véritable spécificité. C'est d'abord par



elle-même que l'infirmière doit être reconnue, c'est elle seule qui peut dire ce que mobilise en elle le fait de soigner, les trésors de patience qu'il lui faut parfois mettre en œuvre pour parvenir à entrer en contact avec une personne qui ne lui est rien. Le registre professionnel ne doit pas faire oublier que cet acte est avant tout un acte d'assistance et qu'il ne va jamais de soi dans une relation, pas plus pour celui qui aide que pour celui qui a besoin de cette aide. La place et le rôle du véritable « commanditaire » du soin sont encore loin d'être évidents pour nous, soignants, bien qu'ils demeurent au centre de nos discours, prétexte à tout dire sans pour autant qu'il ait voix au chapitre. Le patient, puisqu'il faut bien le nommer, est ainsi la seule personne capable d'aider légitimement les infirmières à définir une philosophie du soin qu'elles pourraient défendre face à l'hégémonie technocratique, médicale et administrative qui cherche à lui imposer protocoles et procédures avec la complicité active d'un encadrement infirmier passé « de l'autre côté ». C'est avec les citoyens que les infirmières doivent commencer à réfléchir sur les contenus d'une activité soignante qui n'épuise pas l'un au profit de l'autre. Cette révolution dans nos esprits nécessite que soient redéfinies les notions de « prise en charge », de « savoir » et du pouvoir qui s'y rattache... Il ne faut pas éliminer un des freins principaux à cette évolution : la difficulté des médecins à renoncer à un pouvoir médical qui s'alimente justement de la disqualification du savoir des autres acteurs.

Le citoyen comme avenir de son système de santé. Le citoyen devra lui aussi apprendre à mesurer jusqu'où il est humainement possible de demander au soignant, à l'aune de ce qu'il serait (ou aurait été) lui-même en mesure de donner. Cette nouvelle base d'échange obligerait chacun à se repositionner en fonction de l'ensemble des partenaires et non plus seulement à partir d'une maximisation de la médecine sur le corps de l'autre

dans ses dysfonctionnements et ce qui en découle. Ce changement de perspective suppose une réflexion éthique approfondie de l'ensemble des protagonistes composant la société ainsi qu'une volonté d'entendre l'autre dans sa souffrance, y compris lorsque celle-ci résulte précisément de l'organisation de cette société. Ceci exige une reconsidération politique de la notion de soin qui lui donnerait enfin ses lettres de noblesse en l'instituant comme refuge de cette souffrance, ce qui interdirait qu'elle soit considérée comme un bien de consommation parmi les autres. Les infirmières pourraient alors défendre et développer leur rôle de médiation entre le patient et le système (médical, administratif, social) car c'est là surtout qu'elles montrent un savoir-faire et un savoir être avec la souffrance défiant toute concurrence. La crainte ancestrale pour ces professionnelles de la discrétion de trop s'avancer pour elles-mêmes, à l'origine de leur impossible revendication de conditions décentes de travail, trouverait enfin un exutoire dans un combat qu'elles mèneraient non pas seulement pour elles-mêmes mais pour la société tout entière. C'est en se faisant les avocates des malades qu'elles expérimentent une prise de parole actuellement muselée, sans perdre pour autant le crédit de leurs autres compétences. Cette place à prendre est vierge, elle ne se décline pas en temps requis ni en actes, elle impose seulement que soit remis en perspective le citoyen dans ses instants de faiblesse face à une société qui le refoule. Cette énergie que mettent les infirmières à refouler elles-mêmes leur souffrance trouverait là un bien meilleur emploi, en même temps qu'elle leur apporterait un peu d'oxygène, leur permettant de tirer de toutes ces expériences l'enseignement et la vigilance que réclame une profession aussi difficile qu'enrichissante.

C'est pour demain, si l'on veut...

Le moule à cake

J'avais d'abord entrepris d'étudier la chimie, en faculté. Je m'en suis écarté, déçu par l'aspect trop théorique, pour passer le concours d'entrée à l'école d'infirmier. Je suis diplômé depuis cinq mois. Très tôt, dans cette formation, on m'a parlé de soins, de relation dans le soin, de respect de la personne soignée et d'une vision globale du malade. Je pensais naïvement que les enseignants étaient des sortes de sages, capables d'écoute, porteurs d'une philosophie de vie. La réalité s'est avérée tout autre. Ces principes se sont révélés très loin de leurs pratiques pédagogiques : aucune écoute, aucun échange, la relation d'autorité tenant lieu de communication. C'est de cette discordance qu'est née ma première désillusion. Elle a introduit le doute dans la valeur de cet enseignement. Durant la totalité de ma formation, il me fallut justifier mes absences aux cours facultatifs (cherchez l'erreur !) par des certificats médicaux bidons (on m'a même demandé d'apporter la preuve du décès d'un membre de ma famille !). Puis s'est posée la question du stage optionnel permettant à l'étudiant de choisir un terrain de stage, librement, pour enrichir un domaine de compétence qu'il s'est fixé. Seulement, ce stage devait s'effectuer en France. Mon choix d'aller voir ce qui se passait dans un hôpital sénégalais

fut refusé avec l'argument qu'il n'y avait pas assez de matériel dans cet hôpital et que la qualité des soins à « l'occidentale » n'y était pas assurée. Il fallait que l'école contrôle l'établissement d'accueil, elle seule détenait le savoir en matière de qualité, comme si elle était elle-même irréprochable ! Les choix pédagogiques gérant la vie estudiantine étaient pris à huis clos sans qu'aucun étudiant n'y participe, et imposés au terme d'un conseil technique modifiant le règlement de l'institut. Dommage pour la responsabilisation, on était mené par la main dans nos études, sur les lieux de stages et dans notre vie d'étudiant ou plutôt d'écolier. Mais c'est quant à la prise en charge du patient que je me suis le plus insurgé. Pendant toute la durée de mes études, on m'a rabâché qu'il fallait penser global ; qu'il fallait soigner le patient dans son entière personne, qu'il n'était pas seulement une maladie. Pour ce faire, on m'a enseigné la vision globale du malade, selon le modèle théorique anglo-saxon de Virginia Anderson laquelle découpe le malade en quatorze besoins fondamentaux, ainsi que l'art des transmissions ciblées. Je n'ai donc vu le malade pendant mes études qu'au travers d'une grille découpée en quatorze, avec des besoins perturbés ou non, et je transmettais à mes collègues les informations

Y a n n D e h u

Infirmier



concernant le malade selon la logique « données, actions, résultats », le fameux « DAR » des transmissions ciblées qui résume tout et n'apprend rien. En fractionnant l'individu par appareils et en ciblant l'information sur leurs dysfonctionnements, il me semble en effet difficile d'avoir un recul efficace sur la personne que l'on soigne. Grande est la tentation de ne soigner que l'élément défaillant d'un système perturbé. On n'apprend pas aux étudiants à soigner le patient dans sa globalité, on les noie dans des théories, des pratiques et des protocoles. On leur demande d'accepter un système de soins afin de ne pas perturber les orientations de travail ou d'organisation d'un hôpital, toute cette rationalisation ayant pour but de faire entrer ces données dans la case informatique.

L'école m'est apparue comme une cuisine, dont la directrice est le chef cuisinier et ses recettes, de bonne fabrication d'élèves infirmiers. On nous a malaxés, pétris, passés au mixer, mis au four pendant trois ans pour être démoulés tels de bons petits cakes le jour de notre diplôme d'État. La volonté cachée d'une telle préparation n'est pas d'apprendre à soigner, mais d'obtenir un formatage des consciences qui permettra aux futurs professionnels de respecter l'ordre établi et hiérarchisé de l'hôpital. Tout cela va dans le sens d'une certaine déshumanisation des soins à l'hôpital. On ne pense qu'à travers la technique, les protocoles et les habitudes de services. Le patient

est souvent considéré comme un numéro ou une pathologie. On se retrouve confronté au « patient dollar », qu'on nous demande d'ailleurs d'appeler « client ». Il devient élément de productivité d'une entreprise consortium, habilitée à dispenser des soins. Il entre dans des statistiques, on parle de lui en tant qu'occupation de lit pour rapport d'activité, on le trimballe entre plusieurs services pour faire remonter le K ou le point ISA et l'on se satisfait de savoir le service rentable. Il faut penser accréditation, argent, transmissions ciblées, il faut le voir au travers de ses éléments perturbés, autant de travers qui font perdre à l'individu qui soigne les notions d'humanité et de respect de la vie. La standardisation, la systématisation font perdre la faculté de création et d'adaptation du professionnel du soin. Lui demander de soigner au travers de grilles et de schémas de rentabilité lui font perdre le sens de la relation dans le soin, le pousse à fonctionner comme un automate applicateur de prescriptions, recommandations ou obligations. Les défaillances du système de formation des étudiants me paraissent issues de la dégradation du système de soins hospitalier. J'ai l'impression d'arriver dans une grosse machinerie de soins emportée par la technocratie de bureau complètement « shuntée » des services de soins et que les décisions prises à l'hôpital sont uniquement dictées par des politiques gouvernementales restrictives et de coercition.

Je regrette le temps, raconté par mes aînés, où soigner n'était pas une difficulté mais une envie.

Inventaire à la Prévert

Il y a d'abord Sylvaine, qui tous les matins et soirs, fait sa tournée, par monts, par vaux et par embouteillages, passage rythmant la vie, gardienne prévoyante du bon maintien de l'ordre physique, mental mais aussi ménager, quand celui-là, au grand âge, a tendance à battre la campagne ou le bitume. Quelle magicienne, cette Sylvaine ! Infirmière, secrétaire, cuisinière, facteur, et même curé, et la reconversion est tout assurée.

Et puis vient Évelyne, aux mains fines, pipistrelle rouiante dans son autobus du SAMU social qui n'a rien d'une impériale. Elle part toutes les nuits en quête, parcourant les anfractuosités, sillonnant les terrains en friche. Elle glane, Évelyne, avec soins, sans abimer l'humanité cachée derrière ou en dessous. Mais dans quelle galère elle s'est embarquée, se demande-t-elle parfois, ou plutôt dans quel bus, qui a vraiment l'air de faire du sur-place !

Françoise elle, son domaine, c'est l'hôpital. Elle qui voulait se rendre hospitalière, elle est servie. Les oreilles rabattues, la blouse revêtue, elle pourfend les couloirs à la vitesse de l'éclair, si rapide qu'elle en devient parfois invisible, mais tout dépend avec quels yeux on la regarde. Les yeux malades sont de moins en moins accrédités à la voir, alors que ceux aux prunelles d'argent la dévorent des yeux. Mais n'a-t-elle jamais senti ces regards se poser sur elle ou bien deviendrait-elle aveugle ?

Mais n'oublions pas Thérèse, qui n'a de sainte que le prénom, surtout depuis que, dans son lycée, elle distribue le Tetragnon (ou Norlévo). Elle en a vu des vertes et des pas mûres, reléguée dans ses

quatre murs, accueillant, pansant, motivant, dispensant sans compter. Sans compter, façon de parler, elle qui devra comptabiliser, après avoir fouiné, pour le compte d'une hiérarchie encombrante.

Laurent Brescia

Médecin généraliste

Il y a aussi Sylvie, cachée dans son centre de PMI : centre de Poids, Mesures et Injections ou bien de Petites Misères Infantiles, mais souvent les deux à la fois. Elle est la surveillante attentionnée du déroulement d'un développement qui n'est pas forcément un long fleuve tranquille, surtout si le berceau prend l'eau de toute part. Elle colmate, Sylvie, même si elle aimerait bien prendre la barre de temps en temps pour naviguer dans des eaux moins troubles et inconnues.

Et que dire de Renée, l'anthologie du métier en ville. Elle a tout touché, testé, mesuré, expérimenté, sans jamais trouver. Mais trouver quoi au juste ? Salariée dans un centre de soins, ou libérale payée à l'acte, elle s'est toujours cognée. Cognée contre les sous à compter, les médecins à ne pas froisser, et les administrations à obéir.

Enfin, pourrait-on conclure sans parler de Rémy, tout frais sorti de son IFSI (Institut de formation en soins infirmiers). Intérimaire d'un spectacle soignant prenant le masque d'une tragédie, l'avenir qu'elle prédit le mènera peut-être comme tant d'autres à rendre son tablier, à moins de s'en servir comme cuisinier, ou bien charpentier.

À moins que Sylvaine, Évelyne, Françoise, Thérèse, Sylvie, Rémy et les autres ne se prennent par la main, pour écrire un autre scénario.

Visages

Paroles de souffrants

Propos recueillis par Anne-Marie Paboïs
Médecin généraliste.

La technique, rien à dire. Les infirmières, j'ai à dire. Grand, fort, costaud, grosse voix grave, détestant être enfermé, M. Guy est un pacifique, très sensible à la politesse, forme de respect de la personne qui est face à vous. Obligé à son corps défendant d'aller deux fois de suite au petit hôpital du secteur, en cardiologie, il en est revenu méconnaissable, traumatisé, angoissé et révolté : « Sur la technique, rien à dire, je n'y connais rien, ce n'est pas mon boulot. Par contre, les infirmières, j'ai à dire : elles sont inhumaines, pas de cœur. Quand on m'a ligoté avec une perfusion, j'ai demandé, avec un sourire : « C'est pour longtemps que je vais avoir ce fil à la patte ? » Première infirmière : « Je ne sais pas. » Deuxième infirmière : « Trois, quatre heures, peut-être ». La troisième remet une perf sans un mot. Et pas de réponse quand j'ai envie d'uriner, et pas de réponse à mon coup de sonnette le soir pour vider le pistolet, et pareil quand je n'en pouvais plus de mal au bras, et pas moyen de manger, de répondre au téléphone : tout était hors de ma portée. Alors, j'attendais la nuit, la rage au cœur qu'on ne m'explique pas, qu'on ne me dise pas, qu'on ne m'avi-

se pas de tout ce qui allait m'arriver. Le comble, c'est l'infirmière qui me fait mon ECG et comme je voudrais savoir comment va mon cœur : « Je fais les électro mais je ne sais pas les lire ». Comment peut-on travailler comme ça ? Mais les infirmières de nuit arrivaient et plus d'emprisonnement malgré le ficelage, et le droit de me lever pour aller sur le seau avec un bras compatissant et... Pourquoi, la nuit, les infirmières sont humaines ? Finalement, voulez-vous savoir celles qui sont sensas ? Celles qui sont restées les plus normales ? Les petites élèves infirmières : elles viennent vous voir, vous parlent, vous disent ce qu'elles savent et... elles viennent vous dire au revoir (larmes dans la voix). »

Tous les jours tout nu et affamé. Mme D. est très en colère : « Mon beau-frère, 80 ans, a été en clinique pour la première fois de sa vie. Chaque fois qu'on va le voir, il est à poil sur son lit, dans cette chemise en papier qui ne couvre rien : personne pour le couvrir de toute la journée ? Et, dès notre arrivée : « Vite, donnez-moi à manger, le plateau est loin au fond du lit, je ne mange que si j'ai un visiteur... » Je demande de ses nouvelles à l'infirmière : « Je ne sais rien », j'insiste le lendemain après le coup de téléphone, réclamant ses habits : « On va le transférer à Bordeaux »... rien, pas un mot de plus... Quand on demande les habits, en général, c'est parce qu'on va mourir, non ?

Le jour, on souffre ; la nuit, on vous calme. En clinique pour une deuxième intervention sur hernie discale paralysante, cette jeune femme, qui vient d'avoir son deuxième bébé, très douce, timide, a de grands yeux angoissés et encore pleins de douleur : « Les infirmières de jour n'ont jamais voulu me donner les calmants, la morphine, que je réclamais tellement je souffrais. Il y a quatre mois, dès mon hospitalisation au CHU, je n'ai plus eu de douleurs. Là, dans cette clinique spécialiste du dos, on ne vous calme pas, docteur, ça masque les symptômes... Mais, heureusement, la nuit arrive et avec elle, les infirmières de nuit et elles vous donnent tout de suite ce qu'il faut, enfin ! Pourquoi, la nuit, elles sont humaines ? »

Souvenirs

Françoise Ducos - *Musicienne.*

Rien que la tendresse pour toute richesse, mais donne, mais donne avec ivresse... Barbara

Stéphanie, Marie-Christine, Mariline, Bernadette, Fabienne et toutes celles dont je garde le prénom, les sourires... une blouse blanche est entrée avec légèreté et a entrouvert la fenêtre... On n'était plus malade, ni même à l'hôpital, simplement en train de parler à une amie. On était dehors, ou on arrivait tout simplement à croire qu'on y retournerait... L'émotion intacte de ces présences vraisemblablement ne s'éteindra pas pour moi et je défie quiconque de ne pas retrouver un de ces précieux visages d'infirmières au creux de ses souvenirs. Les soins si précis rapides et délicats de Fabienne, son silence concentré mais attentif pour m'éviter toute douleur inutile.

Bernadette, elle, va au front tous les matins. Elle anticipe les prescriptions trop tardives des médecins, suggère aux patients les questions à poser aux pontes, organise à elle seule la défense et le relatif confort du malade. Continue-t-elle de le faire aujourd'hui malgré les conditions de travail qui se dégradent ?

Et aussi, je me souviens des gestes gantés de Mariline dans la couveuse de mon fils aîné, ils resteront à jamais gravés. Mariline, elle fait partie de la famille, nous l'avons prise en photo lorsqu'elle nous apprenait à tenir, baigner, caresser notre tout petit, voir ses mains si tendres et habiles a été du plus grand réconfort. Je m'appuie encore sur ses paroles lorsque je ne sais pas comment m'y prendre avec mes fils. J'avais potassé *Le bébé et sa mère*, de Winnicott. Mariline, c'était le texte mis en musique.

Marie-Christine, une infirmière de nuit, de celles qui n'ont pas peur de ne pas dormir et de s'attacher même aux patients qui n'en ont plus pour très longtemps. Stéphanie, la même clinique pourrie que Marie-Christine (une infirmière pour deux étages nuit et week-ends prolongés compris), une toute jeune fille de 18 ans confrontée à l'incapacité des médecins, à leur fuite devant la mort. Travaille-t-elle maintenant en réanimation comme elle le souhaitait lorsqu'elle accompagnait la dernière perfusion, ou a-t-elle changé de métier ?

C'est vrai, je ne les oublie pas et peut-être qu'un peu de leur voix a passé dans mon chant et si nos énarques qui orientent, financent et soi-disant réorganisent les structures de soin et plus particulièrement nos hôpitaux publics s'y mettaient aussi... à se souvenir. D'Elles...

Des portraits angéliques, paraît-il. J'ai oublié les autres infirmières : les sadiques, les malhabiles, les gueulardes et les bonnets de nuit, pour ne garder que celles avec qui la relation est restée vivace dans mon esprit. Pour moi, cette galerie d'anges n'existe pas chez les médecins. Il y a tout de même de remarquables exceptions... Les médecins, me semble-t-il, ont du mal à inventer une relation sans leur fameux pouvoir ! À leur décharge, fabriquer de l'espoir au milieu d'un champ de bataille, dont parfois eux seuls mesurent l'étendue désastreuse, nécessite un optimisme et une créativité exceptionnels. Je tente de ne pas l'oublier non plus.





Long séjour médicalisé

Marie-Aline Jousselein - *Infirmière.*

J'aime mon métier, que j'ai choisi pour la variété des situations qu'il nous propose, tant sur le plan technique que sur le plan relationnel. Après diverses expériences professionnelles enrichissantes sur le plan des compétences, le constat est le même partout : j'aime de moins en moins les conditions dans lesquelles on me demande d'exercer ma profession, et les questions sur son avenir se multiplient.

Notre service accueille cinquante-cinq patients âgés aux pathologies lourdes et variées, dans des locaux exigus (une ancienne maternité prévue pour trente lits). Un projet de création d'un nouveau bâtiment est en cours, mais le financement est difficile et les contraintes administratives pesantes. Il nous faut donc, chaque jour, œuvrer

pour que ces locaux deviennent un lieu de vie acceptable par cinquante-cinq personnes dont ce sera la dernière résidence. Comment faire ? Comment accueillir décemment ces gens quand la structure même du service nous oblige à faire cohabiter des déments valides, désorientés, parfois fugueurs, parfois agressifs, avec d'autres personnes que leur handicap physique rend vulnérable et que cette cohabitation angoisse ? Faut-il sangler au fauteuil nos déments pour les empêcher d'ennuyer nos autres pensionnaires, au risque qu'ils ne marchent plus du tout ? Faut-il les abrutir de sédatifs ? Ne bascule-t-on pas alors rapidement dans la maltraitance ? Faut-il minimiser les craintes des patients lucides pour se rassurer, nous, les soignants ? Et si c'était nous ? Où se situerait notre seuil de tolérance face à nos co-résidents ? Pour prévenir tous les incidents possibles, il faut pouvoir être là, surveiller, guider, rassurer, accompagner les uns et les autres. Ça prend du temps !



Du fait de leurs pathologies, nos patients sont souvent déshydratés, encombrés, s'alimentent mal, souffrent, chûtent... Alors, on « jongle » entre les perfusions, les injections, les aérosols, les prises de constantes, les appels téléphoniques au médecin, les prises de rendez-vous, sans compter les soins de maintenance et de prévention de base. Il n'y a pas assez de temps de présence médicale ? Qu'à cela ne tienne ! Les infirmières vont s'organiser pour que tous les patients bénéficient d'une surveillance biologique adaptée à leur traitement. Il n'y a pas de secrétaire ? Les infirmières vont se charger de mettre en ordre les dossiers, courir après les radios et les comptes-rendus de consultations spécialisées, s'assurer que le tout soit vu et archivé correctement. Le montant d'une Prestation spécifique dépendance (PSD) doit être réévalué ? Penser à faire remplir le dossier par le médecin ; penser à remettre à jour les grilles AGGIR.

Tel patient a fait un Accident vasculaire cérébral (AVC) ; tel autre arrive en fin de vie ; la famille s'inquiète, il faut expliquer, rassurer, informer, accompagner ; le médecin n'est pas là, c'est donc l'infirmière seule qui reçoit, écoute, répond aux appels, sollicite parfois la famille. Ça aussi, ça prend du temps, et cela DOIT en prendre ! C'est malheureusement sur ce temps-là qu'on rogne parfois pour pouvoir faire face au reste. Et alors on rentre chez soi insatisfaits, avec la culpabilité d'être conscient de savoir qu'on aurait dû faire plus et que l'on n'en a pas eu le temps.

Car combien est-on pour tout cela ? Une seule infirmière diplômée d'État (IDE) par équipe de huit heures, assistée de sept agents au maximum (aides soignants ou Agents spécialisés hospitaliers parfois sans qualification), d'un cadre et un kiné à partager avec un autre service, et d'un médecin généraliste qui assure une vacation, une heure par jour. Les autres membres de l'équipe, psychologue, animateurs, diététicienne, interviennent ponctuellement dans le service, mais n'y sont pas rattachés.

Sur ces conditions déjà difficiles, viennent se greffer deux facteurs qui aggravent notre malaise :

– répondre aux exigences de qualité en matière d'hygiène, de sécurité, d'accueil, de tenue des dossiers etc. implique la mise en œuvre de nombreux protocoles qui doivent être réfléchis, rédigés, appliqués et réévalués, sous peine d'être justement dans la non-qualité. Tout cela aussi prend du temps qu'il n'est pas possible d'inclure dans une journée normale de travail. Alors, on revient pendant nos jours de repos pour effectuer ce travail de réflexion, en espérant récupérer ce temps-là plus tard...

Or, la pénurie croissante d'infirmières nous permettra-t-elle de rattraper ces heures prises sur nos vies de famille, nos loisirs ? La situation devient critique, le recrutement insuffisant pour assurer les remplacements de congés maladie, d'absences pour formation. Pour pallier ce manque, la durée des vacances est limitée, les infirmières en repos viennent très souvent remplacer une collègue malade au pied levé, les agents à temps partiel ont été sollicités pour reprendre un temps plein, les formations diminuent et les heures supplémentaires s'accumulent. Certes, on nous propose de nous les payer mais... arrive un moment où l'argent ne compense pas, ni ces heures volées, ni ce malaise devant l'impossibilité de remplir notre fonction d'une façon satisfaisante.

N'est-il pas paradoxal de vouloir passer tant de temps à créer tant de protocoles pour améliorer la qualité des soins sachant qu'on ne disposera pas du temps nécessaire pour les appliquer réellement ?

Chaque fois que j'encadre une élève (ah, j'oubliais, on fait ça aussi !), j'essais de lui donner envie de venir travailler avec nous en lui montrant les différents aspects de notre contact privilégié avec les patients, mais à chaque fois, je crains que la confrontation avec les impératifs réels de notre quotidien ne la fasse reculer : comment parler de





façon crédible d'accueil, d'hygiène, de sécurité et d'accompagnement quand tant de situations concrètes nous mettent en contradiction avec ce qu'on lui enseigne ?

Heureusement, les patients et leurs familles sont très souvent conscients de nos difficultés et nous soutiennent. Mais quand nous-mêmes serons devenus ces patients de long séjour, restera-t-il des infirmières pour prendre soin de nous, ou toutes les bonnes volontés se seront-elles lassées ?

Et malgré tout, on continue d'avoir envie de continuer à exercer, faisant en sorte que chaque goûter d'anniversaire, chaque petite animation improvisée, chaque promenade avec un patient, fût-elle de cinq minutes, soit un soin de qualité, redonnant le sourire pour un moment tant au soignant qu'au soigné.

Le cri

V. X.

V. X. est infirmière coordinatrice d'un Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), dans un secteur en voie de désertification du Sud de la France (population agricole pauvre et vieillissante).

Les infirmières libérales ? Un manque criant d'effectifs ! Les SSIAD ? Un manque criant de place ! Tout le monde est débordé. Des listes d'attente et point de réponse aux détresses des familles qui doivent continuer à s'occuper de leurs vieillards déments : violence morale imposée à la belle-fille obligée de faire la toilette à ses beaux-parents, risques réels de glissement vers des maltraitements physiques ou psychologiques dans ce milieu rural où persiste la cohabitation des générations.

Non-coordination des services proposés, non-définition du rôle et des fonctions de chacun des intervenants : tout concourt à aggraver le flou incroyable entretenu par des textes confus. Les

professionnels ne savent plus qui doit prendre en charge qui, qui est autorisé à faire quoi ; les gens, totalement déconcertés, deviennent méfiants et les relations sont difficiles. Exemples :

– « Les IDE (Infirmières diplômées d'État) ne peuvent plus faire de toilettes depuis qu'il y a des SSIAD » : mais les indications de prise en charge de ces actes sont les mêmes pour les uns et les autres ! ;

– « Une prise en charge pour moins de quatre interventions par semaine est du ressort des IDE », disent les textes fondateurs des SSIAD. Déduction : si les personnes peu dépendantes sont du ressort des infirmières libérales, les patients lourdement atteints seraient « réservés » aux aides soignantes salariées de ces structures. Ce qui paraît pour le moins illogique aux médecins... mais pas à ceux qui financent ! ;

– Qui peut faire les toilettes ? Normalement, pas les aides ménagères, mais... Qui peut distribuer les médicaments à domicile ? Des mises en accusation ont été prononcées contre des SSIAD au prétexte que mettre un cordipatch, appliquer des pommades et donc distribuer des médicaments sont constitutifs d'exercice illégal ! Pourtant, le conseil d'État, dans un avis du 9.03.1999 assurait que toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante et suffisamment informée des doses et des horaires de prises de médicaments, pouvait le faire.

Le Plan de soins infirmiers n'est-il pas un moyen de faire basculer une partie des dépenses du budget de la Santé sur celui de l'Aide sociale et donc sur le département ? Devoir changer plusieurs fois d'intervenants ne va pas convaincre le patient qu'il est au centre des services !

Dans ce monde rural caractérisé par l'isolement des personnes et la nécessité de parcourir de longues distances, c'est la course permanente pour gagner sa vie à coups d'Actes médicaux infirmiers/AIS non revalorisés depuis 1999 et 1991 : augmenter la valeur des actes infirmiers ? Ou peut-être remettre en cause le paiement à l'acte ?

Les politiques semblent avoir pris conscience des **besoins de coordination des services**, mais en pratique... Exemple : mise en place d'un Centre local d'information et de coordination (CLIC) à Agen, mais aucune retombée pour les gens de l'autre bout du département.

Liens avec l'hôpital ? SSIAD ou IDE libérales apprennent le vendredi matin que la sortie d'un patient est prévue pour le vendredi soir ! Multiplicité des intervenants (IDE, aides soignantes, aide ménagère, kiné, psychologues ou psychiatres), clivage des services, tout concourt au « chacun pour soi » excluant de fait le meilleur confort du patient : la convention signée entre les SSIAD et les IDE prévoit des réunions de travail pour coordonner l'action des intervenants. Mais dans la réalité, il est impossible de demander aux libérales et aux AS de se retrouver à une heure précise auprès d'un malade pour toilette et soins d'escarre : chacun passe quand il peut, et le malade est dérangé plusieurs fois !

Des solutions ? Les SSIAD fonctionneraient mieux s'il y avait des infirmières salariées intégrées au service : créer plusieurs petites structures avec IDE, AS, kiné, aides ménagères ou auxiliaires de vic, voire assistante sociale et psy qui pourraient régulièrement se concerter pour envisager les besoins de leurs malades et envoyer les personnes nécessaires en coordonnant les interventions.

Un danger : perdre de vue le malade et sa liberté, en dérivant vers des luttes de pouvoir intestines : c'est le risque de ces diverses élaborations de coordinations.

Anne, ma chère Anne, ne vois-tu rien venir ?

Anne-Marie Pabois - *Médecin généraliste.*

Du haut de mon clocher, je vois, flottant bellement sur les nuages, des banderoles ministres-emploi-solidarité-santé-circulaire-

DGS/DHOS/DGAS/DSS/2001/139-du-14/3/2001.

Du fond de ma voiture, je vois la boue des routes entravant mon turbo, les vingt-huit malades à panser, à piquer dans la matinée, et mes mains ouvertes, mes mains de soignante, impuissantes, dans ce déferlement, à établir le lien léger, subtil, nécessaire, avec la peau malade, abandonnée, dédaignée, refusée, mal aimée.

Je vois s'envoler en fumée les conditions indispensables à la qualité de mon métier d'infirmière : le temps nécessaire et suffisant donné à mes malades pour les aider à ravauder leurs corps meurtris ; le temps de la concertation et de la coordination des différents intervenants ; le temps nécessaire et suffisant pour mon ressourcement personnel.

Anne, Anne, que cries-tu dans le vent ?

Mesdames messieurs les beaux-parleurs, descendez de votre planète lointaine, voyez notre pratique : demandes de soins de plus en plus nombreuses (du fait du vieillissement), offres de soignants de plus en plus réduites (du fait des conditions de travail). Dès maintenant, envoyez des aides soignantes si compétentes pour les soins d'hygiène indispensables. Donnez-nous les moyens que nous, infirmières rurales, savons nécessaires à la qualité de notre pratique.

Espoirs et déceptions d'une I.D.E. hospitalière depuis vingt-trois ans !

Marie-Thérèse Vidal - *Infirmière scolaire.*

Diplômée depuis janvier 1978, j'étais pleine d'enthousiasme, d'illusions aussi sans doute, mais avec une forte volonté de mettre à profit mes vingt-sept mois de formation.

Après un parcours essentiellement hospitalier en réanimation de nuit, en 1998, la coupe débordait. La grande question était de trouver comment continuer à être à l'écoute du patient tout en apportant mon savoir et mes compétences de soignante dans un milieu de plus en plus en prise aux contraintes de gestion et aux restrictions budgétaires.

Ce jour de novembre 1998, je me retrouvai face





à une patiente de mon âge atteinte d'un cancer généralisé. Je suis entrée dans cette chambre casquée, bottée et masquée, donc anonyme, car seul mon regard croisait le regard de cette patiente. Qu'attendait-elle de moi ? Je ne savais plus. Je ne savais pas. De l'espoir ? Elle ne pouvait plus en attendre. Lui parler de la pluie et du beau temps ? Que de banalités face à une vie, une vie de femme, une vie de mère ! Tout cela elle le perdait, elle le savait, et se sentait au bord du précipice, de la mort. Je suis sortie de la chambre effondrée, en pleurs, car j'avais le sentiment de ne plus rien apporter. Je me sentais morte professionnellement. Pourtant, ce n'était pas la première fois que je me trouvais confrontée à ce genre de situation. Infirmière de nuit depuis dix-huit ans, que de longues nuits passées à épauler des patients souvent angoissés ! Que de longues heures passées à leur chevet alors que la peur de ne pas se réveiller le lendemain leur serrait le ventre. Que de mains n'ai-je pas tenues dans les derniers instants !

Si j'ai craqué ce jour-là, c'est que d'infirmière à visage humain, j'ai été conduite par les systèmes administratifs et financiers à évoluer dans un univers « technique », sans plus avoir le temps ni les moyens d'apporter ce facteur humain si essentiel au succès des soins, dans un cadre où le personnel soignant subit un retard chronique de formation du fait des changements incessants de techniques ou de procédures.

En réalité, aujourd'hui, on oublie le patient. Les protocoles Qualité, les enquêtes des services administratifs et financiers ont en fait pour unique finalité de réduire les budgets de consommables et de salaires, mettant le personnel soignant dans l'obligation de réduire son comportement humain à un regard et à des gestes techniques pas toujours appropriés, car souvent sans formation adaptée.

Non, le métier d'infirmière, ce n'est pas cela ! Combien de fois ai-je été déçue de voir défiler de futures infirmières choisissant ce métier comme on en choisirait un autre, parce qu'il faut bien faire quelque chose de sa vie ! Non, le métier d'infirmière réclame un véritable humanisme et une qualité

de soin qui prime sur les contraintes budgétaires. Si un seul doit exister, c'est bien le secteur de la santé qui doit être un vrai service public.

En France en tout cas ce n'est pas le cas, c'est ma triste conclusion ; nous ne sommes pas capables de soigner avec humanisme, et de mettre en place les moyens d'éducation et de suivi psychologique des patients, mais aussi des infirmières (ainsi que leur formation continue), adaptés à notre mission.

C'est pourquoi j'ai quitté l'univers hospitalier, voici maintenant deux ans, la mort dans l'âme car je sais que je ne retrouverai nulle part ailleurs cet esprit d'équipe dédié à la survie et à l'amélioration du bien-être des patients. Je n'accepte pas l'idée que l'on considère comme normal d'être usé par vingt ans de vie professionnelle, même en réa de nuit. Je considère plutôt que c'est de la responsabilité de la direction des services de santé de donner à son personnel soignant les moyens de sa mission, autant sur le plan psychologique que technique, et d'autant plus dans les services difficiles comme était le mien, où finalement des infirmières plus âgées auraient sans doute été mieux armées psychologiquement que de jeunes infirmières.

J'ai donc dû finalement abandonner mon métier, que j'adore et pour lequel je me suis toujours sentie faite, pour entrer comme infirmière scolaire à l'Éducation nationale. Si l'engagement n'est plus le même, au moins la vie des personnes dont je m'occupe ne dépend pas de considérations économiques ou technocratiques.

Mais l'hôpital me manque, et j'espère un jour y retrouver ma place comme soignante expérimentée et reconnue comme telle.

Une activité pleine, dans un climat de quiétude

Marie-Cécile Veber-Dubeaux

Infirmière du travail.

Sept ans de gériatrie en milieu institutionnel où la charge de travail faite de malades lourds, d'astreintes de nuit, de week-ends pris une semaine

sur trois, d'une ambiance délabrée par le « turn over » accéléré d'un personnel dirigé par un potentat, m'ont conduit à rechercher une certaine sérénité dans le travail au prix d'une diminution de mon salaire.

J'ai intégré un centre médical inter-entreprise de médecine du travail et je me suis trouvée en poste, comme prestataire de service à temps plein dans un organisme bancaire. Mon activité comporte d'une part un aspect médico-administratif avec la gestion des visites annuelles, d'embauche, de reprise de travail (maladie, accident du travail ou maternité), le suivi des vaccins ; en relation avec le service social, la gestion des accidents du travail et des reprises après arrêt. J'ai suivi pour ces tâches une mise à niveau informatique.

La consultation médicale annuelle a une visée réellement préventive. Ma tâche consiste en la réalisation technique des examens complémentaires (bilan sanguin, urinaire, acuité visuelle, éventuel ECG, etc.), l'exploitation en étant faite par le médecin du travail vers le médecin traitant. J'ai aussi une activité de soins : quelques pansements, des injections, des mesures de la pression artérielle. Mais il y a aussi les accidents du travail mineurs, les conflits inhérents à la vie quotidienne de l'entreprise ou de la vie familiale, où écoute et dialogue évacuent ponctuellement le stress. Lieu de confidences, lieu d'exercice du secret professionnel, que personne n'essaie de transgresser. Les liens sont proches avec le médecin, le service social et bon nombre de mes « administrés ». L'activité est pleine, dans un climat de quiétude, dont j'avais oublié la nécessaire existence à tout épanouissement professionnel.

Malaise chez les infirmières à l'hôpital

Propos recueillis par **Éliane Guyon**
Médecin généraliste.

Marie, infirmière en chirurgie dans un hôpital départemental pendant trente-sept ans, en retraite depuis quelques mois, répond à mes questions.

« La profession d'infirmière a-t-elle correspondu à tes vœux ?

- Oui, pendant vingt-cinq ans environ et puis, progressivement, j'ai dû composer avec :

- une hiérarchie étouffante, avec multiplication des postes : surveillante de service, surveillante coordinatrice entre les services, surveillante générale ; multiplication, aussi, des intervenants auprès des patients : infirmière de la douleur, infirmière des soins palliatifs, diététicienne, psychologue et kinésithérapeute, tout cela reléguant l'infirmière à un rôle de plus en plus restreint, rôle infantilisant, rôle insatisfaisant souvent. Je ne me suis plus sentie traitée en adulte responsable ;

- une grande dispersion des tâches : le soin au patient apparaît aujourd'hui presque comme secondaire par rapport aux tâches administratives et aux trop nombreuses réunions de service, le but de ces réunions étant apparemment d'assurer une bonne cohésion de l'équipe. Peut-être cette « cohésion quasi obligée » permet-elle une manipulation plus aisée de la part des cadres, cadres qui restent tout puissants.

En un mot, le plus dur depuis quelques années, c'est de ne rien apprendre et de ne pas être gratifié de considération.

- Que changer pour que la profession soit attractive ?

- Donner plus de responsabilité, réduire les tâches administratives, bénéficier d'une véritable formation continue adaptée à tous, considérer l'infirmière comme une adulte, réduire le nombre de cadres et les choisir en fonction de leur ouverture d'esprit, leur tolérance seule capable de répondre à la diversité des personnalités de l'équipe.

- Six mois après ton départ de l'hôpital, qu'est-ce qui te manque le plus ?

- La gratification des patients et le travail en équipe qui, même s'il n'est pas toujours facile, est un excellent stimulant. »



Points ISA, paiement à l'acte, même combat. À l'hôpital comme en ville, les soignants sont cernés par les logiques économiques qui les poussent à multiplier les actes « rentables » au détriment du soin.

Qui fait quoi ? Et qui paye ?

Martine Devries

Médecin généraliste.

Médecin généraliste « de ville », je m'y perds... les malades et leur famille aussi ; et que dire des jeunes confrères qui remplacent ! Comment sont réglés les soins aux malades et aux personnes âgées effectués à domicile, par qui, et qui paye ? Voilà ce que je cherche à mettre au clair. Auxiliaire de vie, aide soignante, infirmière, aide ménagère – non, on dit maintenant aide à domicile – garde de jour, garde de nuit, kinésithérapeute, pédicure... se succèdent parfois auprès du malade. Les critères de choix sont à plusieurs niveaux : il y a la compétence nécessaire du professionnel, et celui-ci engage sa responsabilité. Il y a les besoins et les ressources de la personne et ce qu'elle peut payer. La Sécurité sociale rembourse certaines choses, en principe les soins, s'ils sont prescrits par un médecin. C'est assez simple pour des actes « reconnus » par la nomenclature des actes infirmiers : piqûres, perfusions, pansements, par exemple. De même, les soins d'hygiène aux grands malades alités seront pris en charge sans problème, encore qu'on peut discuter du montant qui est alloué, eu égard au temps passé. Mais certains soins requièrent une réelle compétence : par exemple, surveillance de l'apparition éventuelle de complications d'une immobilisation par un plâtre de l'avant-bras, ce n'est pas prévu par la nomenclature. Que faire ? Demander à l'infirmière

de passer tous les jours pour cela et prescrire... autre chose : des soins de nursing ! Au contraire, certains actes ne demandent pas une compétence d'infirmière (trois années d'études...), par exemple aider une personne simplement âgée, un peu raide, un peu obèse, à se laver certaines parties du corps un peu lointaines, mais si c'est une aide soignante, ou une auxiliaire de vie, qui le fait, la personne devra payer sans être remboursée, donc, elle préfère une infirmière. Préparer et surveiller les prises médicamenteuses de certains malades est indispensable : lorsque les médicaments sont dangereux, que leur oubli expose à des conséquences graves, que le patient est un peu simple, mal organisé ou très détérioré, c'est important. À l'hôpital ou en clinique, c'est le travail de l'infirmière ; en ville, il est maintenant parfois toléré que l'auxiliaire de vie ou l'aide soignante s'en charge ; mais les responsabilités dépassent leurs connaissances !

Donc, vous voyez, pour certains soins, lorsque ce ne sont pas des actes techniques, pas de grands malades, le médecin généraliste doit choisir qui va les faire, en tenant compte, un peu, des ressources (devinées) de son patient. Lorsqu'il s'agit de soins ou d'actes de la vie courante faits par des auxiliaires de vie ou des aides soignantes, le patient paye, et dans certains cas, une partie sera



prise en charge par le conseil général, par le biais de la prestation spéciale dépendance, mais ceci est un autre sujet. Ou plutôt devrait être un autre sujet, mais depuis l'introduction du Plan de soin infirmier, le PSI, certains actes ne seront plus effectués par les infirmiers, mais par « les autres », et du coup ne seront plus remboursés. Les infirmiers auront moins de revenus, ce qui est la cause de leur colère ; moins de travail, ce n'est pas sûr, car un bon professionnel ne se contentera pas de « soigner » trente centimètres carrés d'escarre fessière en laissant le reste des soins d'hygiène de la région à l'aide soignante... Et dans tous les cas, ce qui était à la charge de la Sécurité sociale sera à la charge de la famille, ou

du conseil général : il s'agit d'un véritable transfert de charges, et je m'étonne que syndicats de salariés, associations de consommateurs, qui veillent habituellement sur le niveau de vie des Français, ne se soient pas mobilisés sur ce sujet. Le PSI, c'est aussi le diagnostic infirmier, une certaine autonomie par rapport au pouvoir du médecin prescripteur : d'une certaine façon, c'est l'infirmière, avec l'accord du médecin, qui dit, à quel moment le malade « n'est plus malade bien qu'il ait encore besoin de soin », c'est elle qui l'inscrit dans cette nouvelle catégorie, la dépendance. Certaines infirmières refusent ce rôle, avec ce qu'il implique pour la prise en charge financière des soins.

Je vous dis que vous n'êtes plus malade...

L'introduction récente du concept de dépendance, au premier plan de notre paysage soignant, ne paraît qu'une nouvelle illustration de la tendance lourde technocratique : la segmentation de toute activité humaine et des marchés. Il a pour corollaire ce qu'on peut appeler le saucissonnage des malades : ces derniers pour des raisons strictement administratives, peuvent, au cours de l'évolution d'une même maladie, être considérés comme aigus, justifiant des soins hospitaliers de réanimation ou de MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), puis si la maladie se prolonge et nécessite encore des soins, il s'agira de soins de suite, de soins palliatifs ou de soins de longue durée. Ces tranches de maladie seront débitées dans des services hospitaliers ad hoc successifs.

En soins de ville, ces découpages administratifs n'existaient pas, et voilà que sont définis les « dépendants » : une catégorie qui permet de sortir un grand nombre de gens de la catégorie des malades, bien qu'ils aient encore besoin de soin. Le problème existe et il est massif, dû en partie au vieillissement de la population et à la prolongation de l'espérance de vie.

Ces soins aux personnes dites dépendantes sont habituellement assurés à domicile par les infirmières libérales et font l'objet d'une prise en charge par la Sécu. Or, l'Assurance maladie n'a pas pour vocation à prendre en charge la dépendance, tout du moins c'est l'analyse qui est faite par les décideurs. Il s'agit maintenant de mettre en place les modalités de ce détour-

Philippe Lorrain
Médecin généraliste



nement massif de fonds, de la Sécu qui s'en dégage vers les personnes soignées et leur famille, qui ne paraissent pas prêtes à accepter spontanément cette charge supplémentaire.

C'est là, je crois, que s'inscrit et qu'il faut analyser l'arrivée du PSI.

Plan de soins infirmiers, le PSI n'est que l'avatar conventionnel (convention liant les professionnels infirmiers libéraux et leur tutelle, l'Assurance maladie) de ce que je viens de décrire.

Bien sûr qu'il se présente d'abord comme la mise en place d'un projet professionnel, avec des éléments positifs pour plus d'autonomie et moins de dépendance à la prescription des médecins : cette évolution est nécessaire, elle était souhaitée. Il y a le diagnostic infirmier, notamment, on voudrait dire bravo... mais j'en ai rencontré qui n'en veulent pas et pour comprendre ça, on doit regarder derrière le discours révalorisant ce qui pourrait se cacher. C'est l'infirmière qui doit dire à quel moment le malade n'est « plus malade bien qu'il ait encore besoin de soins », c'est elle qui l'inscrit en dépendance : ce n'est plus la guérison du malade qui signe l'arrêt de la prise en charge par l'assurance maladie, mais sa stabilisation dûment constatée par l'infirmière. Tout système contraignant a besoin de « kapos », les technocrates les désignent et s'en lavent les mains.

Ce n'est pas à moi d'analyser plus avant ce PSI, les

infirmières doivent le faire. Ce que je peux en dire tout de même est d'ordre général, sur tous les avatars conventionnels, comme l'Option Médecin Référent qui me concerne : des textes conventionnels qui contiennent à la fois des éléments d'amélioration des pratiques professionnelles pouvant aboutir à une meilleure qualité des soins dispensés aux personnes et des éléments qui visent au contrôle des dépenses et donc des personnes malades par les professionnels de santé. Prendre une position pour ou contre devient impossible ou alors nécessite d'adopter une attitude « schizo-phrénique » : et si moi, j'ai le choix face à une « Option Médecin Référent », optionnelle par nature, ce n'est pas le cas du PSI qui est opposable aux infirmières lesquelles n'ont pas d'autre choix que d'entrer dans la dissociation.

La seule façon d'éviter ce désastre, qui se répète à chaque échéance conventionnelle, serait de dissocier les éléments concernant d'une part le contenu des métiers, leurs règles, en vue d'améliorer les pratiques professionnelles et la qualité des soins, et d'autre part ce qui concerne le statut et la rémunération des professionnels. La négociation « en bloc » de ces deux aspects est essentiellement productrice de perversité : à vouloir lier pratique professionnelle et économie, on ne peut aboutir qu'à ce que la finalité des pratiques soit l'économie et pas le soin aux personnes malades.

« La santé n'a pas de prix, la santé a un coût, la santé n'est pas à vendre, accès pour tous à des soins de qualité. »

Les dessous des mots

La valeur des lettres clés des médecins et des infirmières. Quel sens recouvrent les mots coût, prix, valeur, qualité ? La valeur, est-ce le prix, le coût ou bien le prix plus autre chose qui est peut-être la qualité ?

Où l'on découvre que le mot « valeur » peut signifier « prix » ou « coût » ou « qualité » : suivant quels critères ?

Dans la nomenclature générale des actes des professions de santé, les tarifs, pour un même soin, sont différents suivant la profession de l'acteur du soin : infirmière, médecin généraliste ou spécialiste

- indemnité forfaitaire de déplacement :
9,50 F pour l'infirmière, 25 F pour un médecin
- majoration pour dimanche et jours fériés :
50 F (infirmière) ; 125 F (médecin)
- majoration pour nuit (appel après 19h)
60F ; 165F
- Visite avec maintien à domicile (plus de 70 ans et Affection longue durée)
00 F ; 170F = V + MMD

Tarifs infirmiers : surveillance lors mise en route traitement + fiche = 14,30 F par séance (pendant quinze jours maximum) ; surveillance et administration d'un traitement oral pour malade psychiatrique + fiche = 17,50 F par passage. Surveillance et injection d'insuline chez un diabétique + observation = 17,50 F par séance. Nursing = 42,90 F

les 30 minutes, 4 séances par jour maximum
Tarifs médicaux : consultation, pour un psychiatre = 230 F ; un spécialiste = 150 F, un MG = 115 F
Revenu net d'une IDE à l'hôpital /35h de travail = 10000 à 11 000F= idem chez une IDE libérale.

Anne-Marie Pabois

Médecin généraliste
en milieu rural.

Cette hiérarchie repose sur quels critères ? N'incite-t-elle pas à dire qu'un médecin généraliste « vaut » plus qu'une infirmière et qu'il « vaut » moins qu'un spécialiste !

Eh oui, le mot « valeur » a deux sens et l'on glisse facilement de l'un à l'autre, de sorte qu'une personne est jugée non pour la réalité du travail qu'elle accomplit (son savoir-faire, le temps qu'elle y passe, ce qu'il lui coûte en énergie, la qualité du résultat), mais à ce qu'on la paye...

Le premier sens de « valeur » est un sens objectif, quantitatif : c'est le *prix* que l'on accorde à un objet, à un travail : c'est « le juste prix ». Cela suppose que l'on ait fait une comparaison entre deux objets pour en déterminer le *prix* suivant une certaine échelle de valeurs. Et c'est là qu'il faut réfléchir : quelle est cette échelle de valeurs ? Quels critères de choix ? Par qui ? Dans quel but ? Qui a commandité les études de *prix* ?

Dans une société de marché, le *prix* varie en fonction de l'offre et de la demande : « Plus c'est rare, plus c'est cher ». Il faut donc *revaloriser* le



revenu des infirmières : en nombre insuffisant, leur « valeur marchande » devrait augmenter !

« Plus c'est ancien, plus c'est cher » : bien que, dans notre société, la valeur accordée aux personnes âgées soit basse, ce qu'elles coûtent en termes de dépenses de santé est très important.

Le coût, c'est le point de vue de celui qui paye : le « consommateur » de soins, la Sécurité sociale, l'État et tous les citoyens.

Quand on attribue à un de nos actes, une lettre clé assortie d'une « valeur », c'est en fait d'un « prix » qu'il s'agit : que recouvre-t-il exactement ? Par qui est-il fixé : un professionnel du soin, un

gestionnaire comptable (caisses d'Assurance maladie, politiques, Parlement), un chronométrateur (comme pour les taxis) ou un malade-consommateur-usager-citoyen ? Quels sont les critères de choix des uns et des autres : le coût, c'est-à-dire les dépenses, ou bien les besoins ressentis par un individu ou définis pour des objectifs sanitaires collectifs ciblés ?

Chacun doit dire, dans un débat démocratique ; tous les ci-devant cités doivent dire. Professionnels du soin, à nous également de dire, afin que soit payé un juste prix ce que chacun fait réellement durant un acte de soin, en commençant



par nos coûts : frais réels engagés + temps passé + frais évités par la qualité même de notre acte + **salaires net**.

Ce salaire net sera révélateur de la *valeur* que la société accorde à notre métier du soin et des missions qu'elle nous confie.

Le **deuxième sens de « valeur » est subjectif, qualitatif**. L'acte de soins, qui crée une relation particulière entre deux personnes, ne peut pas être réduit à son seul *prix* (tel un acte purement technique) : comme une œuvre d'art, il vaut plus que ça, il est **hors prix**. Sa valeur est une **valeur d'estime**, impliquant créativité, don de soi, investissement subjectif. Sa valeur est donc là plus élevée que son *prix* ; sa *qualité* a plus à voir avec sa valeur qu'avec son *coût*.

À nous, soignants, de décrire la réalité de nos pratiques quotidiennes, le contenu de notre métier : un acte de soin comporte tels gestes, telles paroles, tels contacts, telles recherches, telles formations ; de définir ensuite nos **valeurs de référence**, inaliénables, et leur hiérarchisation. De là, ressortira plus clairement les significations que nous voulons donner au terme de « *qualité* » appliqué aux soins : leur valeur marchande (et donc la consommation qui en sera faite suivant des critères individuels) ? Leur valeur d'estime (résituée, dans le cadre de la Santé publique, par rapport aux besoins de la collectivité) ?

Nos valeurs ? Elles ne sont pas celles des hiérarchies du système de « santé », gardiens d'un ordre immuable imposant sa norme à tous sous couvert de « l'intérêt du malade ». La force de ce système résiderait peut-être dans la **problématique du savoir**.

Je m'explique : le *prix* de l'acte (honoraires, salaire, paie), il est fonction de tes études. Ta liberté de prescription, elle est fonction de tes études. Le pouvoir, il est donc, actuellement, en France, à ceux qui ont le savoir requis, estampillé (celui d'une certaine caste : le savoir théorique). Et qui dit savoir, dit pouvoir, et qui dit pouvoir, dit prescription. Donc, on en revient à la **hiérarchie des savoirs** en honneur dans notre pays : les sciences

pures et dures contre les molles impures, le savoir théorique contre le savoir-faire, les savoirs écrits contre les savoirs oraux, la technoscience pseudo objective contre le subjectif et les croyances. On peut dire que les « **bornes du métier** », chères à **Damien Cru**, c'est à ce niveau-là qu'elles peuvent être repositionnées¹. Et c'est pour cela que soignants-généralistes (infirmières et médecins) et certains agriculteurs se sentent sur la même planète : leur savoir n'est pas un simple savoir technique (« application pratique d'une science pure, d'un savoir théorique », un « pouvoir-faire » transformant tout en « données » à valeur marchande²) : c'est une « science pratique, associant un savoir et un savoir-faire » intimement liés, un « pouvoir redonnant aux êtres la liberté de rétablir leur équilibre » dans un environnement vivable.

Vouloir perpétuer le système reposant sur la primauté du théorique, c'est aboutir à l'élimination du malade (général car imprévisible, susceptible d'avoir une opinion sur lui, sa maladie et sur le soin) : le vivant, c'est impossible à mettre en cases et en cartes ; alors, rien ne vaut une médecine de mathématiciens (« les rois de la communication »³) et une **politique de soin sans malades et sans soignants** : la santé n'aurait plus de coût, à défaut d'un prix, mais à quel prix ?



1. *Revue Pratiques* n° 5 *La santé au travail*, n° 7 *La responsabilité médicale*, n° 8 *La santé n'est pas à vendre*. À partir d'un travail anthropologique sur les tailleurs de pierres, Damien Cru a distingué « les règles de l'art » spécifiques à la technique d'un métier (reconnues explicitement par tous) des « règles de métier » appliquées implicitement par chacun afin de se donner de bonnes conditions de travail (les bornes), dans le but de réaliser avec les autres un ouvrage commun (convergence).

2. Cadamer L. G., *Philosophie de la santé*, ch. 2 Apologie de l'art médical, éd. Grasset-Mollat, octobre 1998.

3. Propos du vice-doyen de la faculté de médecine de Lyon, lors des XV^e Journées d'éthique, janvier 2001. Sur « valeur, prix, coût », voir les réflexions de Mme C. Perrotin in *Actes des XV^e Journées d'éthique Lyon*, éd. Santé éthique et libertés, 95, bd. Pinel, 69677 Bron Cedex.

Infirmières salariées à domicile, ça existe !

Simone Corbet-Gony

Ex membre du bureau
de l'UNACSS
(Union nationale
des associations
coordinatrices
de soins et santé);
administratrice
A.C.S.I.E
(Association centre
de soins Toulouse
et environs).

Les centres de soins sont nés un peu partout en France, dans les années 70 : les « usagers » conscients de leurs responsabilités vis-à-vis de leur corps et de leur santé ont contesté le pouvoir médical dont ils se voulaient maintenant partenaires. En outre, l'aspect par trop marchand de la médecine ambulatoire les a conduits à réfléchir avec des médecins et des paramédicaux qui avaient la même démarche.

D'où la mise en place, difficile, de structures associatives dites « loi 1901 » à but non lucratif, ce qui n'avait rien à voir avec les associations d'infirmières libérales. Il y a actuellement en France cent cinquante associations, ce qui fait deux cents centres de soins, mille cent quarante-cinq infirmières, membres de l'Union nationale des associations coordinatrices de soins et de santé. Ce n'est pas beaucoup, certes.

Dans les statuts des centres de soins, la personne soignée est considérée dans son environnement, le soin est global. Les infirmières sont salariées de l'association et n'ont pas les mêmes impératifs que les infirmières exerçant en libéral, tout en ayant le souci de la structure et de leur outil de travail. Les gestionnaires du conseil d'administration sont bénévoles et sont là pour garder la ligne du projet associatif mais l'association est rémunérée sur le nombre d'actes sans aucune subvention.

Par ailleurs, le paiement à l'acte rend la gestion dif-

ficile puisque le soin tel que nous le concevons peut être « mal saucissonné » pour les soins lourds ou suivis en particulier, nous aimerions être plus nombreux à le contester... Nous souhaitons que les soignants, médecins, infirmier(e)s, puissent œuvrer dans de bonnes conditions, dans un système qui ne soit pas commercial, dans un cadre associatif où les usagers aient leur mot à dire. Aujourd'hui cela devient de plus en plus difficile du fait des contraintes financières d'une part et de la remise en cause du bénévolat, d'autre part.

Ainsi nous intervenons deux fois par semaine dans un camp de nomades, bien sûr en dehors de la ville, pour des soins suivis et il a été fait appel à nous pour une surveillance glycémique deux fois par jour pour une personne sortant de l'hôpital : l'acte est coté 17,50 F, le trajet 9 F. Les salariés infirmiers reçoivent 2,05 F/km selon les accords qui régissent l'association, on comprend aisément que ce soin ne peut être pris en charge sans une part importante de bénévolat, ce qui est irréalisable.

Nous faisons un certain nombre d'actes non payés : nous avons été amenés à donner tous les jours son traitement psychiatrique à une jeune patiente, dangereuse, pendant deux ans et à participer aux réunions de synthèse la concernant à l'hôpital psychiatrique, ce soin n'a jamais été pris en charge par la Sécurité sociale, alors que ce traitement et ce contact quotidien lui ont permis de vivre à domicile sans danger pour elle et son entourage. Nous sommes allés devant le tribunal

de la Sécurité sociale pour défendre cette prescription et son application... En vain.

Aujourd'hui, les gestionnaires bénévoles et la plupart des infirmières des centres ont de plus en plus de mal à accepter un travail non reconnu. Elles voient ce travail comme un autre, comparent les salaires, comptent leur temps de travail. Souvent, c'est le travail à domicile qui les motive ; lors des commissions d'embauche, elles nous avouent que, dans notre association, elles auront les avantages du libéral et pas les inconvénients. Les infirmières à domicile ne sont pas que les infirmières libérales.

Les patients demandent de bonnes techniciennes, mais aussi des personnes qui les écoutent, les conseillent, qui soient proches et ne comptent pas leur temps. Les personnes âgées sont d'ailleurs de plus en plus seules et demandent à l'infirmier de remplacer l'entourage qu'elles n'ont pas. Et puis « c'est pris en charge par la Sécurité sociale ». C'est vrai que la plupart de nos malades sont des gens aux revenus modestes, nous travaillons beaucoup avec les services sociaux. Cette sempiternelle frontière

entre le sanitaire et le social est vraiment très floue pour les infirmières qui pénètrent dans l'intimité des malades, malades qu'elles ne peuvent considérer autrement que dans leur environnement, et souvent il leur est impossible de refuser certains « services » qui prennent du temps. Et le temps is money.

Des associations font appel à nous sans mesurer nos difficultés : quand nous avons fait part des difficultés de prendre en charge ce patient diabétique, leur réponse a été : si vous refusez qui va alors soigner ces personnes, les précaires, les marginaux !! C'est vrai et c'est un véritable coup de poing dans l'édifice des beaux discours.

Comment pouvons-nous, en tant qu'association, faire vivre aujourd'hui notre projet associatif qui rejoint la définition de la santé par l'OMS ? Dans les discours officiels, il est souvent fait allusion à la citoyenneté, à la solidarité, aux grands sentiments, mais de fait, quand on parle santé, on parle gros sous. L'heure est venue d'essayer de responsabiliser chacun en le tenant au courant des vrais problèmes et d'œuvrer contre une santé à deux vitesses.



Le mythe et l'envers du mythe

Fabienne Messiaen-Pagotto

Infirmière cadre de nuit.

Infirmière, quel drôle de mot : à force de l'écrire, on ne sait plus : infirme, fermière, infermière ? Beaucoup de gens disent « l'infermière », c'est rigolo. « Et toi, ma petite fille, qu'est-ce que tu feras quand tu seras grande ?
— Moi, je serai infirmière. »

Le mythe de l'infirmière. Magnifique image d'une infirmière au-dessus de tout soupçon, de toute contrainte, de tout souhait de préserver sa propre vie, son équilibre physique et psychique, non affectée par les valeurs de son temps : sports, loisirs, valorisation sociale, carrière professionnelle, dévouée, compatissante. Elles sont gentilles, les infirmières¹.

Et pourquoi pas imperméables à la souffrance ?

Héritières de la culture religieuse des femmes soignantes², « profession méritante » comme l'a dit Madame E. Guigou, ministre de l'Emploi et de la Solidarité ! Profession, altruiste, consciencieuse et surtout discrète, silencieuse... ou se manifestant tous les vingt ans ! Profession en voie d'implosion.

Implosion, vous avez remarqué, toujours discrètes les IDE, pas de taches, propres, on implose, on n'explose pas ! Droit de grève muselé, bâillonné pour ces « Braves Bêtes », qui, culpabilisées de peur de nuire à leurs malades, ne trouvent JAMAIS de moyens efficaces de l'exercer. Mais qu'attend-t-on pour revaloriser cette profession victime de sa conscience professionnelle, impré-

gnée, marquée par son sens du devoir ? Encore faudrait-il, avant d'imaginer des spots publicitaires pour vanter la grandeur de cette profession (l'armée n'a pas hésité à le faire !) tenter de sauvegarder la population soignante en exercice actuellement, car c'est une population à risques !

L'envers du mythe. Les infirmières rient, pleurent, se révoltent, souffrent, combattent, compensent les défaillances, se surpassent quotidiennement, s'épuisent dans l'indifférence quasi générale des gestionnaires du système de santé. Mais ces gentilles infirmières sont : « à hauts risques psychologiques » la souffrance s'installe, appelée aussi « charge mentale » par les chercheurs de la psychodynamique du travail : démotivation, stress, burn-out³, décompensations sur le mode dépressif (difficilement assumées par le reste de l'équipe), absentéisme et congés maladies (somatisation plus ou moins grave), fautes professionnelles, démissions. L'espace éthique de l'Assistance publique/Hôpitaux de Paris a réfléchi à ces risques⁴ : « La mort fait partie intégrante du travail professionnel et donc, à ce titre, des conditions de vie du personnel hospitalier. Le burn-out est de plus en plus fréquent. Réduire la souffrance des soignants confrontés à la mort suppose une implication forte à tous les niveaux hiérarchiques. »

Comment tenter d'éviter d'en arriver à ces extrémités ? Quel soutien apporter à ces souffrances professionnelles ?

D'abord, il faudrait cesser de sous-estimer les charges de travail. Et puis, avoir le courage, oser enfin prendre en compte, quantifier le savoir être et non pas seulement les « actes infirmiers » : savez-vous qu'un médicament, quel qu'il soit, s'avère bien plus efficace selon la façon dont il a été donné ou administré ? Ce n'est pas seulement la molécule chimique d'un somnifère qui favorise l'endormissement, mais aussi les mots et le temps que l'on peut accorder à sa distribution.

Les soins techniques sont mesurés, évalués ... qu'en est-il des soins de présence ? À combien est estimé le temps où l'on tient simplement la main d'un malade en attendant que l'oxygène que l'on vient de lui poser commence à agir sur sa détresse respiratoire, combien pour les petits massages de confort ou de réconfort, pour la dixième explication du « comment on enlève les fils », pour assurer la position idéale à un patient que l'on va perfuser, pour l'application de compresses humides sur les lèvres desséchées des mourants, pour prendre dans ses bras des maris ou des familles effondrées par l'annonce de mauvaises nouvelles ? Et pourtant, cette profession a le mérite d'offrir des satisfactions immenses dans sa relation à l'autre, des expériences fortes, riches qui font que, malgré tout, on continue. Mais cette présence, ce réconfort supposent du temps, de la disponibilité, un effectif convenable, et des valeurs professionnelles partagées par tous les acteurs qui participent aux soins. Et il faut revendiquer haut et fort l'importance de la prise en charge globale des patients, clients, malades et hôtes dans tous les milieux de la profession.

Alors, qu'est ce qu'on attend ?

Caio Fernando Abreu, Petites épiphanies, ed. José Corti, Paris, 2000 ; extrait de Deuxième lettre vers l'au-delà des murs, août 1994 (il est mort du sida en février 1996).

« Sur le chemin de l'enfer, j'ai rencontré bon nombre d'anges [...] Pas si cilletes que ça, les anges. Ceux du matin portent un uniforme blanc, des masques, des bonnets, des gants contre les infections ; et il y a également ceux qui portent des halais, des seaux remplis de désinfectant. Ils replient leurs ailes et frottent le sol, changent les draps, servent du café, tandis que les premiers mesurent la tension artérielle, prennent la température, auscultent la poitrine et le ventre. [...]

Donc, je le redis : des anges jalonnent ce que je croyais être le chemin de l'enfer. Ce qui avait l'air d'une affreuse obscurité a son filet de lumière. Sur ce fil étroit, étiré comme une corde raide, nous sommes tous en équilibre. Petites ombres debout tout en haut, posant un pied après l'autre, danseurs téméraires de cette fin de millénaire, planant au-dessus de l'abîme. En bas, un filet d'ailes aurtit notre chute. »



1. C'est quoi le métier d'infirmière pour toi ? « Les infirmières, elles se marient avec les docteurs et elles font des piqûres qui font même pas mal. » Lée, 5 ans.

2. Marie-Françoise COLLIERE, « Promouvoir la Vie », Inter Editions, nouvelle édition 1996.

3. BURN-OUT : littéralement « s'être consumé ». Le burn-out a été décrit pour la première fois dans les années 70 par FREDENBERGER comme « l'épuisement des ressources physiques et mentales d'un individu qui s'évertue à atteindre un but irréalisable qu'il s'est lui-même fixé ou qu'il perçoit comme imposé par

les valeurs de la société dans laquelle il vit » (monde hospitalier !). L'apparition du burn-out provient de la conjugaison de facteurs externes tels que l'organisation et la charge de travail ; de facteurs internes favorables tels qu'une personnalité à tendance idéaliste avec un fort besoin de reconnaissance extérieure. C'est ainsi que le burn-out peut être comparé à un « séisme de l'âme ».

4. Espace Éthique de l'Assistance publique AP+HP Dossier spécial « Qualité de vie à l'hôpital et pratiques soignantes » Été 1998.

La nuit du savoir

ou les valeurs de l'ombre

Anne Perraut Soliveres

Anne Perraut Soliveres a soutenu, en 1999, une thèse dans laquelle elle s'est attachée à maintenir accoïées deux fonctions en général séparées, la pratique et la recherche. Cette thèse a obtenu le prix «Le Monde de la recherche universitaire», pour son originalité, sa pluridisciplinarité, son intérêt contemporain et sa volonté de partage du savoir. Elle sera publiée par les Presses Universitaires de France, en novembre 2001.

Cette thèse est un acte militant en ce qu'elle s'attache à défendre des valeurs et des aspects de la connaissance rarement exprimés dans ce contexte particulier. La nuit en est le berceau, l'hôpital et l'université en sont le terrain, les infirmières la cause et le savoir l'objectif : ce qui d'emblée constitue une somme d'interactions qui m'ont fait choisir une posture de recherche qui s'alimente de tous les événements qu'elle rencontre.

Une méthodologie qui intègre le processus. C'est l'évolution de l'institution hospitalière vers une déshumanisation croissante qui m'a conduite à choisir une posture plus offensive que la résistance au quotidien. Sortir de la confidentialité de ma révolte supposait trouver un lieu et un statut qui me permettent d'accéder à la confrontation pratique/théorie, sans me contraindre à m'éloigner de l'une pour accéder à l'autre, tout en m'offrant la garantie de la caution universitaire.

Les nombreux chemins s'offrant au praticien qui s'aventure dans une recherche universitaire sont autant de difficultés à esquiver par le chercheur qui s'attache à créer les conditions qui pourraient permettre à un contenu professionnel de sortir de sa nuit institutionnelle. C'est une des raisons qui m'a maintenue dans le vestibule des divers

champs qui éclairent habituellement ces questions, attentive à ne pas tomber moi-même dans le travers que je réproûve de l'usage restrictif de la notion de science dans les sciences humaines. La méfiance des infirmières à propos de toutes les formes de discours sur leur pratique, faisant écho à la mienne, a entretenu ma conscience de la fragilité du lien entre la profession et l'idée de recherche. C'est le baromètre qui m'a servi à mesurer jusqu'où je pouvais espérer distendre le lien sans le rompre, afin de construire avec elles et non sur elles, ce qui reviendrait à le faire en dehors d'elles, ce nouvel espace de recherche.

Je peux dire aujourd'hui que j'ai utilisé une tactique nocturne si je me réfère à l'option solaire qui baigne les sciences en général. Je veux dire par là que ma démarche s'est essayée à donner à voir ce qui n'est habituellement pas dit dans le cadre de l'exercice professionnel, ni dans celui de la recherche et que cela en soi a été une expérience similaire à mon exercice professionnel nocturne. L'objet de recherche a lui-même été fort long à mettre à jour, obstinément incarcéré dans la nuit. Le « défrichage » du terrain, avec la construction des premiers axes de croisement, est une opération provisoire, volontairement laissée en suspens afin de ne pas l'orienter trop tôt. Mon désir de

partager avec les infirmières, comme avec d'autres praticiens d'autres disciplines, cet espace vierge, m'interdisait de le délimiter d'avance. Une autre raison est de tenter d'esquiver le pouvoir qui colle au savoir, de tenter au moins de le questionner, ce que je ne peux faire seule ni dans l'exclusivité du champ professionnel infirmier. Mon appesantissement sur cette zone de savoirs que symbolise la nuit s'est fait dans une attention à ne pas me laisser séduire par la brillance universitaire ni emmener trop vite et trop loin des infirmières. La méfiance des infirmières à propos de toutes les formes de discours sur leur pratique, faisant écho à la mienne, a entretenu ma conscience de la fra-

gilité du lien entre la profession et l'idée de recherche. C'est le baromètre qui m'a servi à mesurer jusqu'où je pouvais espérer distendre le lien sans le rompre, afin de construire avec elles et non sur elles, ce qui reviendrait à le faire en dehors d'elles, ce nouvel espace de recherche. Concernant la profession infirmière, le difficile exercice de la relation d'aide demande un engagement d'une telle ampleur qu'il compromet tout autre engagement collectif, ce qui explique le peu d'avancées sur le terrain.

L'enfermement et la souffrance des infirmières seraient considérablement allégés si elles pou-





vaient penser que ce qui les opprime n'est pas réductible à leur problématique propre, mais s'inscrit dans un contexte général. A fortiori, l'entreprise de désaliénation d'un corps de métier a d'autant plus de chances d'aboutir que le chercheur aura partagé les conditions de cette aliénation. C'est à partir de ce constat que peut se faire la rencontre féconde avec les autres chercheurs, praticiens comme théoriciens. Cette rencontre elle-même doit se faire sur un mode nocturne, c'est-à-dire à partir du non-savoir partagé, beaucoup plus dialogique que dialectique qui est le mode de confrontation le plus enrichissant et le moins hiérarchisé que j'aie eu la chance de rencontrer dans ma participation à un groupe travaillant sur la démarche clinique de recherche.

Chercheur de l'intérieur. La première difficulté fut de trouver des méthodes qui respectent cette position singulière. D'emblée, il s'agissait de bousculer les illusions de toute puissance d'un savoir basé sur la preuve. Dans la recherche en sciences humaines, la preuve est hors de portée de l'humain qui se mêle de chercher sur ses semblables. Dans ce travail, le praticien-chercheur vient grossir de son objectif une réalité qui ne concerne pas seulement sa problématique propre mais interroge l'ensemble des chercheurs. Il ne peut, du fait de son appartenance explicite au milieu qu'il étudie, s'inscrire dans la conception universitaire de la distanciation. Il recourt cependant à cette notion de différentes façons qui vont de la durée de son exercice professionnel à l'expérience d'autres observatoires que celui de sa place de praticien stricto sensu. Le praticien-chercheur, tout comme son homologue exclusivement chercheur, est inscrit dans un contexte, qu'il soit sociétal, familial ou politique, qui oriente son regard et influence inexorablement le résultat de ses investigations. L'attention portée à tout ce qu'il est capable de percevoir et qui « dirige » sa recherche ou montre son effet sur le terrain est ainsi un exercice obligé du praticien-chercheur qui doit assumer sa position d'être subjectif jusqu'à la pousser vers une

hypersubjectivité qui expérimente l'idée d'objectivité par le compte qui en est rendu dans la thèse. La publication in extenso du journal de recherche ouvre ainsi sur la nuit du praticien-chercheur autant que sur celle de l'institution qu'il interroge, autre exercice pratique de démonstration de la complexité de la posture en même temps que de la problématique.

Dire « je ». Dire « je » dans la recherche s'est imposé en réaction au « nous » conventionnel. Forme hautement suspecte pour la profession infirmière où la subjectivité est impitoyablement traquée (dans les transmissions par exemple), dire « je » permet de renouer avec des pré-supposés professionnels ainsi qu'avec des valeurs que l'idéologie dominante (« nous ») s'est employée à disqualifier. Le pronom « je » me semble le plus approprié à recouvrir l'ensemble des intentions du chercheur, partie prenante de sa recherche, ainsi qu'à donner à voir les méandres de son parcours, ses tribulations éthiques. Dire « je » c'est décider de se découvrir, tenter de s'expliquer afin de rencontrer l'autre sur un terrain d'égalité, lui laisser la place de son propre « je », l'inviter à une tentative d'explicitation authentique mutuelle dans le but de chercher ensemble le point d'articulation le plus proche de ce que nous pourrions reconnaître comme vérité d'une situation. Souhaitant laisser sa place à l'autre, je ne pouvais m'en sortir qu'en prenant et assumant la mienne. Il est surtout question par ce « je » en lequel se mêlent et parlent mes différents statuts, de montrer en quoi et par quoi cette problématique des impensés de la recherche croise celle des indécibles des infirmières.

La légitimité. La chasse gardée par l'institution scientifique de la légitimité est un problème majeur pour la recherche en sciences humaines. Aveuglés par la nécessité de s'approcher des sciences dites dures afin d'obtenir un « label », de nombreux chercheurs en sciences humaines se sont fourvoyés dans une course à la scientificité

qui les a détournés d'un chemin dont les détours ne s'accroissent guère des principes d'exhaustivité. Il en résulte de nombreuses recherches dont les résultats parcellaires sont soit illisibles par ceux sur lesquels ils s'exercent, soit désincarnés jusqu'à perdre le sens produit par les humains dans leurs activités. Le besoin de rester dans une forme accessible sans nier rien de la complexité est à l'origine de cette recherche d'une posture qui respecte en même temps la réalité voulue de proximité et celle d'un nécessaire éloignement. L'illégitimité est un observatoire très intéressant des conditions de distribution de la légitimité. Le praticien-chercheur est à l'institution universitaire ce que l'infirmière de nuit est à l'institution de soin : révélateur de son irréductible humanité.

Je suivrai Witold Gombrowicz dans sa critique de la philosophie en regrettant le pouvoir d'aliénation des dogmes. Les penseurs patentés ne sont pas innocents de la situation telle qu'elle se présente à nous aujourd'hui. Incompétents à penser l'action, ils l'ont rendue quasi impensable. Le découpage des champs du savoir par lequel les disciplines organisent leur légitimité, leur appropriation de concepts, qui en deviennent les otages, sont autant de difficultés à contourner par un chercheur qui s'inscrit dans la transversalité de ces disciplines sans pouvoir se reconnaître en aucune d'elles. L'illégitimité est ainsi rendue légitime par le barrage que maintiennent les tenants du savoir, effet de la cause et cause de l'effet.

Le temps comme expérience de la distance. Le temps est un élément essentiel dans la construction du paradigme de praticien-chercheur. Le cadre de la thèse est une contrainte inappropriée, mais reste le seul moyen de sortir du ghetto des pratiques. Formé par les événements et sa réflexion à partir de ceux-ci, le praticien ne peut comprendre quelque chose à l'institution qu'en se perdant en elle, en la subissant et en participant à la construction des liens qu'il devra délier ensuite. La reconnaissance de la complexité naît de la

confrontation des diverses expériences et surtout d'une intersubjectivité des personnes également confrontées. La nécessité d'un temps indéterminé pour penser ensemble est ainsi le meilleur moyen de redonner aux acteurs un pouvoir qui ne soit pas subtilisé par celui qui en sait un peu plus et qui ne soit pas figé ni désincarné. La construction de l'estime de soi est conditionnelle à l'acceptation d'un temps propre, non référencé au temps des institutions. Mon entrée en recherche a confirmé ce que m'a appris la psychanalyse





concernant ce temps d'élaboration psychique indispensable à la production d'une pensée non soumise à l'idéologie dominante bien que s'adosant parfois à elle.

La nuit. La nuit est un lieu privilégié d'expérimentation du manque, mais aussi du bénéfice à assumer le manque, elle est le siège idéal d'une pensée qui chemine sans vouloir se fixer. La nuit éclaire d'une autre qualité de lumière ce que le jour refoule dans l'ombre. La maladie est une parole de l'ombre à laquelle la médecine s'attaque dans ses seuls aspects objectivés. La nuit a un avantage considérable sur le jour : l'expérience de l'obscurité. À l'hôpital c'est le moment de la dissolution des normes, de l'évanouissement des structures qui

autorisent les humains à jouer avec les limites. De la nuit, on ne peut ignorer le jour parce qu'il est le lieu de décision, de référence, le support de l'organisation, la source des contraintes. Le temps lui-même perd ses marques qui voit la nuit durer ou finir sans que rien d'objectif ne le ponctue. La nuit permet, induit des comportements avec la complicité du vide. Il n'y a plus guère de normes explicites, à peine de rites, tout est possible, construction permanente, aventure. On a la sensation que tout peut arriver, on attend la mort qui rôde et qui ne se décide pas ou qui se trompe de malade... On attend l'inattendu.

L'institution fonctionne non seulement avec des données objectives, mais repose également sur



un socle de subjectivité dont l'occultation est intimement liée à la question du pouvoir. Les déplacements de sens permettent alors de privilégier une cohérence qui peut aller jusqu'à l'« oubli » de nombreux éléments, ce qui contribue à insensibiliser certaines situations et fait le jeu du pouvoir en entretenant le mystère là où il n'y a souvent que malhonnêteté. Il en résulte une démobilité des gens sur fond d'incompréhension, protégée par le rejet d'une complexité suspecte en ce monde qui professe volontiers que chaque problème a une solution. Mes illusions de transparence se sont elles mêmes heurtées à la nuit qui chaque fois que se déplace l'éclairage fait renaître les ombres.

La question demeure qui concerne le dévoilement, violence du dire face à la violence du taire, à laquelle chacun peut répondre de différente façon selon son propre rapport au savoir et au pouvoir. Mon objectif étant de donner enfin la parole à une profession qui tait l'essentiel de son contenu, je devais trouver le moyen de parler de ce non-dit sans prendre pour autant la parole à la place des infirmières. Après avoir filmé les infirmières de nuit et de jour dans le cadre habituel de leurs pratiques, c'est en leur proposant de commenter ces films que j'ai abordé un des points essentiels de cette recherche : le partage d'une réflexion dans un but formateur, véritable bénéfice pour les acteurs autant que pour le chercheur. L'hôpital apparaît comme le lieu de repli de ce que la société tout entière cherche à refouler : sa souffrance, ses insuffisances, son impuissance... et son silence. Partant de ma longue expérience d'infirmière, puis de surveillante de nuit, c'est d'abord la maladie qui m'a donné à ressentir les limites du discours de la médecine, puis les malades celles d'une profession qui cherche sa légitimité dans la rationalité, à l'instar d'une médecine qu'elle réprovoque et qui s'est instrumentalisée jusqu'à perdre son âme. Ce que les soignants ont à dire est refoulé dans les abîmes d'une culpabilité liée à l'insurmontable impuissance à éradiquer leurs sentiments, leurs émotions, à

laisser, ainsi qu'on l'a enseigné à des générations d'infirmières, « leur vie au vestiaire ». Cette injonction est d'autant plus inconcevable que l'essentiel de la motivation à soigner qu'évoquent les infirmières, toutes générations confondues, s'appuie sur le don de soi ! Il faudrait paradoxalement s'oublier pour se donner, ce qui ne favorise pas la conscience de soi présidant à l'estime de soi qui fait défaut aux infirmières.

Les valeurs de la nuit. Le savoir-être avec la souffrance qui caractérise la fonction soignante résulte de qualités professionnelles et humaines indissociables. Il est l'exemple même de l'inséparabilité des affects des autres valeurs, qu'il s'agisse de la rigueur, de la dextérité ou de la scientificité dans l'art de soigner. Une première intuition m'a conduit à observer des infirmières de jour et de nuit afin de comprendre pourquoi, malgré toutes les raisons objectives de moindre satisfaction (horaires, vie sociale perturbée, moindre technicité, solitude...), celles de nuit semblaient moins touchées par le malaise dont la plainte récurrente marque le plus sûrement la profession infirmière. Le manque crucial d'estime de soi est le talon d'Achille d'une profession qui cherche ses marques dans l'ombre d'une médecine organiciste et techniciste qui refoule dans son exercice les aspects subjectifs de la relation de soin qui fondent le socle des valeurs infirmières. Les infirmières sont confrontées à la légitimité d'une parole sur la maladie qui est enfermée dans le silence d'une institution soignante qui non seulement privilégie la rationalité, mais aussi dénonce quotidiennement les dangers, voire les méfaits de la subjectivité dans la relation de soin. Paradoxalement, l'infirmière est priée de rester humaine sans que cette dimension soit jamais définie et tout manquement à cette injonction floue lui sera abondamment reproché. Le non-dit constitue alors le ferment d'une souffrance qui s'exprime par de nombreuses voies jusqu'à l'ultime « burn out » qui est le comble de l'épuisement professionnel en même temps que personnel.





L'engagement nécessaire à la relation permanente à la maladie, la souffrance et la mort est incommensurable dans un contexte où tout ce qui est comptable est compté : la quantité de soins comme les coûts par pathologie, laissant dans l'ombre ce qui pourtant, au dire des infirmières et de leurs patients, constitue l'essentiel du soin. Il ne s'agit pas pour autant de nier les progrès réalisés par une médecine qui a orienté l'essentiel de ses forces dans l'art du découpage, il est question de lui rappeler que la personne peut donner du sens à tout ou partie de ses

« dysfonctionnements ». La misère affective, la solitude, le chômage sont les marques d'une société qui sacrifie de plus en plus de nos concitoyens sur l'autel de la productivité. La modernité laisse de côté le ressenti d'une population qui n'a souvent aucun autre interlocuteur que le soignant, voire aucune autre alternative que la maladie pour échapper à une situation mortifère. La virtualité ambiante, caricaturée par une communication basée sur l'isolement des interlocuteurs, masque une détresse sociale que les soignants subissent de plein fouet et qu'ils n'ont, la plupart du temps, ni les moyens ni la force de contrer. Le malade (que d'aucuns essaient de nous faire nommer « client ») n'a ainsi aucune place dans le dispositif : on parle de lui, on pense à travers lui, on agit dans « son intérêt », on ne lui donne jamais la parole.

Pour en finir avec une prescription identitaire iatrogène. Il s'agit de proposer à la médecine de réintroduire la part de sens que donnent les humains à leur être malade et de lui imposer la nécessaire modestie devant une dimension de la souffrance des gens qui n'est pas réductible à la seule résolution de leurs troubles organiques. L'infirmière travaillerait ainsi dans un espace reconnu qui lui appartiendrait en propre et où elle pourrait s'épanouir tout en développant cette dimension de l'écoute qui lui fait tellement défaut aujourd'hui. La réappropriation de leur santé par les patients passe par la même reconnaissance de

l'influence de leurs affects sur leur équilibre et sa prise en compte dans les projets de soin le concernant. Il est particulièrement visible aujourd'hui, à la lumière des plans de réduction des coûts de la maladie, que cela n'est pas à l'ordre du jour, bien au contraire. La dénonciation de ce qui constitue selon moi la plus grave atteinte jamais portée à la qualité d'une attention à l'autre en situation provisoire d'intériorité est la motivation la plus tenace de cette thèse.

Sans tomber dans l'angélisme, il me paraît urgent de se poser la question du devenir d'une institution qui ment sur ses objectifs, qui détourne des pans entiers de contenus de professions dans une orientation de contrôle exclusif au détriment de la fonction soignante. La démobilitation croissante des acteurs va de pair avec la déshumanisation au travers de discours budgétaires culpabilisateurs. Le gaspillage serait ainsi la bonne cause qui autorise les restrictions jusqu'à un mépris intolérable des conditions de travail, et par conséquent de vie, des soignants. Partant de ce qui est le leitmotiv de ma thèse après avoir été la base de mon engagement professionnel, je prétends que la solution au malaise des infirmières est de leur donner la même attention que celles que l'on requiert d'elles. Il me paraît en effet totalement illusoire d'espérer améliorer la qualité des soins sans améliorer les conditions de vie au travail, en particulier sans tenir compte des limites humaines exprimées par les infirmières.

La nuit, berceau du soin. La nuit donne aux infirmières qui la vivent ce que le jour ne leur permet plus depuis longtemps. S'agissant de l'attention à l'autre, la situation de moindre pression institutionnelle ainsi que la relative confidentialité liée à la rarefaction des intervenants permettent que s'instaurent des relations basées non plus seulement sur l'exécution des prescriptions, mais surtout sur une attention à l'autre avec soi qui transcende la position soignante. Le développement des aspects relationnels place l'infirmière de nuit

dans un registre où elle peut s'épanouir en toute liberté avec les patients comme avec ses collègues. C'est l'expression de cette liberté, involontaire provocation face à la frustration, qui est la cause de nombreux conflits avec les équipes de jour. C'est également cette liberté qui lui donne le temps de penser et de trouver du plaisir dans une qualité d'échanges exceptionnelle. Le savoir, et surtout le reconnaître, constitue une « exception culturelle » qui fait partie des indicibles et pourtant inestimables particularités des infirmières de nuit. La nuit apparaît comme l'expérience d'un contre-pouvoir qui ne s'appuie pas sur la force, qui cherche la cohabitation pacifique. Dans l'institution soignante, il s'agit aujourd'hui de résister

inlassablement au positivisme, de remettre subversivement de la nuit dans le jour afin de construire des institutions plus humaines. Cette institution est gravement malade et ne pourra être « réanimée » qu'à condition que les médecins et les soignants apprennent à revenir sur leurs pas. Ceci demande une énergie qu'ils savent donner aux autres, il leur reste à apprendre à l'exiger pour eux-mêmes... d'eux-mêmes.

Partie pour trouver des réponses, ce sont de nouvelles questions qui surgissent de chaque point éclairé. Le véritable bénéfice personnel de ce travail aura été d'apprendre à accepter que subsistent des points aveugles.



Une fonction soumise au genre : le réel invalidé par ses représentations

Christiane Vollaire

Infirmière, professeur de philosophie.

Toute position sociale repose sur une fantasmatique : un processus dans lequel l'efficacité de l'image occulte la réalité de l'activité, la détourne ou la réduit. Concernant les professions infirmières, ce processus fantasmatique est d'autant plus fort qu'elles suscitent un fort potentiel émotionnel, lié à la fois au vécu de la souffrance et à la représentation de la femme. Jamais cette profession ne s'associe ni à la représentation d'un savoir, ni à celle d'un pouvoir, mais toujours à celle d'une érotisation liée au genre féminin, et l'on peut même dire à tous les canons du genre : femme-pute (nue sous sa blouse), femme-mère (opulente et protectrice), femme-vierge (oblatrice et dévouée).

Or, que cette profession soit majoritairement féminine ne nous semble pas lié à des aléas historiques, mais à l'essence même de ce qu'elle représente, à ce qui rend si difficiles non seulement ses mutations à venir, mais la reconnaissance de ses crises présentes. Si cette profession s'autoproduit au genre féminin (en dépit d'une présence masculine dans ses effectifs), peut-être sa mutation véritable ne pourra-t-elle passer que par un accès de ses représentations (statistiques autant qu'imaginaires) à la neutralité.

La définition même du métier d'infirmière s'inscrit dans une représentation à la fois sexuée et hiérarchisée, et hiérarchisée par sa sexualisation même :

que le métier se définisse « sous la direction du médecin » le place d'emblée dans un régime de subordination. De même n'existe-t-il pas de substantivation du titre, de domaine constitué de son exercice ou de son savoir : l'équivalent du terme générique de « médecine » pour désigner l'activité médicale n'existe pas pour le champ de la connaissance, de la pratique ou de l'activité infirmière.

Que l'infirmière exerce en libéral ou en milieu hospitalier, cette pression hiérarchique est une constante. Et ce qu'on voudrait montrer ici, c'est qu'elle est corrélativement identifiante et déséthésante. Identifiante, parce que l'infirmière intègre sa position comme une position d'exécutante, et se modèle elle-même sur cette fonction. Déséthésante, parce que dans cette mise en scène que constitue l'espace hospitalier, sa place est celle de l'effacement.

Que cette profession ait un genre, signifie donc précisément que sa représentation n'est jamais neutre. À cet égard, le slogan « Ni bonnes, ni connes », présent dans les grèves des années quatre-vingt-dix, est emblématique : la première revendication est une revendication liée au genre avant d'être liée au salaire. Le désir de revalorisation, c'est-à-dire de rééthésation, se manifeste dans sa négative : délier la profession des fantasmes dont elle est le lieu, pour l'ancrer dans la réalité de son exercice. Mais ce fantasme est pré-

cisement celui sur lequel elle s'est constituée. Celui qui nourrit l'imaginaire social, et dont le succès du feuilleton « Urgences » est l'un des avatars les plus récents.

De la question des genres et de la subordination qui lui est liée, relève le vocabulaire même qui désigne le travail : on parlera du rôle du médecin et de la tâche de l'infirmière. La tâche d'exécution n'est pas une véritable tâche de médiation entre médecin et patient : elle suppose un relais vertical, du savoir à son application, de la prescription du médecin à son exécution par l'infirmière. Il n'y a donc ni partage du savoir, ni délégation de pouvoir. L'infirmière assure les conditions de possibilité de l'exercice de la médecine : en quoi pourrait-elle constituer, au sein de l'empire médical, un contre-pouvoir ? Où a-t-on vu des infirmières dénoncer les abus des médecins, leurs erreurs, ou s'ériger en regard critique sur l'exercice médical ? Où s'est-on demandé si la légitimité d'une prescription médicale pouvait être questionnée par le paramédical ?

Le conditionnement de l'infirmière, c'est celui d'un renoncement au savoir. Que les amphes d'anatomie lui soient fermés, qu'un vernis de savoir lui soit superficiellement concédé, que sa formation sollicite surtout les « cas concrets », que les critères de détermination qu'on lui fournit face au patient soient de l'ordre d'une psychosociologie de bazar (les « besoins primaires »), que lui soit retirée toute possibilité de comprendre et de prescrire, que lui soit imposée, comme unique source de légitimité, la référence au médecin, en font un exécutant formé prioritairement à la docilité. Ainsi la représentation que l'infirmière se fait d'elle-même construit-elle et pérennise-t-elle une réalité de sa profession, s'il est vrai, comme l'écrit La Boétie dans le *Discours de la servitude volontaire*, que « la première raison de la servitude volontaire, c'est l'habitude ».

Ce principe de soumission est lui-même fondé dans l'histoire de l'institution hospitalière. L'hôpital est en effet, dès son origine moderne (ce que Foucault appelle « la naissance de la clinique », à partir de la fin du XVIII^e siècle), le lieu d'une théâtralisation de la médecine. Toute l'organisation

hospitalière se règle sur cette volonté de redistribuer les fonctions, c'est-à-dire d'établir, au sens strict du terme, les hiérarchies. Dans une société qui se définit par son autonomisation à l'égard du religieux, le terme même de hiérarchie (des mots grecs « hieros » signifiant sacré, et « archè » signifiant le commandement) indique le glissement vers d'autres formes de sacralisation : la hiérarchie, c'est la sacralisation du commandement institutionnel. On voit ici comment la laïcisation de l'ordre social, propre à la fin du XVIII^e siècle, est corrélatrice de la sacralisation de ses institutions.

Dans un hôpital qui n'est plus prioritairement lieu thérapeutique, mais lieu de recherche et d'enseignement dont le corps du patient est l'objet, la fonction de soin est nécessairement dévalorisée : ne répondant à aucune des finalités prioritaires du système hospitalier moderne tel qu'il est en train de s'instituer, d'une part elle renvoie à ses fonctions archaïques, d'autre part elle s'inscrit dans les tâches serviles de la nouvelle féodalité hospitalière. Enfin, là où les nouvelles hiérarchies des fonctions médicales ont entièrement redistribué les rôles (voir en particulier la position du chirurgien, qui passe du statut de manutentionnaire à celui de figure de proue du système hospitalier), les fonctions paramédicales se trouvent renvoyées aux mêmes hiérarchies conventuelles, militaires ou policières que précédemment : de l'infirmière à la surveillante, à la surveillante-chef ou à l'infirmière générale, la hiérarchie n'est pas de savoir ou de compétence médicale, mais d'ancienneté, d'aptitude au contrôle ou de compétence administrative. Un monde identique à celui des « gens de maison », adaptant à l'institution les modèles de la domesticité. Un monde stabilisé, stratifié par des niveaux de subordination.

Il est clair que, dans cette logique, le terme même d'équipe hospitalière ne peut avoir de sens : il y a un staff médical, qui accède aux réunions et qui partage le savoir (avec ses propres hiérarchies internes), et il y a une équipe paramédicale, objet d'une autre hiérarchie, au sein de laquelle on se répartit les tâches et les jours de congé. Quelquefois, dans le meilleur des cas, il y a quelques efforts de remise à niveau des seconds par les premiers. Mais à aucun moment, il n'y a





discussion sur les objectifs, partage des compétences ou remontée des propositions.

Mais l'exercice infirmier va aussi contribuer à définir des champs normatifs. Cette profession qui est sans arrêt témoin du relâchement et de la déchéance physique, de la désocialisation que produit la maladie, de l'abandon de toutes les normes culturelles (celle de la pudeur en particulier), s'avère induire des comportements on ne peut plus normalisants (mépris de la marginalité, soumission face au pouvoir). Foucault en présente une illustration dans *La volonté de savoir*, premier tome de son *Histoire de la sexualité*, en présentant la Salpêtrière : « C'était un immense appareil d'observation [...], avec son jeu de questions que les médecins, d'un geste ou d'une parole, suscitent ou effacent, avec la hiérarchie du personnel qui épie, organise, provoque, note, rapporte, et qui accumule une pyramide d'observations et de dossiers... »

Il montre ainsi comment le personnel hospitalier contribue constamment à fournir au pouvoir médical les instruments de sa puissance, en relayant sans cesse les critères normatifs de la surveillance et de l'observation. Norme sanitaire, mais aussi norme morale et norme sociale. Dans la profession infirmière en particulier, ce rapport à la norme devient redoutable : le conformisme social y est majoritairement aggravé par la subordination. Être privé d'autonomie professionnelle, c'est courir le risque de perdre son autonomie mentale et intellectuelle, tant les attitudes psychologiques sont déterminées par les comportements sociaux.

L'une de ces normes, sanitaire mais terriblement connotée dans l'imaginaire social, est celle de l'asepsie. Terme qui ne désigne aucune réalité, et pas davantage une virtualité puisqu'il contredit l'essence même de la vie. Dans ce lieu, septique par excellence, qu'est l'hôpital, l'objectif de l'asepsie crée la permanence culpabilisante d'un rapport au devoir. Or c'est à ce terme qu'est entièrement attachée toute la spécificité du travail infirmier, c'est prioritairement à cet apprentissage normatif que vise la formation : apprendre à soigner sans infecter. Toucher, manipuler, piquer, sonder, envahir le corps sans le contaminer. C'est-

à-dire se considérer soi-même comme sujet potentiel et permanent de contamination, comme vecteur de souillure.

Il n'est pas question de nier la nécessité des précautions anti-infectieuses : elles sont effectivement vitales, et la fréquence des infections nosocomiales ne peut que pousser à les mettre en œuvre. Il est simplement question de dire qu'elles contribuent efficacement, chez l'infirmière, à une conception dévalorisée de soi-même, non seulement comme vecteur de transmission, mais comme fauteur d'insuffisance ou d'oubli : qui peut prétendre appliquer intégralement des règles qui ne sont pas intégralement applicables ?

Cela conduit à interroger le « geste » infirmier : à une profession réduite à ses tâches, c'est le geste qui peut conférer une part de noblesse. Là où le geste disparaît, la profession, déjà privée du pouvoir de prescrire, se réduit à la besogne. La question du geste est ainsi déterminante dans un univers hospitalier déterminé par les hiérarchies médicales, mais aussi dans un contexte culturel et social où les professions médicales sont globalement en voie de régression économique. Bien des gestes infirmiers apparaissent, pour des raisons financières, « confisqués » par les médecins (c'est le cas en particulier des prélèvements opérés par les médecins biologistes), imposant corrélativement à l'infirmière une dénégation de technicité (renvoyée du côté du savoir médical) et une relégation dans la servilité, à des tâches ne requérant aucune compétence spécifique.

Il n'est pas question de dénier la valeur, non seulement hygiénique mais relationnelle, de la toilette du malade, le lien qu'elle permet de construire. Mais d'une part, en situation (constante) de déficit en personnel, cette activité est renvoyée à l'automatisme (et peut même devenir traumatisante pour le patient), d'autre part toutes les revalorisations discursives dont elle peut faire l'objet, cèdent devant ce constat : elle constitue une activité répétitive, et nécessite au plus quelques conseils élémentaires, en aucun cas une formation de trois ans. Or, pour une large part des infirmières (en libéral en particulier), elle représente l'activité principale.



Ce qui apparaît ainsi dans l'histoire même de la profession infirmière, c'est son enracinement dans une tradition du déni de savoir autant que du déni de pouvoir. C'est une représentation de soi liée à un système de soumission, ou plus précisément d'aliénation. Tradition dans laquelle le droit de prescrire accordé au médecin est corrélatif d'un interdit de savoir imposé à l'infirmière. On aurait pu penser que les nombreux signes d'affaiblissement du pouvoir médical dans le champ de la représentation sociale produiraient une sorte de rééquilibrage. Ils ont au contraire creusé les écarts, tant il est vrai que l'histoire des rapports entre médical et paramédical n'a jamais été celle d'une solidarité, mais celle d'un conflit d'intérêts radicalement contradictoires : un rapport de classes.

La profession infirmière est ainsi sans doute celle où les pesanteurs des représentations grèvent le plus lourdement la mobilité du réel. Le partage des fonctions entre le prescripteur et l'exécutant, entre le noble et le servile, y recoupe en effet une séparation des attitudes entre le scientifique et l'éthique. Entre un pouvoir sur le patient qui serait celui de la science, et un devoir à l'égard du patient qui serait, par voie de conséquence, celui de l'ignorance.

Ainsi le premier devoir envers le malade, qui est celui de l'information et de la vérité, ne peut-il avoir sa place nulle part, dans un système où le savoir n'impose aucun devoir, et où le devoir ne dispose d'aucun savoir. Aux questions élémentaires « Qu'est-ce que j'ai ? », « Que va-t-on me faire ? », « Quels choix thérapeutiques m'offre-t-on ? », l'infirmière, qui y est confrontée en première ligne, ne peut opposer que le silence ou des réponses sans conséquence. Elle ne peut que renvoyer le patient à l'éventualité d'une réponse médicale, n'étant censée ni savoir ni transmettre.

Position doublement fautive, d'une part dans la mesure où, même avec une formation théorique dont on critique les insuffisances, la pratique infirmière donne nécessairement accès à des savoirs médicaux. D'autre part, dans la mesure où la fréquentation constante des malades place l'infirmière dans la meilleure position pour saisir la

diversité des demandes et y adapter la qualité des réponses. Mais aussi pour susciter les formes de confiance nécessaires au partage d'une vérité diagnostique (y compris celle de l'incertitude) ou d'une décision thérapeutique (y compris celle de l'abstention).

Dès lors, il apparaît que ni la formation médicale, ni la formation infirmière ne produisent ce dont un système de santé a majoritairement besoin : des professionnels susceptibles de diagnostiquer les pathologies les plus fréquentes, de se tenir à l'écoute des patients et de proposer les traitements les plus simples.

Cette cheville ouvrière de la santé publique qu'est le médecin généraliste n'utilise pas le dixième des connaissances théoriques acquises durant sa formation, et manque des neuf dixièmes des compétences dont il aura effectivement besoin dans sa pratique. Quant à l'infirmière libérale, majoritairement dévolue aux soins d'hygiène et scandaleusement sous-payée à l'acte, sa pratique, après un concours de recrutement et plusieurs années d'études, requiert à peu près le niveau de compétence de n'importe quel analphabète dévoué, sans aucune commune mesure avec ses capacités réelles.

Eugène Smith, photographe américain des années cinquante, a dressé les portraits saisissants du Dr. Ceriani, médecin de campagne : une relation immédiate à la réalité charnelle du patient, une présence sans intermédiaire, confrontée à la souillure, à la douleur et à la mort. À la décision thérapeutique autant qu'à la prise en charge physique. Figure du clinicien susceptible d'assumer les tâches serviles autant que la réflexion diagnostique. Figure d'un refus de la séparation entre les genres, entre les attributions.

Penser pour la profession infirmière une sortie de l'impasse, ce peut être simplement envisager et proposer, à l'encontre des hiérarchisations archaïques et dans la prise en compte des nouvelles dynamiques technologiques, une abolition du clivage entre savoir et devoir. Une mutation corrélatrice du médical et du paramédical, dans la figure, pleinement responsable, du clinicien.

Nous avons lu pour vous

Barbara Ehrenreich et Deirdre English, *Sorcières, Sages-femmes et infirmières ou une histoire des femmes et de la médecine*, Les éditions du remue-ménage, 2^e réimp. 2000, 69 F, diffusion : La librairie du Québec, 30, rue Gay Lussac, 75005 Paris, tél. : 01 43 54 49 02

Le titre et le sous-titre de ce livre résument bien son contenu : un réquisitoire percutant et argumenté contre le pouvoir des mâles et des médecins, ces deux classes se superposant dans l'histoire de la médecine. Pendant des siècles, les femmes ont été des médecins autodidactes et sans diplômes ; n'ayant pas accès aux livres et aux cours, elles firent elles-mêmes leur propre enseignement, se transmettant leur expérience de voisine à voisine, de mère à fille. Le peuple les appelait femmes sages « alors que les autorités les traitaient de sorcières et de charlatans. »

La chasse aux sorcières, qui s'est déployée du XIV^e siècle au XVII^e siècle, est présentée avec tout son arsenal politique et intellectuel. Ce terrible dispositif de l'État et de l'Église (catholique et protestante) a conduit à la torture et à la mort des centaines de milliers de femmes et d'enfants exécutés au nom de la science. Que leurs reprochaient donc leurs inquisiteurs ? Les auteurs résument les crimes dont elles étaient accusées en trois catégories : les délits sexuels contre les hommes, l'organisation de sociétés secrètes et, un comble, le fait « d'aider et de guérir ». Est cité à l'appui un des persécuteurs de l'époque : « [...] Font aussi partie de ce groupe de gens, tous ceux et celles qu'on considère comme bons et bonnes sorcières, qui ne font aucun mal, qui ne souillent ni ne détruisent, mais qui sauvent et délivrent du mal [...] Il vaudrait mieux pour nous tous que la terre soit débarrassée de toutes ces sorcières et particulièrement de celles qui sont bienfaitantes. »

Au XIII^e siècle, la médecine s'était constituée en tant que science et corporation professionnelle. Celle-ci chercha d'emblée à évacuer les guérisseuses de la médecine, par exemple en leur fermant les portes des universités. À quelques exceptions près, en effet, on n'acceptait aucune femme dans les universités de l'époque. Un siècle plus tard, lorsque la chasse aux sorcières faisait rage, on demanda au médecin, désigné en tant qu'expert de juger si telle ou telle femme était ou non une sorcière et si telle ou telle maladie était ou non du ressort de la magie.

Le livre s'achève par l'évocation de la période contemporaine de l'histoire de la médecine aux États-Unis : « [...] Aujourd'hui, toutefois, le domaine de la santé est réservé aux hommes.

93 % du corps médical américain est constitué par des hommes qui assurent aussi presque exclusivement la direction des institutions de santé. Les femmes, elles représentent 70 % des travailleurs de la santé, mais elles ont été incorporées comme ouvrières dans une industrie où les hommes sont devenus les patrons. Nous avons perdu l'indépendance de notre pratique et notre renom. La plupart d'entre nous ne servent que d'instruments aux institutions en remplissant des fonctions anonymes comme celles de secrétaires, diététiciennes ou employées de soutien. Lorsqu'on nous laisse participer au processus de guérison, ce n'est qu'en tant qu'infirmières. Et l'ensemble des infirmières ne constitue que du personnel auxiliaire par rapport au médecin. »

Une situation très différente de celle que nous connaissons dans l'Hexagone ?

Patrice Muller

L'auteur, dans le cadre d'une thèse diplômante de l'École des hautes études en sciences sociales, fait un parallèle, à partir de l'actualité récente, entre les conditions de travail difficiles des infirmières et les discriminations toujours actuelles propres au travail féminin.

Luttes d'infirmières, luttes de femmes

Durant mon parcours de médecin, statut impliquant une *proximité* liée au travail en commun et une *distance* liée à la position hiérarchique, je me suis interrogée sur la profession infirmière, ses caractéristiques et son lien avec la place des femmes au travail : d'où cette étude, menée dans la région Ouest, à partir de témoignages d'infirmiers(ères) sur leur vie professionnelle, leur formation initiale, leurs revendications, et les projets ainsi que les moyens utilisés pour faire évoluer la profession. **Analyser une profession de soignants peut aider à comprendre quels sont les mécanismes, dans notre société, qui permettent à des fonctionnements discriminants à l'égard des femmes de perdurer sous l'apparence affichée de l'évolution et du changement.**

Dès le début de leur histoire, le statut des infirmières reflète la place et l'image que les femmes ont eues et ont encore dans nos sociétés, et c'est cet enracinement dans le passé qui nous a fait choisir cette profession comme sujet d'étude. La grève des infirmières de 1988, bien médiatisée et soutenue par la population, a été une explosion de mécontentement face à la dégradation des conditions de travail. Mais par la suite, les conditions de travail ont continué à se dégrader, l'administration a appliqué les mesures imposées par les choix politiques en faisant le choix des

restrictions de personnel pour préserver d'autres secteurs de dépenses¹. Christophe Dejourn parle de l'introduction progressive dans les hôpitaux d'un nouveau système de direction d'entreprise basé sur « la menace et la distorsion de la communication² » faisant appel à la culpabilisation.

L'histoire des infirmières. Les caractéristiques de la profession infirmière n'ont pas évolué depuis sa création, à la fin du XIX^e siècle : comme le constate Marie-France Collière dans *Promouvoir la vie*, il existe une unanimité dans la production de l'image de l'infirmière : « leur rôle sera si déterminé, si semblable à lui-même d'un endroit à l'autre³ », malgré la diversité des conditions sociales (bénévoles ou salariées), les formes d'exercices (à l'hôpital et ou auprès des familles, à Paris ou en Province). Elle cite Michelet : « La carrière d'infirmière apparaît comme l'éternelle démarche qui escorte notre destin et ses fatalités depuis l'origine des siècles... elle perpétue des gestes où se mêlent et se retrouvent le sens maternel, la charité, l'amour. » On retrouve là, comme en écho, l'idéologie de la femme éternelle dont parle Francine Muel-Dreyfus : « Une nature et une essence féminines éternelles échappant toujours et pour toujours à l'histoire⁴ », et, effectivement, au cours de l'histoire, les femmes ont vu leur destin lié au soin et au dévouement.

Annick Plou

Néphrologue,

ancien médecin généraliste.



L'histoire des femmes. Pendant des siècles, les femmes⁵, symbole de fécondité, prodiguaient nourriture et soins et leur présence indispensable était valorisée dans les étapes importantes de la vie, comme la naissance, la maladie et la mort. Leur savoir et pratiques empiriques, liées à leur connaissance du corps et des plantes, transmis par voie orale, échappaient au contrôle du savoir officiel. Les clercs au V^e siècle puis plus tard l'Église et enfin les médecins, se sont employés à maîtriser le savoir et l'indépendance féminine, liés à une troublante réalité charnelle qu'ils ne contrôlaient pas et qu'ils ressentaient comme une menace. Ils les ont donc accusées de sorcellerie et de superstition. La science médicale, alors développée par l'Église, est devenue l'exclusivité des hommes (moines puis médecins) mais la charge matérielle du soin des corps échût, dans les hôpitaux et hospices, aux vierges consacrées en raison de leur habileté manuelle et aptitudes maternelles.

Ces femmes, devenues au cours des siècles des religieuses, distribueront dans les campagnes jusque dans les années 1950, soins et conseils d'hygiène en même temps que la doctrine sociale de l'Église qui proclamait l'indignité et l'impureté du corps, et plus particulièrement celui des femmes. Au XX^e siècle, pour disposer, au service du médecin, de femmes libérées de l'autorité de la hiérarchie religieuse, le métier d'infirmière a été créé, basé, comme pour les religieuses, sur l'oubli de soi, les soins et le dévouement aux plus pauvres. Il y a été ajouté la soumission au médecin, l'acquisition d'un savoir limité et l'obéissance aux règles de la hiérarchie⁶, obéissance justifiée, comme à l'habitude, par l'immaturité, l'inaptitude et l'inconséquence des femmes. Mais, derrière ces exigences, nous retrouvons toujours la même crainte d'une autonomie et d'un savoir féminin pouvant échapper au contrôle des hommes, religieux ou médecins, l'accusation d'irresponsabilité servant une fois de plus de prétexte à l'instauration de règles

contraignantes. En fait, les mêmes remarques s'appliquent à d'autres métiers comme les aides-soignantes, secrétaires, femmes à l'usine et l'ensemble des professions féminines dont l'évolution se trouve freinée par les obligations et les exigences qui pèsent sur elles, restreignant l'organisation de leur travail, contenant leurs refus ou leurs révoltes.

À cet égard, l'accusation de tous (y compris leurs semblables), qui fait porter aux femmes l'inaptitude à se défendre dans des situations difficiles, est certainement une violence subtile car, nous avons pu le constater, **les règles et les pressions ne sont pas les mêmes pour tous** : « Mais le plus frappant réside dans la nature de la discipline imposée aux femmes⁷ », dit M. Perrot qui raconte comment les jeunes filles et les femmes, dans les premiers ateliers et chantiers au XIX^e siècle, étaient soumises à une surveillance maniaque de crainte de débordements et d'une trop grande autonomie tandis que leurs révoltes étaient malées avec moqueries et sévérité. Ces comportements à l'égard des femmes au travail sont retrouvés constamment dans l'histoire (discipline et règles contraignantes toujours valorisées, justifiées mais aussi appliquées par d'autres femmes surveillantes, supérieures religieuses ou responsables d'atelier) : l'on peut parler ici de violence symbolique, qui fait produire et légitimer par les femmes elles-mêmes, pression et mépris à leur égard.

La profession infirmière et le féminin. la profession est restée majoritairement féminine : le pourcentage des hommes est passé de 11 à 15 % de 1988 à 1999, malgré le chômage des vingt dernières années, l'évolution vers l'acquisition de compétences techniques et l'allongement des études. On ne retrouve une proportion aussi faible, dans les professions paramédicales, que chez les aides soignants et les psychomotriciens alors que le pourcentage des hommes est de 54 % pour les kinésithérapeutes, 44 % pour pédicures et podologues et 37 % pour les manipulateurs

radio (professions qui ont une autonomie dans la réalisation de leurs gestes professionnels).

La profession est restée féminine dans les termes utilisés pour nommer ses membres : « infirmières », en oubliant les infirmiers présents malgré tout (cf. les journaux professionnels⁵, la grève de 88, cataloguée et étudiée comme une grève de femmes alors qu'un tiers à un quart des hommes étaient présents dans les assemblées générales⁶).

Est-ce cette féminisation massive qui rend la profession invisible aux hommes ? « Les hommes au chômage viendraient-ils remplacer les femmes

dans les emplois qui leur sont traditionnellement dévolus : infirmières, secrétaires, caissières, femmes de ménage? », demande Margaret Maruani dans *Les temps modernes de l'emploi féminin*⁷. Nous avons vu que non.

Est-ce le caractère féminin de cette profession qui entraîne des conditions de travail difficiles lesquelles, en retour, aggravent l'isolement des femmes et leur faiblesse à se défendre? « Le malaise infirmier » ne date pas d'hier⁸ et malgré les grèves, la mobilisation importante et le soutien des usagers comme en 88, la situation n'évolue pas et les conditions de travail se sont détériorées.





Les hommes et les femmes dans la profession.

L'inégalité entre les hommes et les femmes à l'intérieur même de la profession est patente :

- dans le choix des postes : la proportion d'hommes est de 6 % dans les services de soins, de 20 % chez les cadres infirmiers, les infirmiers psychiatriques, les services techniques et les infirmiers libéraux, postes où précisément les responsabilités sont plus importantes et le « sale boulot » pratiquement inexistant¹²;
- à l'inverse, les femmes revendiquent la proximité avec le patient, « véritable mission de l'infirmière », pour choisir les services de soin et, quand elles choisissent les services techniques, elles expriment fortement leur attachement au maternage et à l'attention au malade comme si elles craignaient que les compétences techniques ne leur fassent perdre cette sollicitude et cette humanité indispensables à leur statut de femmes ;
- ces sentiments sont utilisés cyniquement lorsque certains services, plus difficiles sur le plan émotionnel et la charge de travail (hématologie, cancérologie, pédiatrie) ne peuvent continuer à fonctionner qu'au prix d'heures supplémentaires quotidiennes systématiques ;
- dans leurs relations avec les médecins, les uns et les autres expriment la différence *dans le ton* à leur adresse, *dans la manière de transmettre* ordres et reproches, *dans les discussions* à bâton rompu, même si parfois les femmes utilisent la séduction¹³, moyen non avoué, pour établir une proximité et une plus grande indulgence dans la relation.

Nous avons constaté aussi que les hommes et les femmes ne se sentent pas égaux *pour faire entendre leurs revendications, leurs droits et leurs projets*. Ils parlent eux-mêmes de cette différence, de la rapidité avec laquelle les hommes disent obtenir écoute et résultats, comment ils sont utilisés pour aller discuter et négocier avec la hiérarchie. Cela s'oppose à la plainte des femmes, qui disent avoir besoin de ténacité, d'énergie, et même d'agressivité lorsqu'elles revendiquent, discutent et négocient.

Les spécificités d'une profession féminine dans les moyens de défense. La féminisation de la profession intervient dans les capacités de ses membres à se défendre et à se faire respecter, thèmes mis en avant par les femmes lors des débats et des revendications, en 88.

- Les sanctions, à l'égard d'infirmières et non d'infirmiers dans les mois qui ont suivi, les réactions de la hiérarchie médicale et infirmière (plus sévères à l'égard des infirmières lorsqu'elles bravent l'autorité), enfin, au sein du Bureau de la Coordination « les attaques incroyablement violentes » des hommes « qui peuvent tenir des propos scatologiques, dégradants, humiliants¹⁴ » envers les femmes en cas de désaccord, confirment que la révolte des femmes n'est pas admissible et qu'elle est réprimée. L'accusation de lâcheté et d'impuissance des femmes est en fait utilisée pour les convaincre elles-mêmes de l'inutilité de la lutte. Au sein des syndicats, lieux de défense des droits professionnels plus accessibles aux hommes moins investis dans la charge familiale, les revendications féminines apparaissent moins crédibles, moins maîtrisées et par là même moins susceptibles d'être validées ;
- les associations d'infirmières qui, pour la revalorisation et la reconnaissance de la spécificité de la profession, revendiquent la *référence au passé*, image de l'infirmière idéale, ont du mal à se défaire de cette part historique valorisant abnégation et dévouement, à l'image de la femme idéale (caractéristiques « innées » de sa féminité, en fait inculquées dès son plus jeune âge) ;

il leur est alors difficile de revendiquer un véritable dédommagement ou de justes rémunérations de leur travail et le respect de leurs horaires, ce qui est *utilisé par les employeurs*, comme pour les infirmières, pour l'ensemble de notre société qui continue à moins rémunérer le travail des femmes et à les utiliser majoritairement pour le travail invisible (dans la famille et à la maison: cf. enquête du ministère de l'Emploi et de la solidarité mars 2001).

Le maintien d'une population professionnelle à forte majorité féminine chez les infirmiers(ères), accentue les possibilités d'abus et explique, en même temps qu'elle pérennise, le refus des hommes de s'y investir. Notre société, qui apprécie de pouvoir utiliser cette tendance « naturelle » des femmes au dévouement et à l'humilité, voit avec crainte des changements s'amorcer, ce qui justifie le maintien des structures antérieures adaptées à la maîtrise de l'énergie féminine, comme l'école d'infirmières, transformée en IFSI (Institut de formation des soins infirmiers) qui reste un lieu d'enseignement à part pour la transmission d'un savoir et d'un code de conduite professionnel

immuable¹³. En Espagne où la formation infirmière est à l'université, le pourcentage d'infirmiers est d'environ 50 %. Depuis la fin de l'année 1999, la baisse régulière du chômage, le maintien de situations insupportables au travail et la nécessité de négociations pour l'application des 35 heures, ont suscité des mouvements divers de revendication : personnel des services d'urgences, infirmiers(ères)-anesthésistes, sages-femmes manifestent leur volonté de se faire entendre et de négocier les améliorations de leurs professions. Mais ces mouvements pourront-ils véritablement remettre en cause l'attitude « éternelle » à l'égard de l'ensemble des personnels soignants?



1. Postes de personnel budgétisés mais utilisés pour du matériel par exemple.

2. Christophe Dejours, *Souffrance en France*, Éditions du Seuil, 1998, p. 173.

3. Marie-France Collière, *Promouvoir la Vie*, Intertédition, 1996, p. 77.

4. Francine Muel Dreyfus, *Vichy et l'éternel féminin*, Seuil, 1996, p. 10.

5. M.F. Collière, op. cit. Yvonne Knibbieler, *Corsettes et blouses blanches, 1880-1980*, Hachette, 1984.

6. M.F. Collière, op. cit., p. 53, 79, 87.

7. Michèle Perrat, *Les Femmes ou les Silences de l'histoire*, Flammarion, 1998, p. 198, p. 204.

8. Exemple : *La Revue de l'infirmière - Infirmière magazine*.

9. Danièle Kergoa, « La coordination infirmière » Cahiers du Gediist, n°2, 1991, p. 45.

10. M. Maruani, « Les temps modernes de l'emploi féminin », n° 44, *Manière de voir*, Femmes le mauvais genre.

11. J. Duhart, J. Charton, « Le Malaise infirmier » La méconnaissance du profil informationnel de la fonction infirmière, Université de Provence, 71-75, 81-88.

12. Anne-Marie Arborio, *Quand le soie boulot fait le métier*, Sciences Sociales et Santé, vol 13, n° 3, sept 95.

13. Jean Perrié, *L'hôpital en urgence*, Métalié, 1992, p. 175.

14. D. Kergoa, *Mouvement social et division du Travail*, Gediist, n°2, Iresco-Cnrs.

15. Erving Goffman, *Asiles*, Le Sens Commun, 1968, p. 46.

Infirmiers : un seul corps, deux esprits

Olivier Boitard
et
Bernardine Langlet

Olivier Boitard est médecin psychiatre et Bernardine Langlet, infirmière en psychiatrie. Ils représentent respectivement la Commission médicale d'établissement à la Commission du Service de soins infirmiers ; et la Commission de service de soins infirmiers à la Commission médicale d'établissement.

Centre hospitalier
interdépartemental de
Clermont de l'Oise :
2, rue des Finets
60607 Clermont Cedex

Même si les tentatives de réunification avec les autres domaines de la santé se multiplient avec plus ou moins de bonheur, la psychiatrie, par son histoire et son objet, se veut distincte des disciplines M.C.O. (Médecine, Chirurgie, Obstétrique). Les gardiens des asiles psychiatriques ont une histoire bien différente des «*enfermiers*» (1288) et la réunion de ces deux carrières ne date que de quelques années.

Actuellement, la grande majorité des infirmiers qui travaillent en santé mentale ont une formation particulière à laquelle ils étaient fort attachés, comme l'ont montré les conflits autour de la reconnaissance du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique inconnu par Bruxelles, et que Paris a fini par intégrer du bout des lèvres au diplôme d'État.

C'est la relation au patient qui fonde le travail commun à toutes les professions psychiatriques et le partage des rôles est moins facile qu'en médecine somatique où chacun maîtrise sa technique. La notion d'équipe est aussi souvent plus forte, mais la question de qui doit diriger n'est pas toujours tranchée. Y a-t-il une spécificité de l'infirmier de secteur psychiatrique ?

Reprenons l'histoire. Le fondement de l'histo-

re de l'infirmier psychiatrique peut s'inscrire à la fin du XVIII^e siècle avec la nomination de Philippe Pinel, médecin chef des infirmeries de Bicêtre à Paris, qui libère «*les aliénés de leurs chaînes*», image mythique. Il choisira ses assistants parmi les malades guéris ou convalescents.

Au XIX^e siècle, la loi sur les aliénés de 1838, qui a posé le cadre législatif pendant plus d'un siècle et demi, a doté chaque département d'un asile pour l'accueil des insensés. Au service de ces derniers, on trouve un personnel de surveillance qui vit dans une grande précarité, sans statut, le plus souvent illettré, tenu d'être présent vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dont le recrutement est laissé à la libre initiative des administrations des asiles.

Les personnels, comme les patients sont enfermés derrière les murs de l'asile, soumis à des règlements stricts, ils sont gardiens de l'ordre de la folie. Grâce à l'influence historique de Pinel et aux travaux de Bourneville, la circulaire du 4 avril 1907 crée le diplôme d'infirmier psychiatrique.

Dans la 1^{ère} partie du XX^e siècle, marquée par deux guerres mondiales qui bousculeront le regard posé sur la folie (mixité des équipes en

1914, lien douloureux entre l'asile et les camps d'internement), l'émergence de nouvelles thérapeutiques et de nouvelles molécules, la profession se régleme. Décrets et lois viennent modifier l'organisation du travail et l'exercice de la profession.

En 1955, un arrêté organise la formation pour l'obtention du diplôme national d'infirmier des hôpitaux psychiatriques, qui devient obligatoire. L'identité infirmière se forge, et modifie la relation soignant/soigné.

L'année 1979 marque un rapprochement entre les deux cursus : soins généraux et psychiatriques par l'instauration d'une année commune et reconnaissance du rôle propre infirmier. La profession acquiert une relative autonomie. Les deux formations se fiancent...

À l'issue du conflit infirmier de 1988, M. Evénage engage une réflexion qui doit conduire à une seule formation et un seul diplôme infirmier. Elle aboutit en 1992, c'est l'avènement du diplôme unique. La spécificité d'infirmier psychiatrique n'existe plus légalement. Mariage sans consentement bien éclairé.

Responsable... Maintenant chaque infirmier dépend du même décret qui lui confère un rôle propre et un travail sur prescription (décret du 15 mars 1993). La dimension du rôle propre d'infirmier en psychiatrie repose sur le repérage des troubles du comportement et principalement sur la relation d'aide et d'écoute. Cette dimension demande un apport théorique, mais s'acquiert sur le terrain. Elle est transmise par les pairs, par le partage de leur expérience et le transfert des connaissances empiriques et ne sera préservée que par le respect de « l'ancien ».

Par ailleurs, la relation d'aide s'appuie sur l'aménagement de la rencontre avec « l'autre », qui demande disponibilité et implication consciente

ou inconsciente de l'infirmier. Chaque rencontre est nouvelle, inattendue. Chaque prise en soins revêt un caractère unique, contrairement aux performances des soins techniques qui sont vite acquises. La formation dispensée actuellement a réduit considérablement les stages pratiques, essentiels au travail en psychiatrie.

Les relations ne sont pas définies par des protocoles...

Délégué... Comme tout infirmier, l'infirmier psychiatrique a aussi pour mission d'appliquer les directives médicales. Lorsque le chirurgien prescrit à l'infirmier un soin, il pose une indication claire et dans ce cadre l'infirmier va exercer une technique précise. Lorsqu'un psychiatre prescrit une visite à domicile, le but thérapeutique recherché n'est pas univoque : ce peut-être un soin de type injection, une évaluation des difficultés psychiques du patient, un soutien thérapeutique, une intervention pour préparer une hospitalisation, un accompagnement et un maintien dans le tissu social...

Les actes infirmiers ne peuvent être prescrits sans un minimum de dialogue entre psychiatre et infirmier, voire une confrontation de points de vue. Mais l'infirmier peut-il s'autoriser de lui-même une visite à domicile ou une première consultation au Centre médico-psychologique ?

Pour notre part, nous pensons que c'est possible si la philosophie des soins est définie, partagée par l'ensemble de l'équipe, et à condition que les interventions soient discutées entre tous les professionnels.

Un pouvoir partagé. C'est dans les hôpitaux psychiatriques que les médecins conservèrent le plus longtemps la responsabilité de la gestion et de l'organisation de l'établissement, à travers le médecin directeur. Cette fonction disparaît au fur et à mesure que la direction de ces établisse-





ments est proposée aux administratifs émouls de l'école de Santé publique de Rennes. La confrontation duelle médecins-gestionnaires subit un premier coup de semonce en 1968, lorsque s'affirme la notion de « pouvoir infirmier » avec des grèves particulièrement longues et dures dans les Centres hospitaliers spécialisés. La prise progressive de responsabilité des infirmiers ne fut pas spécifique à la psychiatrie, mais s'intégra dans les réformes globales du monde hospitalier. Elle a été marquée récemment par la création de la commission de service de soins infirmiers, instance consultative créée sur le modèle de la commission médicale d'établissement et présidée par l'infirmier général (qui dirige l'ensemble des infirmiers de l'hôpital).

Différence remarquable, le médecin à la tête de la commission médicale d'établissement est élu parmi ses collègues, alors que l'infirmier général – avec rang de directeur – reste sous la responsabilité hiérarchique du directeur général. S'ils ont chacun leur légitimité, le président de la commission médicale d'établissement est, lui, totalement indépendant de la direction administrative.

Serait-ce, pour les pouvoirs publics, la volonté d'opposer au pouvoir médical un front directeur – infirmier, alors qu'un pouvoir équitable entre les grandes instances, administratives, infirmières et médicales, est l'assurance d'une harmonieuse valse à trois temps ?

Les infirmiers de secteur psychiatriques ont une pratique bien différente de leurs collègues qui exercent en soins généraux. À ce jour, ils sortent pourtant du même moule, passent le même diplôme. Leur formation ne les prépare que partiellement à un travail en psychiatrie publique. Revenir à des formations totalement distinctes est illusoire, le diplôme unique étant une réalité bien acceptée.

Nous nous prononçons comme moult professionnels pour, à l'issue d'un tronc commun de trois ans, une année de spécialité qui pourrait concerner la psychiatrie comme la puériculture, l'anesthésie, etc.

Le mariage de l'ancien gardien d'asile avec « l'enfermier » sans être remis en question serait alors sous le régime de la séparation de biens.

La douleur comme révélateur

Un patient de mon service, souffrant d'un cancer bronchique en phase terminale, me signale un soir qu'il éprouve une douleur très violente dans le côté. Il dit en avoir parlé au médecin lors de sa visite l'après-midi, qui lui a répondu qu'il verrait cela le lendemain matin. Un peu plus tard, à 22 h, il a craché des morceaux sanglants. L'interne de garde que j'avais appelé pour quelqu'un d'autre est intervenu immédiatement et devant la gravité du problème a fait appel au réanimateur. Devant la douleur insupportable, le malade qui avait antérieurement été amputé d'un bras, m'a réclamé de la morphine qu'il avait déjà expérimentée. C'est d'ailleurs la décision qu'avaient prise les médecins de garde et la prescription était prête d'une injection toutes les quatre heures. Il en a reçu à 22 h, à 2 h et à 6 h puis le matin, la prescription a été arrêtée. Le patient, fatigué par son état et sa mauvaise nuit, dormait. Il n'a ainsi pas eu de morphine à 10 h ni à 14 heures. À 18 h, devant sa plainte et l'aggravation de son état, l'infirmière a réclamé de la morphine au médecin du service qui a refait la prescription. Peu de temps après l'injection, le patient est décédé. L'infirmière de jour me racontant sa journée, je fus profondément révolté que les médecins n'aient pas poursuivi le traitement institué la nuit, ce qui avait interrompu l'effet antalgique.

Quelques jours plus tard, je vins au staff afin de demander des explications. Dans un premier temps, le médecin concerné a nié avoir arrêté le traitement, la deuxième prescription ayant été datée sans indication de l'heure... Le chef de service à qui le patient s'était plaint la veille, me déclara : « Il ne souffrait pas auparavant, j'ai pensé que cela pouvait attendre. Je ne pouvais pas donner de la morphine à quelqu'un qui n'en voulait pas ». Devant mon étonnement et mon insistance, se sentant mis en accusation, le ton du médecin est subitement monté. Il m'a demandé de me taire, à défaut de quoi, je risquais des représailles. Je quittai la réunion. Suite à cet incident, la surveillante de jour, présente, a convoqué une réunion de tous les soignants et médecins du service. Les seuls qui se sont exprimés ont fait part de leur impression d'une certaine réticence (ou lenteur) à mettre en route des traitements antalgiques, en différenciant bien ces demandes des souhaits d'euthanasie parfois exprimés par certains devant des cas critiques pas ou mal soulagés. Les médecins ont alors fait référence aux risques de plaintes de familles (on était en pleine médiatisation de l'affaire de la Martinière) mais ont surtout insisté sur la difficulté de « préparation » des patients et surtout des familles à un traitement morphi-

Régis Béranger
Infirmier



nique dont on connaît les effets secondaires sur les patients de pneumologie (en fin de vie...). À notre demande de prescriptions conditionnelles, comme cela se passe dans d'autres services, il nous fut répondu que cela reviendrait à nous déléguer un pouvoir de prescription et que cela n'était pas possible. Notre demande est pourtant sans ambiguïté : nous souhaitons tout simplement agir sur prescription lorsque le médecin n'est pas là. Le seul résultat obtenu lors de cette réunion a été de noter sur la feuille de température du patient douloureux la valeur de l'échelle analogique (de 1 à 10) de mesure de la douleur... avec toutefois la remarque d'un des médecins qu'une évaluation élevée ne déboucherait pas systématiquement sur une prescription car la douleur pouvait être influencée par le psychisme... Un autre des médecins du service nous avait dit antérieurement à propos de la demande de prescription de morphiniques par un patient : « On ne peut pas répondre à la demande de suicide d'un patient... » Les relations avec les médecins qui ont été formés il y a vingt ou trente ans, du fait de l'âge et de la pratique, ont pourtant évolué. Si le dialogue n'est pas sans problème, il a le mérite d'être possible, ce qui n'est pas évident dans toutes les structures.

Cependant, il apparaît que seules les observations concernant les comportements des patients, ou leur plus ou moins bonne volonté à se soumettre aux traitements, sont « entendables ». Il est quasi impossible d'être écouté sur des questions

comme le projet thérapeutique, le refus de certains patients de devenir autonomes et tout autre positionnement qui n'irait pas dans le sens de l'idéologie de la guérison. L'obstacle majeur me paraît être l'impossibilité pour la plupart des médecins d'exprimer leurs doutes, de partager leurs émotions, leur ressenti, ce qui les empêche d'entendre ceux du patient et du soignant qui souvent les relaie. Le staff oblige le médecin à entendre l'équipe qui va insister sur le ressenti du patient qui n'exprime parfois rien de sa douleur à l'équipe médicale, mais la confie à l'infirmière, à l'aide soignante, parfois à la femme de ménage. D'autre part, la douleur est parfois associée à la mobilisation ou à certains soins (pansements d'escarres), lesquels ne sont pas directement en rapport avec l'affection prise en charge. Le médecin est alors contraint d'expliquer pourquoi il ne soulage pas ou insuffisamment les douleurs signalées. Les staffs ont fait évoluer la situation parce que les médecins ont compris l'utilité de ce mode de communication pour que le travail se passe comme ils le désirent. Nous comprenons mieux leurs décisions thérapeutiques, mais surtout nous pouvons faire entendre la parole du patient, ce qu'il nous dit, ce que nous observons vingt-quatre heures sur vingt-quatre alors qu'ils ne sont eux-mêmes présents que quelques minutes par jour dans la chambre.

Cette évolution est primordiale pour la prise en charge de la douleur, que certains médecins ont encore beaucoup de mal à entendre.

Cadres ou encadrés ?

Il y a les unes, rares. Et les autres, qui sont les plus nombreuses. Les autres n'aiment plus être infirmières, pour différentes raisons : certaines aiment exercer un pouvoir sur leurs anciennes collègues, elles en usent et en abusent. J'ai connu une encadrée tellement jalouse d'une compétence que me donnait une expérience de *Registered Nurse* (diplôme universitaire de sciences infirmières de l'État de Californie, très coté aux États-Unis) et d'un article que j'avais écrit à la demande du médecin directeur, qu'elle a monté avec d'autres une fausse plainte de malade et a fait un chantage auprès de ce même directeur pour me faire virer. Après maintes péripéties, j'ai décidé de partir travailler ailleurs qu'à Clermont-Ferrand où j'ai pourtant mes racines. J'en connais d'autres qui confondent autorité et autoritarisme. D'autres encore qui savent parfaitement harceler « moralement », sournoisement... J'en ai même connu un qui harcelait sexuellement surtout les jeunes élèves et les infirmières un peu fragiles. Toutes (et tous) ces autres fuient la réalité de notre métier parce qu'ils en ont marre, jusqu'à préférer aller se faire encadrer (écrire sur la formation de cadres serait un autre article...). J'ai moi-même passé l'écrit du concours (je n'ai pas été reçue) mais me suis rapidement rendue compte que je n'avais pas « l'esprit » requis.

Surveillante... Car dans le quotidien, c'est ainsi qu'on persiste à les appeler. Déjà, ce nom évoquant le flicage me gêne. Il y a longtemps, un directeur me disait : « Vous n'avez pas besoin de surveillante. » Un peu interloquée, je n'avais pas répondu. Mais en réfléchissant, je n'ai effectivement pas besoin qu'on me surveille. Par contre, j'aime échanger avec le cadre infirmier, celui qui a su résister à l'encadrement, à l'enfermement de sa pensée, qui sait stimuler ses équipes dans leurs projets. Il existe de bons cadres. J'en ai rencontré... deux ! Une monitrice, lorsque j'étais à l'école d'infirmières, et une surveillante générale, trente ans plus tard. Elles acceptent de se remettre en question, et ont des manières d'être dans le travail qui appellent au changement, qui interpellent différemment. Par exemple, elles résistent à la robotisation de notre profession, entre autres aux protocoles, saucissonnage de techniques qui remplacent un savoir-faire auprès des patients et qui ne sont qu'un fourre-tout de minimum requis à partir duquel sont ficelées les évaluations. Elles ne nous traitent pas comme des imbéciles, ni des quasi illettrées, ce que font les autres en nous imposant des formules toutes faites où nous n'avons plus qu'à tracer des croix, voir les transmissions ciblées... Ce sont ces autres qui, sans sourire, affirment : « Il faut apprendre à penser

Joëlle Sauvezie
Infirmière.



aux infirmières », en s'appliquant à faire appliquer des directives administratives lesquelles, elles mêmes, relaient des directives ministérielles manifestant une absence de réflexion. Moins les gens réfléchissent, plus ils sont faciles à manipuler, plus on les rend cons et plus ils seront obéissants... Mais ne deviennent connes que celles qui acceptent de l'être parce qu'elles ont peur de se mouiller (encore un beau sujet, la peur chez les infirmières !). Jouer les imbéciles est une excellente défense contre les « autres » ! Pour avoir la paix, on évite de se questionner authentiquement dans son « être infirmière », on vit ailleurs, on veut juste travailler tranquillement. Cependant, cette fonction peut vous habiter. Viennent alors l'investissement, puis le surinvestissement et parfois le désinvestissement, mais qui s'en soucie ? Les encadrés s'en foutent, les cadres posent la question, mais peuvent toujours attendre une véritable réponse ! L'énorme différence entre les unes et les autres, c'est que les cadres cherchent à progresser alors que les autres se cantonnent au

fonctionnalisme, font appliquer des décrets, des lois, des trucs et des machins qui retombent sur qui ? Pas seulement sur les infirmières, mais surtout sur les patients. Les matonnes, majoritaires, imposent des systèmes pillés chez les infirmières américaines et canadiennes sans aucune considération de nos profondes divergences culturelles. Ce que j'attends pour ma part, d'un cadre, c'est qu'il nous permette d'inventer, de chercher pour notre profession et qu'il nous accompagne, nous stimule dans notre cheminement.

Il s'agit d'être cadre, comme d'être infirmière. Il s'agit d'ÊTRE, pas de faire faire, ni de faire croire. Il s'agit d'être à l'écoute, en relation, SOIGNANT. Sans doute est-ce une vision utopique...

Infirmière ayant acquis un diplôme de cadre pour échapper à une profession dans laquelle elle n'a pu séparer. Elle ne peut entendre ce qu'elle n'a jamais senti et qu'expriment les équipes soignantes.

Rêve brisé

Catherine Jung

Médecin généraliste, ancienne infirmière.

J'ai choisi le métier d'infirmière à l'âge de quatre ans. J'en rêvais, petite, souvenirs d'hôpital, de la chambre où mon père est mort, de mon hospitalisation à moi. À 19 ans, je suis entrée à l'école d'infirmière. J'y ai découvert un autre monde, pas celui de mes rêves. Un monde en double, d'un côté des pinnacles : je n'aurais jamais imaginé que faire un lit ou langer un bébé soit un art aussi compliqué. Et puis, de l'autre côté, un « renouveau méninge » qui nous venait tout droit du Québec : des réflexions sur le soin, sur la personne malade et son environnement, l'accueil de la famille à l'hôpital, le travail en équipe, l'accompagnement des mourants. Toutes réflexions et intérêts que je n'ai jamais retrouvés en faculté de médecine par la suite.

Le rêve s'est brisé en travaillant à l'hôpital. Ça a été une autre affaire. L'histoire de ce métier est

marquée par la présence des religieuses dans les hôpitaux. Nous en avons hérité le dévouement aux malades, ce que je concevais, et la soumission aux médecins, ce qui me paraissait plus difficile.

Je rêvais d'un travail en équipe, infirmière et médecin, deux métiers complémentaires. Nous avions fait des études, nous devions savoir réfléchir. Je posais des questions et cela dérangeait, et m'a été reproché. S'il était imaginable que nous réfléchissions, il était tout aussi impensable que nous prenions plaisir à faire une toilette ou frictionner un dos. Ce mépris pour nous existait aussi pour les malades. J'ai craqué et pris la décision de changer de métier, le jour où un interne à qui je suggérais de prévenir un homme que sa femme allait mourir, m'a répondu : « Qu'est-ce que tu veux que je lui dise, il est trop con pour comprendre ! »

Je voulais quitter l'hôpital, mais j'avais eu du plaisir à soigner... Pour continuer, j'ai décidé d'entrer en faculté de médecine.

De l'ordonnance à la collaboration

En ville, je suis médecin généraliste libéral, payé seulement à l'acte curatif et force est de constater que, lorsqu'il s'agit de soigner une personne qui nécessite une intervention commune de la part du médecin et de l'infirmière, le lien que j'ai avec ma collègue soignante est quasi inexistant, réduit à sa plus claire expression : l'ordonnance. Ce feuillet qui donne ordre de, écrit de ma main, se réduit à quelques phrases devenues stéréotypées au fil de mes années de pratique : « Faire faire à domicile x soins infirmiers de tel ou tel type. »

La plupart du temps, c'est le malade qui choisit « son » infirmière et lui remet directement mon commandement. Il est rare, lorsque le soin infirmier débute, que je connaisse l'infirmière qui fera le soin, encore plus que je parle au téléphone avec elle, et exceptionnel que je la rencontre à propos du malade. *Time is money* et, entre ma vingtaine d'actes médicaux par jour et la cinquantaine d'actes infirmiers de l'autre côté, une rencontre tient du miracle organisationnel et ce d'autant que cette rencontre n'est pas rémunérée.

Quelques exceptions tout de même à ce non

dialogue institutionnalisé, lorsque des problèmes médicaux apparaissent ou ne se résolvent pas bien au fil des soins : c'est alors le plus souvent l'infirmière libérale qui m'appelle et nous essayons de résoudre les problèmes en question.

Une autre situation un peu exceptionnelle est lorsqu'il s'agit de débiter des soins infirmiers dans le cadre de l'hospitalisation à domicile. Il s'agit de soins souvent lourds et complexes et je fais tout mon possible pour rencontrer une des infirmières de l'équipe. Cette tentative réussit une fois sur deux en moyenne. L'autre fois, c'est moi ou elle qui n'avons pu nous libérer, faute de pouvoir trouver le moment où nous avons une disponibilité commune pour nous rencontrer au domicile du malade.

Ainsi donc va, en ville, la vie du médecin généraliste que je suis et de mes collègues infirmières. Nous avons des chemins parallèles qui se croisent exceptionnellement (pas plus d'une dizaine de fois dans une année) au chevet de nos malades communs. On pourrait pourtant imaginer qu'il y ait d'autres circonstances professionnelles – en plus de celles du soin pour une personne donnée, à un moment donné – pour

Patrice Muller

Médecin généraliste.



échanger sur nos pratiques, aborder des questions de santé publique et nous faire rencontrer avec les autres professionnels du soin impliqués auprès de notre communauté de malades (kinésithérapeutes, pharmaciens, etc.). La seule ébauche de telles rencontres dans le lieu où j'exerce est le réseau ville-hôpital, qui donne des occasions à des professionnels de santé d'horizons différents de se rencontrer, d'échanger et de réfléchir ensemble sur des problèmes communs.

À l'hôpital, je trouve d'autres types de relations avec les infirmières que je rencontre à propos de « mes » malades hospitalisés. À force de fréquenter les mêmes services hospitaliers, nous finissons par tisser des liens moins anonymes. Sans souvent connaître leur nom, nous nous connaissons au moins de visu. Lorsque j'arrive dans le service hospitalier pour rendre visite à un malade, le premier soignant que je rencontre est souvent une infirmière. Si je veux m'enquérir auprès d'elle de mon malade, la plupart du temps elle ne me répond pas directement, ne se sentant pas autorisée à me répondre, moi étant médecin et elle infirmière, ayant intériorisé cette hiérarchisation professionnelle (un exécutant ne peut pas discuter avec un décideur...). Par conséquent, elle va à la recherche de mon alter ego hospitalier qui, très souvent, en sait beaucoup moins sur l'évolution au jour le jour du malade hospitalisé (son moral, l'acceptation de la maladie, le comportement de la famille, son évolution psychologique, etc.). Lorsque je demande des renseignements médicaux plus précis sur les résultats de tel ou tel examen important pour le diagnostic ou le traitement, la plupart du temps, les infirmières ne les connaissent pas et elles me renvoient à mon collègue hospitalier. Ou bien elles mettent à ma disposition le dossier médical du patient dans lequel je vais aller à la recherche de l'information manquante pour aller ensuite pouvoir moi-même répondre au questionnement du malade dans sa

chambre. À l'inverse, en tant que médecin, jamais je n'ai eu la curiosité ou la proposition de consulter le dossier rédigé et tenu par les infirmières pour le même malade. À chaque profession son dossier, qui devient une chasse gardée des uns et des autres. Absurdité de logiques administratives ou corporatistes où il ne s'agit surtout pas de mélanger les torchons et les serviettes pour avoir un maximum de points de vue différents, lesquels permettraient pourtant d'améliorer la qualité de nos soins. À quand le dossier médical unique où chaque soignant signera sous sa plume les analyses et décisions thérapeutiques qu'il prend au vu et au su de toute l'équipe soignante ?

Un autre moment hospitalier, révélateur de la mauvaise articulation entre les deux métiers est le staff hospitalier, ce moment de réunion hebdomadaire ou bi-hebdomadaire, où les médecins d'un service, dans une salle à part, présentent et réfléchissent sur les « cas médicaux ». C'est souvent lors de ce staff que sont discutées et prises les décisions thérapeutiques essentielles concernant les malades hospitalisés. Bien qu'elles n'y soient pas interdites de présence, les infirmières sont absentes de facto de cette instance, où pourtant des décisions importantes sont prises pour lesquelles leurs avis seraient nécessaires à prendre en considération, dans l'intérêt du malade (rôle de médiation, d'information en particulier). Le temps de l'infirmière hospitalière est extrêmement compté, celui où elle devrait participer à la discussion commune n'est pas prévu. À moins que ce temps de concertation ne soit pas voulu ?

À quand les changements des pratiques et des attitudes des uns (nous les médecins) et des autres (elles les infirmières) pour permettre une meilleure collaboration, sur un pied non hiérarchisé ? Les patients ont tout à gagner d'un tel travail, réellement coopératif entre soignants.

Chronologie du DAR !

Antérieurs à la réforme hospitalière de 1996, et bien avant les dictats de « l'accréditation », figurez-vous que les DAR existaient déjà ! DAR ? Vous savez : Donnée, Attitude, Résultat que les infirmiers utilisent souvent contraints et forcés.

Mais avant, les DAR relevaient plus des descriptions affectives rédigées. Des ersatz de DAR... Comme monsieur Jourdain qui faisait de la prose sans le savoir, les soignants dardaient inconsciemment... mais inefficacement. On pouvait lire dans les dossiers infirmiers : « Nuit du... au... Monsieur X m'a dit qu'il est constipé depuis trois jours, ça l'embête. Ce monsieur est sous Moscontin® depuis son arrivée dans le service. Je lui explique que c'est sans doute lié à son traitement antalgique et je lui propose un suppositoire de glycérine. Ce matin, penser à demander au médecin de prescrire un laxatif (Duphalac®). Sinon, pas de douleurs, il a bien dormi. »

Mais le monde de la santé obéit désormais à de nouvelles « recommandations », directives, ordres. L'accréditation doit, évaluer, harmoniser les pratiques, les STANDARDISER.

Un des objectifs est donc de rompre avec ces écrits soignants obsolètes et trop longs à lire (et pourtant, quelle tendresse s'en échappait parfois,

transmissions pas encore tout à fait militaires, ciblées, mais émouvantes témoignant d'une réelle relation duelle soignant / soigné !) Il faut donc maîtriser les transmissions¹ ciblées. Cette maîtrise suppose de comprendre les enjeux des transmissions pour la personne et pour l'équipe, dans le contexte social et dans le contexte de l'accréditation, de savoir utiliser les supports écrits de référence et surtout de développer ses compétences d'observation, et de mémorisation, de communication écrite et orale afin d'assurer brièveté, clarté et efficacité du message professionnel.

C'est ainsi qu'on peut lire désormais : « Élimination : D = constipé A = suppositoire de glycérine R = rien. Communication : D = déprimé A = télé mise en route R = dort. »

Moi, j'aimais bien les anciens DAR, moins objectifs certes, mais certainement plus humains. On y sentait la vie, des histoires particulières, même si parfois la narration était maladroite. On reconnaissait le soignant dans sa différence. Certains médecins aussi ressentent de la nostalgie pour les anciens écrits infirmiers passations de connaissance, ils appréciaient les descriptions des jours et des nuits des malades, trouvaient dans certains détails – aujourd'hui jugés superflus, gain de

Fabienne Messiaen-Pagotto

Fabienne Messiaen-Pagotto est infirmière cadre de nuit.



temps oblige – de quoi affiner leurs prescriptions, d'individualiser les traitements. Les soignants, militarisés, robotisés, utilisent des outils opérationnels, sans dommage collatéraux, visent des cibles pré-sélectionnées, sans perte de temps, enfin rentables !

Trop souvent, les soignants étaient atteints du RAS : Rien à signaler, soit du RAD : Rien à dire... ET maintenant, nous fonctionnons au RADAR, programmés, iso normés, OPÉRATIONNELS ! Sir, Yes sir !

1. **Transmissions** : du verbe transmettre, faire passer, faire parvenir, communiquer (ce que l'on a reçu). Action de transmettre pouvant utiliser plusieurs supports :

Transmission mécanique : ensemble des organes interposés, dans une automobile, entre le moteur et les roues.

Transmission de données : technique utilisant les voies de transmission télégraphiques et téléphoniques pour

assurer d'une part, depuis un ou plusieurs points éloignés, l'acheminement, vers un calculateur électronique, des informations d'entrée (données et programme) à traiter, d'autre part, en sens inverse, l'acheminement vers un ou plusieurs points, des informations de sortie obtenues.

Transmissions infirmières : Les transmissions écrites répondent à une obligation légale (décret), leur but est de laisser une trace des observations, des soins qui ont été réalisés. Elles permettent également d'assurer la continuité des soins par l'évaluation constante des objectifs fixés par l'équipe de soins.

Les transmissions orales sont principalement utilisées à l'occasion des relevés infirmiers, elles permettent l'évaluation d'une situation donnée à un moment précis. Elles apportent un nombre important d'observations, de faits qui auraient pu échapper à d'autres collègues. Dans le cadre défini par l'ordonnance du 24 Avril 1996, cette procédure est conduite par l'Agence nationale de l'accréditation et d'évaluation santé (ANAES). Cette accréditation sera une obligation pour les établissements de santé qui, dans un délai de cinq ans, devront l'avoir demandée à l'Agence nationale. L'initiative de la demande d'accréditation est prise par le directeur en concertation avec les instances de l'établissement.



Pouvoir ou ne pas pouvoir Là est la question

Voilà une petite histoire qui en dit long sur le malaise des cadres victimes du pouvoir, celui qu'ils visent et que l'institution leur dénie de plus en plus. En tant que cadre « supérieur » de nuit, une de mes responsabilités essentielles réside dans la confection des plannings. Cette activité peut paraître sans grand intérêt et le serait si elle restait dans l'acception généralement fantasmée par l'administration : remplir les espaces libres du fait des absences programmées du personnel en place. Or, la réalité est tout autre. Concevoir un planning nécessite que soient pensées les moindres affectations, en fonction évidemment des compétences, mais également des affinités, de l'intérêt pour les spécialités diverses, des difficultés que peuvent avoir les uns et les autres devant certains postes très techniques, ou au contraire très relationnels. Ces données étant susceptibles de varier, la gestion du personnel soignant demande un ajustement permanent, une proximité, un dialogue qui rend particulièrement important que le choix des remplaçants soit effectué par le cadre soignant, d'autant qu'il est pleinement responsable devant les patients, les médecins et l'administration, de la qualité du travail. Or, à la suite d'une prise de position contre (disons pour faire court que je me suis vivement insurgée) l'arrêt du remplacement des aides soi-

gnantes la nuit, pour économiser du budget, il m'a purement et simplement été retiré la responsabilité de choisir et programmer les personnels de remplacement alors qu'ils effectuent le tiers à peu près du temps requis. Ce travail fut dès lors effectué par l'équipe administrative, sous le prétexte d'harmoniser l'ensemble de l'hôpital (les équipes de jour étant déjà gérées ainsi). La particularité de la nuit était pourtant évidente et justifiée par l'absence réelle de la totalité du staff administratif. Ainsi, alors que le cadre de nuit gérait auparavant la totalité des incidents pouvant se présenter au cours de son exercice, nous sommes aujourd'hui obligés de référer de toute absence au pied levé à un cadre administratif de garde (qui peut être le comptable ou le chef des services techniques) qui ne fait pas toujours la différence entre une aide soignante et une infirmière et qui, la plupart du temps, ne sait pas ce qu'il convient de faire. Nous continuons, par conséquent, à lui suggérer la solution, le tenons informé des incidents et des suites qui lui sont données, ce qui a pour effet de nous faire perdre un temps précieux dans la solution du problème et génère un agacement qui ne s'estompe pas.

La mainmise de l'administration me semble totalement destinée à verrouiller le pouvoir des cadres

Anne Perraut Soliveres

Cadre supérieur infirmier de nuit, chercheur en sciences de l'éducation.



soignants, comme il a contraint les pratiques médicales par la carotte ou le bâton de la sanction budgétaire. Cette « perte » de contrôle a pour effet immédiat de rendre impraticable l'exercice d'une responsabilité pleine et entière, puisqu'elle nous oblige à travailler avec des soignants qui ne correspondent pas à nos critères, et voudrait nous contraindre à fonctionner davantage dans la sanction que dans l'élaboration de critères correspondant à la réalité de l'exercice. Ainsi deux soignantes qui m'avaient été imposées ces dernières années ont-elles été sanctionnées, à la suite d'un incident grave avec un patient ou une famille et licenciée pour l'une (sans que je participe en quoi que ce soit à la procédure) et contrainte à retourner de jour (à ma demande) pour l'autre. Mes incessantes critiques sur le résultat de ce changement de stratégie n'ont aucune audience et je continue à me plaindre sans relâche, mais également sans

espoir. Le recrutement d'un nouveau cadre administratif anciennement soignant aura peut-être un impact positif sur la confection des plannings, mais sa position subalterne ne lui rendra pas la tâche facile. Il ne s'agit pas tant de pleurer sur une situation antérieure meilleure, mais de souligner à cette occasion combien la concertation est absente de situations où seuls les cadres soignants ont une compétence, et du découragement qui gagne actuellement cette profession en mal d'identité.

Ayant changé de position avec l'espoir d'être mieux entendus et de faire évoluer les situations dans l'hôpital, les cadres soignants se retrouvent obligés de composer avec les injonctions de la direction, elle-même contrainte par les injonctions des tutelles, et se retrouvent trahis à leur propre cause ou souvent considérés comme tel par les soignants se sentant abandonnés.

Cadre infirmier : pouvoir ou légitimité ?

Parfois, de plus en plus souvent, on se demande bien pourquoi on continue à former des infirmiers diplômés d'État à la fonction de cadre infirmier! Est-ce un subterfuge pour donner l'illusion que la profession d'infirmier offre des possibilités de carrière? Car si l'on y réfléchit bien, hormis travailler jusqu'à 65 ans dans des structures de santé variées ou à domicile, arthrosiques, presbytes, variqueux et épuisés physiquement, les infirmiers n'ont guère de choix de changement professionnel si ce n'est IRODE (Infirmier de bloc opératoire), IADE (Infirmier anesthésiste) ou Puériculture.

Alors, on continue à former des cadres infirmiers dits « de santé ».

Ce choix, si l'on croit encore au devoir d'humanité, devrait d'abord permettre de prendre soin des équipes soignantes dans leur pratique, pour qu'elle puissent prendre soin, à leur tour, des malades, clients, patients, usagers, dans les meilleures conditions possibles. Le fait d'être issu de la pratique soignante doit être une garantie de la prise en compte des problèmes liés à la qualité des soins, à l'exercice de la responsabilité, à l'écoute. Or, on exige des cadres de santé d'être et d'agir en gestionnaires, de maîtriser les coûts, de ne plus assurer la qualité mais la quantité des soins. Autant embaucher des *killers managers* !!!! Démodées la compassion, l'empathie, l'excellence? Place à l'efficacité (rendement, efficacité, au moindre coût)! Certains s'en accommodent facilement, la majorité le subit, une minorité s'y

oppose, haut et fort, refuse de céder à la « dictature économique du court terme ». Alors, on leur oppose ce truisme usé jusqu'à la moëlle : « Ou l'on se soumet, ou l'on se démet ». Les cadres, ça ne pense pas, Monsieur, ça ne conteste pas, ça ne revendique surtout pas, ça obéit.

Quand on sait que le programme de l'école des « crades » prévoit l'étude de « soumission à l'autorité » de Stanley Milgram¹, pour justement mettre en garde contre l'obéissance aveugle à des décisions hiérarchiques ou administratives aberrantes, on croit rêver! Les cours et l'étude du livre renforcent dans l'idée de ne JAMAIS RENONCER, même si le choix ternit la « bonne image de soi » que l'on voulait offrir à l'autre, au chef ou à n'importe quel supérieur.

Fabienne Messiaen-Pagotto

Infirmière cadre de nuit.

1. Stanley Milgram, *Soumission à l'autorité*, éditions Calmann-Lévy, Paris, 1974.

Docteur en psychologie sociale à l'université d'Harvard, S. Milgram décrit dans ce livre les expériences qu'il a pratiquées dans les années soixante. L'étude, et la large diffusion de ce travail expérimental, ont fait savoir que lorsqu'un individu se soumet à l'autorité, la conscience qui lui interdit d'ordinaire de céder à ses pulsions animales (cruauté, violence) est mise en veilleuse; dès lors qu'il rentre dans un système de hiérarchie et d'autorité, il perd le sens de SA responsabilité et sa capacité d'autonomie.

On peut citer également, inspiré de cet ouvrage, le film « J... comme Icare » tourné par Henri Verneuil, en 1979.
2. W. Hiesbeen, *La qualité du soin infirmier*.



Histoires de casquettes !

Fabienne Messuen-Pagotto

« Le cadre infirmier, qu'il soit de proximité, intermédiaire, transversal, supérieur ou encore de direction, exerce une fonction essentielle dans la capacité qu'auront les soignants à exercer leur art, à offrir leurs talents au malade et à ses proches ou plus généralement à la population. »

Un soir de plus, il manque une infirmière en ORL. Une fois de plus, on demande à une infirmière à mi-temps de médecine de remplacer. C'en est trop, je conteste ! Nous sommes six cadres infirmiers ce soir là, une par département et une cadre « sup » ! Quand je descends les rejoindre pour argumenter mon désaccord (je suis la cadre de la médecine dépanneuse !), j'ose émettre l'idée qu'une de mes « collègues » cadres pourrait reprendre sans honte sa fonction première d'infirmière pour aider le service défaillant (je le fais sans honte quand mon équipe est en difficulté).

« Quoi ? Mais où tu vas là, depuis quand les surveillantes remplacent les infirmières ? Ça se fait pas, t'as pas appris ça à l'école des cadres ?

- Non, j'ai appris qu'il f.

- Vous savez, il faut savoir garder sa casquette de cadre, si vous redevenez infirmière, votre équipe ne vous respectera plus.

- Ben, ouais, tu dois garder ta place de surveillante ! »

Légèrement écaillée, je ne cherche pas à lutter contre les cinq surveillantes pures et dures qui sont en face de moi. Je repense à une phrase, lue il y a longtemps !

« Dans le monde du soin, plus on monte dans la hiérarchie et en qualification, plus on s'éloigne des fluides vitaux de l'espèce humaine ».

Mon équipe me respecte et accepte mes décisions justement parce qu'elle sait que même

« cadre de santé », je suis restée infirmière. Faire le deuil de sa profession, qu'ils disent dans certains instituts de formation ! Faire le deuil... Respect, autorité, légitimité, rôle du cadre, valeurs professionnelles... Beaux discours ! Je continue à penser que la mission première du cadre est de porter attention à son équipe afin de lui offrir les meilleures conditions possibles pour prendre soin des personnes qu'on lui a confiées. S'il faut renouer avec les soins directs pour ce faire, je n'y vois pas d'indécence ni de crime de lèse-majesté.

En plus, je ne porte jamais de casquette, j'aime bien mieux les chapeaux !

Mon hôpital, comme toute entreprise qui se respecte (oui, vous avez bien lu, hôpital /entreprise, c'est comme ça maintenant, circulez, il n'y a rien à dire), mon hôpital donc, a mis en place les entretiens annuels d'appréciation et de développement. Ces derniers s'inscrivent bien évidemment " dans une démarche de progrès " directement issue de l'Accréditation. Arme managériale pour repérer, voire recycler les collaborateurs qui s'avèrent être des freins (sic) pour l'hospitalière entreprise. À " l'école des cadres ", en travail de groupe, nous avions planché sur le sujet. À la question : évaluation, pour vous c'est quoi, beaucoup avaient répondu sanction, contrôle, mise au point, j'avais été la seule à dire reconnaissance... Étonnant non ? Après avoir réaillé avec plaisir les vingt EAAD avec mes infirmières de nuit, c'est donc à mon tour d'être évaluée par mon N+1

The dark side of the EAAD !

21 H 30. Dans son bureau.

Les niveaux d'appréciation sont au nombre de cinq :

Au plus haut point /Très largement / En général /Assez peu / Pas du tout.

Question n°7 : Compréhension des missions et des tâches. Compréhension de ce qui est attendu, en termes de missions, de responsabilités, d'objectifs.

« Bon, alors, comment vous vous situez là ?

– C'est vous qui évaluez, je crois (c'est comme ça depuis le début de l'entretien...)

– Je pense qu'il y a quelques difficultés, par rapport à la compréhension de la mission.

– Lesquelles par exemple ?

– Un cadre est avant tout une courroie de transmission, il doit avoir la capacité d'avaler des couleuvres, mais surtout, on attend de lui qu'il en fasse avaler à son tour !

– Vous savez, j'ai peur de ne pas concevoir ma mission comme vous la présentez, je suis convaincue qu'on a, certes, un devoir de réserve, mais qu'il ne doit pas se substituer à l'engagement et aux valeurs personnelles.

– Alors, c'est là que se situe le problème, on va mettre « en général » d'accord ?

– C'est vous qui évaluez encore une fois ! Mais finalement, ça me plaît assez d'être en général peu apte à l'ingestion de couleuvres, ce que vous considérez comme une défaillance de cadre reste à mes yeux une qualité. Passons au reste, voulez-vous, il y a un malade qui ne va pas bien au service médecine.

Question n°8 : Attention apportée aux malades et à leur famille et à ceux qui nous les ont envoyés. Démonstration permanente de la préoccupation de répondre à leurs besoins d'une façon qui engendre la satisfaction.

Là, j'ai eu mon seul « au plus haut point ». Et très curieusement, comme j'ai eu la faiblesse de parler de la difficulté que j'éprouve lorsque les familles ou les proches des malades me remercient, me disent que « je suis tellement gentille », quand je les appelle pour leur annoncer l'aggravation ou la mort d'un de nos malades, et bien là, mon N+1 m'a dit que dans le « savoir/savoir être », et en raison de ce « au plus haut point », il faudrait que j'envisage une formation.

Dans les foutus diagnostics infirmiers, existe « le déficit de l'estime de soi ». Pour un cadre infirmier, le diagnostic « excès de sentiments et/ou d'émotions » serait donc préjudiciable à la fonction ?

Stella Vador

Infirmière cadre de nuit.

Une vraie équipe

Odile Vanhems
Infirmière. Monsieur D., 70 ans, est insuffisant respiratoire, diabétique avec des piqûres d'insuline et alcoolique ; il est bien soigné à domicile, mais, n'empêche, toutes les six semaines, régulièrement, il va faire un "petit" séjour à l'hôpital, en urgence, parce que l'une ou l'autre de ses pathologies s'aggrave... Un beau jour, Odile, l'infirmière, arrive chez Monsieur D. avec un beau cahier rouge, tout neuf :

"Voilà, M. D., nous allons faire une équipe, le

Docteur F., moi et Évelyne, Jean-Paul, le kiné., et nous écrivons tous dans le cahier. Et vous aussi, M. D., vous lirez et vous écrirez dans le cahier, parce que la personne la plus importante de l'équipe, c'est vous !

– Parce que je suis important, moi ?

Et de ce jour, M. D. n'a plus eu besoin d'être hospitalisé... et ils vécurent heureux mais, pas très longtemps, car il était gravement malade, quand même.

Les infirmières et les infirmiers Des gens formidables !

J'ai entendu l'autre jour, sur France Info, qu'il existait une fête des secrétaires. Eh bien, inventons la fête des infirmières... Je le dis avec des fleurs !

Dans mon boulot de généraliste, le travail avec les infirmières est une réalité quotidienne et très diversifiée ; une infinité de « petites choses » traduisant attention et respect dus aux patients, allant du détail aux actions collectives dans le quartier.

Je vais tenter de raconter mon quotidien dans la cité.

D'abord, le centre de soins du quartier, Didier, Véronique et les autres.

Nos contacts : le téléphone surtout, une sorte de réseau informel, ce sont les patients qui nous lient, le dialogue est permanent, les mots employés entre nous ne ressemblent en rien à ceux qui prévalent dans le milieu hospitalier, on démarre au ras des pâquerettes : la vraie vie ?

Dans le scénario, médecins et infirmières sont sur la même marche de l'escalier, pas de hiérarchie, de rapport de pouvoir, chacun fait ce qu'il a à faire selon ses compétences. La prescription

de soins résume une réalité décrite par les uns et les autres et sert le mieux être du patient dans sa globalité. Un exemple de scénario pourrait être le suivant :

« Mme C., son ordonnance pour les toilettes est finie, pouvez-vous en refaire une pour 6 mois, une toilette par semaine, je la trouve bien Madame C., elle a l'air contente.

– C'est OK pour l'ordonnance. Je la laisse chez elle ou vous passez la prendre ?

– On passera la prendre au cabinet médical, à bientôt. »

« Salut ! Je suis passée chez Madame D. (85 ans). Elle a la peau tout abimée autour des yeux, elle vise mal pour mettre son collyre, elle y arrive pas, quoi... Son glaucome ne va pas s'arranger, d'autre part, le problème de peau, c'est pas génial. Pourriez-vous passer matin et soir pendant la semaine ? Le week-end, ses enfants s'en chargeront s'ils le peuvent, ils vous préviendront s'ils ne peuvent pas passer.

– OK pour madame D.. À propos, hier soir, je suis passée chez Mme G., je l'ai trouvée complètement soûle, il y avait deux bouteilles de moussoux

Sylvie Cognard
Médecin généraliste.



vides dans la poubelle, qu'est-ce qu'on pourrait bien faire ? C'est désespérant c't'histoire !

– Je sais pas... Moi aussi, ça me turlupine. Je ne suis jamais arrivée à parler vrai de son problème d'alcool avec elle, j'ai essayé plein de fois pourtant. Je ne vois pas autre chose que d'attendre qu'elle retombe et se recasse quelque chose, l'hosto la répare à chaque nouvelle fracture et l'envoie en convalescence, ça fait quelques mois qu'elle ne boit pas, la Sécu rembourse, on n'est pas flic... On n'est pas délateur non plus, j'ai bien des fois pensé téléphoner à la directrice du service d'aides ménagères pour parler du fait que ce n'est pas le rôle de l'aide ménagère d'acheter le mousseux, mais ce n'est pas mon affaire de cafter. »

– Vous pensez aussi que c'est l'aide ménagère ?

– Le plus souvent sans doute, c'est Jeanne, de Vie Libre qui me l'a suggéré, elle passe souvent la voir, elle ne sait plus trop quoi faire non plus. J'avais contacté les assistantes sociales pour envisager un foyer logement, Madame G. ne veut pas, l'assistante sociale ne peut pas la forcer... Allez bon courage, à la prochaine ! »

– Les jambes de M. D. sont dans un état épouvantable, faut venir voir, on ne sait plus quoi faire.

– OK, demain 8 h 30, on se retrouve là bas, comme ça, je ne déferai pas vos beaux pansements.

– Madame C., toute une histoire, il y avait des puces et on pataugeait dans la crotte et la pisse de chien. Pensez donc, seize chiens dans un deux pièces cuisine ! Maintenant, il ne reste que Titus, ça lui a fait de la peine à Madame C. que le service d'hygiène de la mairie ait euthanasié les six chiots et placé les autres à la SPA.

– Madame D., elle est toute perdue depuis que son mari est mort, ça lui fait de la visite et ça la rassure de voir les infirmières matin et soir et puis comme ça, si elle meurt, elle ne restera pas une semaine à pourrir. « C'est déjà arrivé à d'autres », qu'elle dit en hochant la tête.

Madame G., un mur de déni, une fierté incom-

mesurable, digne sur ses jambes de polynévritique qui la portent à peine. L'infirmière, l'assistante sociale, la copine de Vie Libre et moi-même, nous assistons à sa lente dégradation, de cuite en cuite, de chute en chute, de fracture en fracture, huit au total, mais on reste à ses côtés, on l'accompagne, on continue de lui prodiguer nos soins. Je crois qu'elle nous aime bien, Madame G.

Monsieur D., avec lui, si on ne devient pas des championnes des soins d'ulcères de jambe, ce sera avec personne d'autre !

Pour les accompagnements de fin de vie, on se sert les coudes, chacun donne le meilleur de lui-même, pour que la mort de celui que l'on accompagne soit belle. J., 38 ans, aide soignant, atteint d'une tumeur cérébrale opérée, récidivée six mois après, a préféré finir sa vie au domicile de ses parents plutôt que dans le service de neurochirurgie. Ça a été très fort émotionnellement pour nous tous avec la famille, un tissage d'attentions, de sentiments qui a entouré J. comme un cocon jusqu'à la fin.

Pour les enfants, y a Didier, qui met son nez rouge de clown et un sifflet dans sa bouche, les piqûres et les pansements de brûlures, ça se passe en rigolant. Didier, il est infirmier mais aussi magicien ou prestidigitateur comme vous voudrez...

Travail d'équipe, complicité, proximité, ça baigne...

Dans les autres quartiers, je travaille avec d'autres équipes de centre de soins, avec des infirmières libérales installées seules ou à deux ou à trois, on ne se connaît pas toujours.

L'autre jour, on s'était donné rendez-vous chez une patiente marocaine par l'intermédiaire de sa fille. 18 h, tu parles, en plein dans les embouteillages ! Je suis arrivée à 18 h 30, l'infirmière était sur le

point de partir, finalement on a pu échanger et refaire le point sur le diabète de la dame.

Est-ce que les autres médecins les envoient aux pelotes lorsqu'elles téléphonent ? Car elles ne me téléphonent pas souvent, les libérales... En tout cas, celle-là, elle me l'a laissé son numéro, tout étonnée de me rencontrer, même en retard.

Et puis, il y a les infirmières de « Vie à domicile » avec qui j'accompagne Patrick, tétraplégique et Laurence, myopathe. Ils vivent seuls, chez eux, dans leurs appartements pour handicapés, avec le téléphone comme seul lien avec l'extérieur, un cordon ombilical, le fil du téléphone ! Au début, j'étais atterrée, si moi j'étais tétraplégique ou myopathe, serais-je capable d'autant de sagesse et de patience ? Des écoles de vie des patients comme ça !

Et encore les infirmières qui interviennent dans une institution accueillant des infirmes moteurs cérébraux, on doit gérer ensemble des trucs super compliqués et faire souvent preuve d'ima-

gination, système D et intense communication.

Et les infirmières des maisons de retraite, on ne se connaît pas non plus, c'est un peu difficile au début, elles ne sont pas habituées à travailler avec un autre médecin que celui attaché à l'établissement. C'est qui, celle-là, qui ne lâche pas ses patients quand ils sont placés ? Peu à peu, on prend nos marques, on s'apprivoise, mais ça prend du temps... Une fois, j'ai fait intervenir des infirmières d'une association d'hospitalisation à domicile.

Et les autres, l'infirmière de la mairie, celle de la DISS, les infirmières scolaires, les infirmières psy du CMP de secteur ? Que celles que j'oublie me pardonnent ! Avec toutes, on fait du bon boulot, en se téléphonant, en se rencontrant à des réunions de synthèse, de quartier, entre travailleurs médico-sociaux, avec des journées qui s'obstinent à ne durer que vingt-quatre heures.

Qu'est-ce que je ferais sans elles, les infirmières, je vous le demande ?



Le terreau du changement

Martine Devries
Médecin généraliste

Le projet de réseau de coordination de soins des professionnels libéraux pour les soins palliatifs a été lancé, il y a un an, par deux infirmières « de ville » : elles en avaient assez de travailler de manière isolée, et, surtout, pensaient que les malades seraient mieux entourés, soulagés, bref accompagnés, si les différents professionnels qui s'occupaient d'eux voulaient bien accorder leurs violons, écouter ce que les uns et les autres avaient à dire sur le malade, ses symptômes, ses craintes, les difficultés matérielles concernant les soins eux-mêmes, mais aussi la vie courante. Quel sens cela a-t-il de faire un soin le matin, ou de venir examiner le malade et faire des prescriptions sophistiquées, et de laisser la personne incapable de faire son petit-déjeuner, ou très en peine parce qu'il n'y a personne pour alimenter le feu... ou ouvrir les persiennes. Le désarroi des malades ou de leurs proches lorsque la maladie, la douleur et les incapacités physiques avancent, tous les soignants, médecins, infirmières, kinésithérapeutes, lorsqu'ils y sont confrontés, en souffrent : impuissance à résoudre le problème seul, impuissance à « guérir », à soulager, cela renvoie très facilement à un sentiment de mauvaise estime de soi, « je n'y arrive pas, donc je ne suis pas compétent, donc je suis nul » et là, chacun selon sa personnalité va développer sa façon

de faire face : en fuyant, en évitant toute conversation avec le malade, la famille et les autres soignants ; ou en se réfugiant derrière des actes et des termes très techniques, pour continuer à contrôler quelque chose ; pour d'autres, ce sera un dévouement extrême, et une fatigue à l'avenant... Dans tous les cas, le sentiment d'impuissance et de solitude est très fort.

Pour mettre en place le réseau, sur l'initiative d'Éveline et Odile, il y a d'abord eu des rencontres avec d'autres professionnels, autour d'un malade commun, chez le malade, et surtout, au téléphone. Puis des réunions pour échanger sur les difficultés, parfois communes, les difficultés techniques et les moyens que tel ou tel pouvait trouver : parler ensemble, dans un climat ouvert, sans jugement, sans que la parole de celui-ci pèse davantage parce qu'il est médecin ; que les autres aient ou non des solutions à proposer, qu'elles soient acceptables ou non, de toutes façons, d'en parler ainsi, ça levait un poids et ça permettait de poursuivre plus calmement, et souvent plus efficacement. Ce qui semble une évidence ailleurs est une véritable découverte pour certains, tant le milieu des professionnels du soin en pratique libérale est dans le « chacun pour soi », la concurrence, la nécessité de ne pas montrer qu'on peut avoir un doute, une mécon-

naissance, non, on est infailible... et c'est fatigant ! Ce soulagement et ce plaisir à partager doutes et satisfactions du travail ont conduit maintenant à la création d'un « réseau », de groupes de paroles, de soirées de formation, qui regroupent les différentes professions, sans hiérarchie, et, encore une fois sans esprit de concurrence, mais plutôt dans le désir d'aide mutuelle. Mais l'activité « soins palliatifs » n'est qu'une partie de l'activité de ces professionnels, et pourtant, c'est toute une façon de travailler qui s'est modifiée pour certains. Ça n'a l'air de rien, mais c'est devenu facile de décrocher le téléphone pour discuter avec un professionnel devenu partenaire, de la modification éventuelle du traitement, ou de la fréquence souhaitable de ses interventions. Et surprise ! L'autre, en face, il est surpris et plutôt content qu'on lui demande son avis ! Et il en a un ! C'est ainsi que la reconnaissance des compétences des autres professions, de leur approche particulière élargit les possibilités d'action. Tenir informés les autres intervenants auprès du malade, parfois à l'aide du cahier de liaisons comme dans le réseau, mais parfois par courrier, téléphone, ou rencontre, cela permet à chacun d'avoir l'éclairage de l'autre : on sait ce que le médecin a pensé de la situation, on peut faire des suggestions : « Ce serait bien qu'il y ait un kiné qui passe mainte-

nant » ; « En ce moment, une visite du médecin chaque jour serait utile au malade, et à son entourage ». Il y a une reconnaissance des compétences de chacun, il ne s'agit pas d'être seulement un exécutant. L'infirmière n'est pas réduite à faire les pansements, la garde-malade n'est pas qu'un pousse-balai. Chacun a une vision globale du malade, et peut faire entendre sa voix.

Les libéraux ont l'habitude de travailler de manière individualiste, et ils sont isolés. Travailler en réseau, c'est vraiment aller à contre-courant, et bien souvent, le médecin ou l'infirmière découvre qu'on peut confronter des points de vue sans juger l'autre pour autant. En voilà un changement ! Le malade et sa famille bénéficient au premier chef de ce changement, devenant acteur des soins, actif dans le choix et la réalisation du maintien à domicile ou de tout autre modalité du traitement. Et acteur reconnu et respecté, au même titre que les autres intervenants. Pour le professionnel, travailler en interaction avec les autres, pour soigner un sujet, une personne humaine, entière, globale, respectable dans ses choix et ses façons de vivre, c'est bien autrement dynamisant que de soigner une maladie ! Même si, bien sûr, tout n'est pas facile, la maladie et la souffrance seront au rendez-vous, mais le travail auprès du malade a un sens, et le soignant peut s'y retrouver.



Une expérience au Québec

Le Soin Infirmier en Centre Local de Services Communautaires (CLSC)

Mona El-Wattar

Infirmière licenciée,
bacc. ès sciences
CLSC du Vieux-Québec
Lachine, Province
de Québec

Il y a maintenant dix-sept ans que je travaille comme infirmière en santé communautaire, dans différentes équipes de soins de deux CLSC de la région de Montréal, au Québec. Les CLSC offrent des services préventifs et curatifs psychosociaux et de santé, des services de réadaptation, de réinsertion et certains services spécifiques liés aux problématiques variées tels les services aux immigrants, à la population itinérante, aux toxicomanes, VIH-Sida... de la population résidente de chaque territoire de CLSC, pour tout le Québec. Chaque CLSC dispense des services à l'intérieur de ses installations ou dans la communauté, à l'école, au travail ou à domicile. Une des caractéristiques du travail de l'infirmière en CLSC est d'œuvrer en collaboration multidisciplinaire dans des équipes regroupant d'autres intervenants tels des médecins, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des auxiliaires familiales, des diététiciennes, etc.

Il me paraît important de nommer deux éléments qui permettent aux infirmières de faire valoir leur contribution particulière à la qualité et à l'efficacité des soins de santé. Premièrement, l'utilisation de **modèles concep-**

tuels en soins infirmiers. Au Québec, la pratique des soins infirmiers s'est depuis longtemps appuyée sur des modèles conceptuels de soins qui favorisent une vision commune dans l'analyse d'une situation de santé. Les deux modèles les plus utilisés actuellement sont celui de Virginia Henderson et le modèle de Mc Gill. En santé communautaire, nous utilisons principalement le modèle de Mc Gill qui met en avant un rôle infirmier de complémentarité aux autres professions, axé sur la promotion de la santé de la personne et de sa famille. Une autre notion intéressante de ce modèle est de considérer l'entité personne-famille comme capable d'apprendre de ses expériences et comme partenaire actif pour trouver les meilleures solutions au problème de santé. Les notes dans les dossiers et les plans de soins infirmiers sont ainsi ordonnées à partir de ce paradigme.

Le deuxième élément est le Conseil des Infirmières et Infirmiers (C.I.I.). Ce conseil est une instance consultative formelle, prévue par la loi et créée lors de la réforme de la santé et des services sociaux de 1991. La force et l'importance du CII résident dans le fait qu'il est constitué de l'ensemble des infirmières de chaque établis-

sement. Il a un pouvoir de recommandation auprès du conseil d'administration de l'établissement dans les domaines qui touchent directement la pratique des soins infirmiers, ainsi la qualité des actes, les règles de soins, la distribution des soins, l'organisation scientifique et technique du centre, etc.

Rôle de l'infirmière dans différents programmes du CLSC. Depuis 1996, suite à la mise en œuvre du « virage ambulatoire », le rôle de l'infirmière au programme du maintien et des soins à domicile s'est fortement accentué. Ce virage, qui a visé principalement la réduction des durées de séjour dans les hôpitaux afin de diminuer les coûts du système de santé, engendre une nouvelle réalité pour l'infirmière. On assiste à une forte augmentation des chirurgies d'un jour, de l'antibiothérapie intraveineuse et des soins palliatifs à domicile, ce qui a pour conséquence directe l'utilisation du milieu naturel du patient comme milieu de soins. Outre cet accroissement du nombre de patients traités à domicile, le travail de l'infirmière requiert toujours de plus grandes connaissances cliniques puisque les médecins ne sont pas nécessairement disponibles en temps opportun et les patients référés présentent des problèmes de santé de plus en plus complexes. Elle doit obtenir ou transmettre toutes les informations cliniques pertinentes auprès du milieu référent et aussi évaluer le degré d'autonomie du patient face à ses problèmes de santé et évaluer son réseau de soutien. Les problèmes cognitifs, très répandus dans la population de plus en plus âgée soignée à domicile, rendent ce travail encore plus important et contribuent hélas rapidement à une surcharge de travail. C'est plus qu'un simple changement de pansement pour une durée de quelques jours. Le maintien à domicile, qui vise à garder la personne le plus longtemps possible dans son milieu naturel, peut faire en sorte que certains soins s'étaient

maintenant sur une période de plusieurs mois, voire plusieurs années.

À la clinique ambulatoire, les patients sont référés par les hôpitaux, les médecins généralistes du territoire, les médecins du CLSC, les services d'urgence des centres hospitaliers pour différents problèmes de santé. Les infirmières font des changements de pansements, de l'enseignement pour le diabète, l'asthme ou autre condition aiguë ou chronique de santé, la vérification de la bonne observance de la prise médicamenteuse et des effets secondaires, l'adaptation aux problèmes de santé et l'évaluation de problèmes de santé urgents. Les infirmières travaillent de façon autonome à l'aide de protocoles et de procédés de soins.

Le service téléphonique Info-Santé, instauré dans les années quatre-vingt faisait partie de l'ensemble des mesures visant à réduire l'achalandage dans les urgences des hôpitaux. Ce service, qui se retrouve maintenant dans chaque CLSC du Québec, assure un accueil et une évaluation d'un problème de santé par une infirmière 24h sur 24h. Il permet un accès rapide à des conseils de santé et à de l'information pertinente sur les ressources du système de santé, les services sociaux et les services communautaires de chaque territoire. L'infirmière, au cours de sa consultation téléphonique, après évaluation des besoins du patient, va lui transmettre ses recommandations, c'est-à-dire des informations sur sa condition de santé, mais aussi des conseils et de l'éducation qui vont lui permettre de prendre sa santé en main ou une utilisation judicieuse des ressources professionnelles du Réseau de la santé. L'uniformité et la qualité des renseignements donnés sont assurés par un ensemble de protocoles d'intervention standardisé utilisé dans tous les CLSC. Une fiche d'appel est complétée à chaque intervention téléphonique et insérée au dossier du patient pour que les inter-





venants impliqués puissent en prendre connaissance et ainsi assurer une continuité du service rendu. La qualité des interventions est aussi assurée par une révision périodique des fiches d'appel. Évidemment la qualité de l'écoute, l'expérience et le jugement clinique de l'infirmière sont des éléments importants de ce type d'intervention. Un des défis de l'infirmière est de pouvoir en quelques minutes, par des questions pertinentes, en l'absence du non verbal, établir une relation de confiance avec le patient et parvenir à un service satisfaisant et efficace. Bien que très exigeant, ce travail est aussi très stimulant par le défi d'une constante mise à jour des connaissances scientifiques et des ressources disponibles par la consultation de très nombreuses pages de protocoles et de documents ressources.

Au sein du programme **enfance-famille-jeunesse**, les infirmières assurent, entre autres, un enseignement pré-natal auprès des femmes enceintes et des visites à domicile post-natales, afin de dépister les situations à risque ou les problèmes de santé ou psychosociaux. Elles s'occupent également de la vaccination des tout-petits. En milieu scolaire, elles assurent une présence ponctuelle dans les écoles pour faire de la vaccination, de l'enseignement sur les maladies sexuellement transmissibles par exemple et le dépistage de certaines situations psychosociales comme la présence d'un enfant hyperactif, les situations d'abus ou de négligence, en collaboration avec les professionnels du milieu scolaire. À la clinique jeunesse au CLSC, les infirmières font de l'enseignement en *planning*, en contraception, en prévention des maladies sexuellement transmissibles. Elles font l'évaluation et offrent du support pour différentes problématiques liées à l'adolescence, telles la toxicomanie, les situations d'abus ou de violence.

Au **programme de santé mentale**, les infirmières offrent du support et de la relation d'aide pour des patients qui souffrent de troubles psy-

chiatriques divers. Elles assurent l'enseignement sur la médication et la surveillance des effets secondaires de celle-ci. Elles dépistent aussi les signes de décompensation de l'état mental et établissent des contacts avec les milieux spécialisés.

Ce milieu de travail en santé communautaire est très stimulant et valorisant pour l'infirmière à plusieurs égards. Le travail en équipe multidisciplinaire favorise le partage des expertises et alimente ses compétences. La collaboration avec les familles, le milieu de vie et le réseau des ressources locales favorise une vision systémique et globale des problèmes de santé. Son rôle d'éducatrice vise une meilleure prise en charge de la santé par l'individu. Le travail en étroite relation avec la communauté a aussi amené les infirmières à participer à la programmation, la planification, la coordination ou à l'évaluation de plusieurs projets innovateurs : info-santé, maisons d'accueil pour personnes atteintes du SIDA, programme éducatif de gestion du stress destiné aux enfants de 5-12 ans, services de cliniques de rue, service de référence centralisé pour IVG, etc.

Malheureusement, comme partout ailleurs, les contraintes budgétaires qui ont, il y a quelques années, occasionné des mises à la retraite massives chez les infirmières et la constante pression de productivité de la part des gestionnaires du réseau de la santé ont contribué à une surcharge de travail. La frustration de ne pouvoir rendre le service requis, de ne pouvoir compléter l'enseignement auprès du patient, de ne pouvoir satisfaire son besoin d'écoute et compléter l'information voulue selon le modèle de soins infirmiers choisi, faute de temps, est de plus en plus présente. Ces difficultés sont vécues intensément dans les hôpitaux et gagnent graduellement les CLSC. Souhaitons que la population saura réagir à cette gestion « affaires » du réseau de la santé afin de créer une pression politique pour corriger cette orientation comptable.

La réforme du Norlévo®

La place de l'infirmière scolaire

Une position de médiation. Dans le rôle relationnel de l'infirmière avec les élèves, il y a tout d'abord l'accueil, l'interrogatoire sur la raison de leur venue, l'échange, les explications sur la délivrance des médicaments. L'infirmière scolaire ne peut donner de médicaments que sur ordonnance médicale, sauf bien sûr ceux qui sont en vente libre en pharmacie (exemple le paracétamol) et les médicaments nécessaires en cas d'urgence. Elle a une relation privilégiée avec les élèves car elle n'est ni juge, ni « gendarme » ; elle est à la fois garde-fou (un peu comme une soupape de sécurité), médiateur entre les élèves et le reste de la communauté scolaire. C'est pourquoi il lui est indispensable de travailler en équipe avec les différents partenaires de l'établissement (assistante sociale, responsables de la vie scolaire, médecins scolaires), les différentes associations et les professionnels de la santé. Elle est garante du secret professionnel et il est fondamental que les élèves en soient conscients. Dans le cadre de la délivrance du Norlévo® (la pilule du lendemain), la garantie du secret professionnel est assurée au même titre que tout ce qui se passe dans l'infirmérie. Il y a une fiche que nous remplissons, mais en aucun cas elle ne sort du dossier de l'élève et du bureau, par conséquent le chef d'établissement n'y a pas accès, mais il n'est pas rare que l'infirmière subisse des « pressions » de la part de

l'administration sur la raison de la venue de l'élève à l'infirmérie, y résister n'a rien d'insurmontable !

Norlévo® du côté de l'infirmière. Depuis le 6 janvier 2000, une circulaire du ministère de l'Éducation nationale donne la possibilité aux infirmières scolaires de délivrer le Norlévo®. Si cette mesure est une bonne chose en soi, elle est loin de tout résoudre. Les avis sont très partagés sur cette affaire, l'opinion publique s'en est mêlée et des associations ont fait annuler cette circulaire, d'où l'interdiction de délivrer le Norlévo® dans les infirmeries, de septembre 2000 à février 2001. Par conséquent, pendant environ un trimestre et demi, nous avons orienté les jeunes filles vers le centre de planification le plus proche de leur domicile ou de l'établissement scolaire.

La délivrance du Norlévo® pose des problèmes divers : d'une part, les médecins scolaires ont le sentiment d'être dépossédés de leurs pouvoirs prescripteurs. D'autre part, les infirmières ont dû faire face à une demande très importante de cette pilule et ce sans aucune information préalable. Il n'y a pas vraiment de concertation entre le médecin et l'infirmière et elle se sent isolée face à cette situation. Le manque total de formation et d'information est un sujet d'inquiétude quotidienne. Il lui faut faire face à cette nouvelle et grave responsabilité sans y avoir été préparée, car s'il y a

Anne Fabrega
Infirmière scolaire.



bien une formation sur la sexualité, le chapitre Norlévo® est bien insuffisant.

Norlévo® du côté de la lycéenne. Avec le Norlévo®, les jeunes ont trop tendance à négliger l'utilisation du préservatif ; associée à une carence contraceptive, les situations critiques surgissent et tout est toujours traité dans l'urgence, le suivi de l'élève étant alors plus ou moins bien fait. S'il est important de répondre à la détresse d'une jeune fille dans l'immédiat, il est aussi essentiel de former et de responsabiliser. Et c'est bien connu, une recrudescence des MST et de la contamination par le VIH menace de plus en plus. Un nouveau phénomène apparaît : la violence sexuelle dont

sont victimes les jeunes filles, car il n'y a plus de « risques puisque l'infirmière du lycée va délivrer la pilule du lendemain ». Il faut savoir qu'il y a une espèce de fatalisme chez ces jeunes filles, donc presque pas de combat. La plupart du temps, elles sont accompagnées par un frère, un voisin, le copain (?) qui impose sa présence lors de la démarche. Malgré ces points alarmants, il faut tout de même dire l'importance pour nous d'avoir cette possibilité de délivrance, ses avantages étant malgré tout la discrétion, l'anonymat et la gratuité dans nos infirmeries.

Il y a des jeunes filles pour lesquelles l'infirmière scolaire est la seule interlocutrice adulte avec qui elle peut exposer ses craintes, ses doutes, ses peurs, en toute liberté et sans jugements. Et l'on connaît les proportions que peuvent prendre les événements chez les adolescents. Il est fondamental d'aider à désamorcer les choses en discutant, mais aussi, et surtout, en rassurant, éduquant les jeunes pour les responsabiliser.

Encore une fois, le Norlévo® est une bouée de secours essentielle dans l'urgence, qu'il ne faut pas confondre avec la contraception, mais qui peut devenir un outil dangereux sans les nécessaires et importantes mesures d'accompagnement qu'il faudrait mettre en place.



Les paradoxes d'une réforme

Isabelle Armand
Médecin de
l'Éducation nationale.

Alors que le grand public se réjouit des nouvelles responsabilités confiées aux infirmières de l'Éducation nationale pour la délivrance du Norlévo® comme signe d'un meilleur souci de la santé à l'école, rien n'est moins sûr dès lors qu'on aborde cette question de plus près.

Les dernières circulaires concernant la politique de santé en faveur des élèves font craindre la disparition d'un service de santé à l'Éducation nationale.

En effet, elles entérinent la disparition du Service de Promotion de la Santé en faveur des Élèves (qui comportait deux services **sans lien hiérarchique entre eux** – médical sous la responsabilité d'un médecin responsable départemental, et infirmier sous la responsabilité d'une infirmière responsable départementale) et confient des missions aux médecins et infirmières. Ces missions sont quasi identiques, les champs de compétences sont flous, les responsabilités ne sont pas



définies. Un changement est que désormais toutes les infirmières sont rattachées à un établissement de second degré. Elles dépendent directement du chef d'établissement (dont la notation conditionne leur avancement et qui signe les registres infirmiers non anonymes faisant mention des passages des élèves). Celui-là est responsable de l'application de la politique de santé, il définit les besoins et impulse et anime les actions dans le cadre du projet d'établissement. Auparavant, le projet de santé au niveau départemental du SPSFE s'inscrivait dans une vision plus globale de santé publique.

Actuellement, le travail en équipe médecins-infirmiers (et également assistantes sociales de l'Éducation nationale) est gravement compromis dans ce qu'il va induire justement de compromissions. La cohérence, dans l'organisation du suivi de la santé des élèves et dans l'élaboration, la coordination et l'évaluation des actions de santé, disparaissent. On peut craindre que les infirmières reléguées dans leur infirmerie, sous la coupe du chef d'établissement, soient uniquement cantonnées aux soins **seulement** réparateurs pour faire perdurer le système et renvoyer l'élève à la norme.

Peut-on pratiquer l'écoute des élèves et donner un sens à leurs plaintes dans ces conditions de dépendance et d'indisponibilité ? Le risque est grand d'être dans l'agir et le normatif au service de l'institution. Les élèves sont avant tout les enfants d'une famille confiés à l'Éducation nationale dans une mission d'éducation, ce qui doit nous amener à réfléchir et travailler en partenariat avec l'équipe éducative qui de droit inscrit la famille, l'administration, le médecin, le conseiller d'orientation professionnelle, l'assistante sociale et l'infirmière.

On peut se demander si les infirmières ne sont tout simplement pas utilisées pour perpétrer le système dans l'Éducation nationale.

Les nouveaux textes s'inscrivent dans le processus plus large du projet de « Réforme de l'État » avec disparition des services et redéploiement des personnels aux missions floues. La réflexion sur le

rôle de chacun, l'articulation des compétences des différents professionnels des soins sont laminées au profit d'une instrumentalisation du corps des infirmiers par l'institution.

Les différents syndicats infirmiers de l'Éducation nationale ne semblent pas avoir pris la mesure de cette réalité et se trompent de cible en en restant aux seules revendications corporatistes. **Ils ne se sont pas battus contre la supériorité hiérarchique du chef d'établissement, pour exiger le maintien d'un service de santé afin de travailler en coordination avec les autres professionnels médico-sociaux pour une vision plus large de la santé, plus indépendante et moins réductrice.**

Autre point sensible : on peut s'interroger sur le libre accès de l'infirmière au dossier médical de l'élève, alors que le médecin n'a pas son mot à dire et qu'il est responsable du dossier médical.

Quant à la question de la délivrance du Norlévo® par les infirmières, le pouvoir médical n'est pas en jeu. Il ne s'agit pas d'un affrontement hiérarchique avec les médecins scolaires. Dans cette affaire, ce qui est critiquable, c'est le contexte de la délivrance du Norlévo® par les infirmières. Tout d'abord, la notion de détresse : une jeune fille qui fait une démarche (de demande) n'est justement pas en détresse, terme inapproprié et galvaudé dans ce contexte. Ensuite, le questionnaire officiel **prévu** à remplir par l'infirmière en échange de la délivrance d'un médicament qui est un interrogatoire véritablement inquisiteur, policier et culpabilisant pour les jeunes (incitation forte à en parler aux parents, description des conditions des rapports sexuels, etc.)

Chacun – médecin, infirmière, assistante sociale – doit travailler au mieux dans l'intérêt de l'enfant et l'adolescent, réfléchir aux dérives engendrées trop facilement par ces missions d'éducation et de prévention (stigmatisation, contrôle, surveillance, standardisation de l'individu...), et lutter pour se préserver un espace de liberté pour « ne pas nuire ».

Sortir de l'isolement : l'exemple d'Assetil, une association d'infirmiers libéraux

Bernard Loulimbé
et
Corinne Chabasse

Infirmiers libéraux.

D. T. : Pouvez-vous nous expliquer comment s'est imposée l'idée d'une association d'infirmiers libéraux ?

B. L. : Pendant la mobilisation de l'automne 2000, nous avons pu nous regrouper et exprimer les difficultés que nous rencontrons dans notre exercice. Ces journées d'action n'étaient pas seulement contre le Plan de soins infirmiers, mais témoignaient du malaise ressenti par une grande majorité de soignants. Car il faut savoir que les infirmiers libéraux souffrent en premier lieu d'isolement et de solitude, il n'y a pas de communication entre nous, encore moins avec les médecins, nous ressentons une défiance importante des hospitaliers à notre égard et un manque total de coordination dans le suivi des malades.

C. C. : Nous devons faire face depuis plusieurs années à une pénurie de soignants et de remplaçants, la charge de travail est de plus en plus lourde, en particulier sur le plan administratif. Si nous voulons continuer à soigner correctement en prenant du temps (sans faire de l'abattage et du chiffre, par conséquent), nous sommes pénalisés financièrement. Nous sommes obligés parfois de refuser des malades, car nous n'avons pas la possibilité de nous faire remplacer et la surcharge de travail pour nos associés a vite ses limites quand nous partons en vacances. Si j'ai choisi l'exercice libéral, c'est bien pour avoir la possibilité et le temps de prendre en charge le malade dans sa globalité. La relation, le lien social sont aussi

importants que le geste technique et ce n'est pas toujours facile à gérer. L'infirmier est souvent une personne épuisée physiquement et moralement. Cela n'est pas reconnu, nous vivons mal la dévalorisation de notre métier.

D. T. : D'où la création d'Assetil ?

B. L. : En novembre 2000, nous avons été capables de dialoguer. Nous n'avons pas voulu que cet enthousiasme retombe comme un soufflé et avons donc créé cette association pour continuer le travail de réflexion sur notre fonction de soignant.

Par exemple, pourquoi un soin d'hygiène devient-il un acte infirmier ?

Pendant la toilette, nous sommes amenés à gérer bien d'autres choses avec le malade ou l'entourage : surveiller la bonne observance médicamenteuse, faire le lien avec le médecin mais aussi développer un lien affectif, essayer d'apaiser les conflits familiaux... Nous travaillons pour que le patient ait une image la plus digne possible de son corps et qu'il participe aux soins tant qu'il le peut. Pour nous, le soin infirmier doit passer par le toucher, le contact physique, le palper et ne doit pas se réfugier derrière le geste technique. Nous sommes des soignants généralistes et le revendiquons. C'est l'esprit fondateur de notre association.

C. C. : Il faut préciser qu'Assetil n'est pas née de la peur ou d'un réflexe corporatiste face au PSI (qui

Assetil :
Association de soins du
Sud-Est toulousain des
infirmiers libéraux.

contient des aspects positifs), mais nous voulions dans un premier temps briser notre isolement, l'individualisme et revaloriser notre profession.

B. L. : Nous avons donc créé une association loi 1901 dans chaque secteur géographique de Toulouse. Nous avons défini des objectifs et une charte de qualité. Nous voulons instaurer une réelle communication entre soignants avec une entraide inter-cabinet, par exemple pour le maintien à domicile des malades lourds, avec un bon niveau de soins même en période de vacances. Nous désirons améliorer la relation hospitaliers-libéraux en évaluant les besoins et attentes de chacun afin de permettre des soins ambulatoires de qualité, grâce à des fiches de liaison, des dossiers et des protocoles de soins. À long terme, nous espérons former des infirmiers coordinateurs et référents avec l'hôpital pour une vraie hospitalisation à domicile des malades lourds. Nous avons également l'ambition d'une formation adaptée à nos besoins et agréée en plus de celle que l'association peut organiser. Toutes les six semaines, un ou deux délégués de chaque secteur se rencontrent en inter-association pour élaborer le projet et échanger leurs réflexions.

D. T. : Quels sont vos actions d'une manière pratique et vos projets ?

B. L. : Nous avons présenté notre collectif et sa charte de qualité au conseil médical d'établissement de l'hôpital. L'accueil a été bon, il faut que cela se concrétise. Au niveau des cliniques privées, nous avons commencé à élaborer des protocoles de soins pour certaines pathologies. Des chirurgiens ORL nous ont expliqué des techniques opératoires afin que nous comprenions les soins et la surveillance nécessaires pour un acte chirurgical ORL en ambulatoire. Nous sommes en train d'élaborer avec eux une plaquette pour les patients leur expliquant le comment et le pourquoi du suivi post-chirurgical par l'infirmier et les signes d'une complication éventuelle. Nous avons pris contact avec une association de pharmaciens « pharماسoins », le réseau de soins palliatifs et les URML qui doivent organiser une rencontre avec les médecins toulousains et nous. Des biologistes nous ont proposé de rédiger un fascicule d'information sur les actes en biologie et les méthodes particulières pour certains prélèvements.

En juin 2001, nous participons au congrès du Comité

national des réseaux de santé, car notre grande ambition est, bien sûr, le travail en réseau, mais un réseau généraliste, polyvalent, dans l'esprit de l'association, et surtout ni hyperspécialisé ni techniciste.

C. C. : Nous inviterons prochainement les médecins du Sud-Est toulousain à des réunions d'information (et non de formation) sur des sujets de santé et de soins. Nous aimerions beaucoup que des lieux de paroles se créent dans chaque secteur, pour aider les infirmiers à vivre plus sereinement des situations pénibles ou douloureuses.

D. T. : Qu'est-ce qui a changé dans votre vie professionnelle depuis la naissance d'Assetil ?

B. L. : Concrètement, nous n'en sommes qu'aux projets. Les difficultés de notre métier sont toujours les mêmes. Par contre, nous ne sommes plus seuls, il y a une dynamique, un état d'esprit d'entraide incroyable et insoupçonnable avant novembre 2000. La parole entre soignants a été libérée. Nous découvrons et nous nous enrichissons des parcours singuliers, des qualités des uns et des autres.

C. C. : N'être plus isolé est essentiel. Nous espérons pouvoir travailler dans de meilleures conditions, d'en faire bénéficier les malades. Défendre et revendiquer notre fonction polyvalente de soignants nous stimule ! L'expérience toulousaine est unique, mais ne demande qu'à se généraliser, la survie du métier tel qu'on le veut en dépend peut-être.

Propos recueillis par Dominique Tavé, médecin généraliste.

T. Association de soins du Sud-Est toulousain des infirmiers libéraux.



En 1988, l'ampleur de la mobilisation infirmière avait surpris les pouvoirs publics et l'ensemble de la population. L'image, associée à ce groupe professionnel, évoquait plutôt la discrétion et le dévouement que l'action revendicative et combative. Le malaise infirmier se retrouvait ainsi propulsé sur la scène sociale à la faveur d'une importante orchestration médiatique. Les infirmières sortaient de l'isolement. En s'affirmant comme salariées et prenant la mesure de leur importance d'abord, pour elles-mêmes, en tant que groupe social enfin rassemblé ; pour le public ensuite, auprès duquel elles ont alors bénéficié d'un capital de sympathie important.

Point de vue d'un nouveau syndicat sur la profession infirmière

Irène Romain
Membre du syndicat *CRC-Sud*
Santé

Cette profession jusque-là dispersée, éclatée dans des situations et des positions statutaires disparates, avait généré depuis des décennies des modes de raisonnement, de culture et d'idéologie très hétérogènes, justifiant en partie la démultiplication des associations professionnelles (une centaine environ) et le faible pourcentage de syndiqués. La coordination, outil particulièrement novateur car rassembleur, devenait alors le mouvement de dénonciation radicale de l'image traditionnelle de l'infirmière (religieuse ou servante). Une nouvelle conception du rôle et de la place de l'infirmière dans le système de santé s'imposait : sa place auprès du malade et l'utilité sociale de son métier. Les

infirmières, à travers leur lutte collective, traçaient ainsi les contours d'une nouvelle figure salariale féminine avec pour revendication fondamentale : la reconnaissance de ses compétences professionnelles et la revalorisation sociale et économique.

Une succession d'accords avec le ministère ont ainsi jalonné les périodes troublées : « accords Fvin » en 1989 ; « accords Durafour » en février 1990 ; « accords Durieux » en 1991 ; « accords Aubry » en 2000 ; et, pour le dernier en date, « accords Guigou » en mars 2001.

La tornade blanche est passée, mais les établis-

sements publics font toujours l'objet de réformes structurelles et budgétaires importantes ; l'offre de soins, sous le prétexte fallacieux de se moderniser, est de plus en plus réduite et laissée au secteur privé lucratif. Des opérations de restructurations, de fusions ou de fermetures d'établissements se multiplient avec, pour objectif, la réduction et la maîtrise comptable des dépenses de santé. Dans ce contexte, les professionnels de santé ont vu leurs conditions d'exercice et de vie considérablement dégradées et leurs missions de soins dévoyées. On élabore et impose des outils de mesure (calculs de charge en soin, relevés de tâches, diagnostic infirmier...). L'infirmière doit ainsi prouver « l'utilité-rentable » de son activité professionnelle. Mais ces outils seront cependant toujours incapables de rendre compte de la qualité des soins prodigués, de la complexité des relations humaines, ce que décrit C. Dejours quand il parle de l'invisibilité du travail féminin : « Le ménage, on ne le voit que quand il n'est pas fait ! ! » Rappelons que 85 % des professionnels infirmiers sont des femmes.

Le malaise récurrent des infirmières, qui symbolisent toujours, aux yeux de la population, le principal pivot de l'équipe pluridisciplinaire de soins, est donc toujours d'actualité. Non pas par la démonstration de rue, hormis celle des infirmières spécialisées, l'année dernière (anesthésistes et de bloc opératoire), mais par la pénurie sans précédent d'effectifs. La stratégie gouvernementale aura consisté à organiser, ces dernières années, cette pénurie d'aujourd'hui (comme dans la plupart des pays industrialisés) en fermant des dizaines d'instituts de forma-

tion, alors que toutes les données démographiques confirmaient le départ prévisible de milliers d'infirmières à la retraite dès 2005. Même constat d'ailleurs pour d'autres professionnels qualifiés (manipulateurs radio, kinésithérapeutes, techniciens de laboratoire...), lesquels subissent ainsi le même sort alors que, parallèlement, le gouvernement dit vouloir appliquer la réduction du temps de travail en 2002 dans les hôpitaux ! L'objectif non avoué est bien de faire passer le cap des restructurations d'établissements et, dans l'attente, d'adopter quelques mesures palliatives et ponctuelles, comme le recrutement d'infirmières espagnoles (seul pays d'Europe sans *numerus clausus* et qui compte dix mille IDE au chômage).

À travers leurs aspirations revendicatives de reconnaissance, de revalorisation salariale, d'effectifs supplémentaires, les infirmières dressent aussi le bilan accablant d'un système de santé au rabais dans lequel elles ne retrouvent plus leur place. Elles représentent aujourd'hui la moitié des paramédicaux en activité, et le secteur public hospitalier représente l'employeur principal (environ cent soixante-douze mille). Ces chiffres placent donc les professionnels du soin infirmier au premier rang des professionnels de santé. Il s'agit donc d'une composante sociale essentielle qui, si elle se mobilise, pourrait constituer un frein important à la diminution programmée de l'offre de soins publics. Ce qui justifie en partie les « pas de velours » du gouvernement sur les questions hospitalières. Avant les élections, la « marmite hospitalière » peut continuer de frémir, mais l'enjeu politique est d'éviter l'explosion.



Faisons cour commune

Philippe Lorrain

Médecin généraliste.

La profession infirmière serait-elle en voie d'implosion ? Cette implosion se ferait-elle au détriment d'une explosion qui n'oserait pas s'exprimer ? Comment sortir d'un cahier de doléances, auquel il n'y a rien à redire ? Comment sortir d'une galerie de portraits, pathétiques parce que la souffrance s'y expose à plat ?

J'entends les infirmières dire qu'elles se heurtent à la médecine. Ne réduisons pas le problème de la profession infirmière à un conflit inter-catégoriel au sein des professions de santé : ce serait offrir un cadeau déraisonnable à certains. J'entends aussi que vous vous heurtez à une hiérarchie de cadres soignants et à une tutelle administrative, obéissant et transmettant la consigne de donneurs d'ordres dont la logique paraît de plus en plus éloignée de ce qu'on pourrait imaginer être le soin.

D'accord, vous vous heurtez à la médecine et à une logique administrative qui ignorent le soin : faisons front commun. Pour éviter les expositions à plat, donnons-nous les perspectives de nos jardins respectifs, ceux que nous cultivons, l'espace de nos pratiques : abattons quelques clôtures et faisons ce que les règlements de

copropriété appellent « cour commune », du moins essayons d'imaginer ce que ça pourrait donner, cet « espace du soin ». Et nous verrons qu'il n'implique pas que nous, mais commençons par ça.

Pourrais-je me contenter de soutenir, voire de proposer et revendiquer le « droit de prescription de l'infirmière », le « droit d'accès direct à l'infirmière » pour les patients, une « obligation de dossier commun », soit tout un panel d'outils de reconnaissance de l'infirmière comme « acteur de santé à part entière » ?

D'abord, je ne crois pas que ce soit aussi iconoclaste qu'on aurait pu l'imaginer autrefois et que toutes ces mesures souhaitables et dans l'air du temps ne sont pas susceptibles de régler le problème. Le Plan de soins infirmiers instauré dans l'exercice libéral va en partie dans ce sens, le dossier commun à l'hôpital ne paraît pas inaccessible quand il n'existe pas déjà, des consultations infirmières existent (appareillage de stomisés par exemple), les infirmières savent prescrire ce qui est nécessaire pour les pansements : infirmières, vous sentez-vous plus reconnues pour autant ?

Reconnaissance de l'infirmière en tant qu'acteur

de santé, c'est bien le moins. Mais ne faut-il pas surtout vous reconnaître comme acteur de soins, n'est-ce pas cette reconnaissance que vous êtes en train de perdre ? Un avantage acquis, un implicite qui paraissait immuable tant il était évident, remis en question : les infirmières ne se plaignent-elles pas surtout d'être empêchées de pouvoir continuer à donner des soins aux personnes malades. La technicité exigée de la médecine et la protocolisation des tâches exigée de l'administration (contrôle masqué derrière les paravents de la qualité et de la sécurité) aboutissent à un détournement des soignants de leur fonction la plus évidente et la moins reconnue : le soin.

C'est là qu'il semble qu'il faille agir : dire que l'espace du soin existe, le montrer, le définir et exiger que ses limites ne soient pas réduites à la « peau de chagrin ». Et dans une revue qui aime bien remettre en question les pouvoirs, se battre pour que le pouvoir des soignants soit reconnu. Il s'agit de pouvoir exercer un métier, que ceux qui l'exercent puissent avoir la parole en ce qui le concerne, que des règles de métier puissent être définies par eux : bienvenues à ces revendications qu'on pourra dire corporatistes quand elles pourront s'exprimer sur le contenu du métier et non plus seulement sur une grille tarifaire et des statuts. Et si, là, j'entends la « profession infirmière » revendiquer sa place, ce n'est pas une part du gâteau, mais un territoire dans l'espace du soin : avec le pouvoir et la responsabilité qui vous incombent. Et cette revendication aboutie me conduira à l'obligation d'occuper le mien, avec le pouvoir et la responsabilité qui incombent au médecin.

Il nous faut essayer d'imaginer un cadre où les métiers de santé puissent s'exercer, et articuler ses interventions avec celles des autres : bornage et convergence des pratiques de chacun. Un tel cadre me paraît en première analyse devoir répondre à trois critères :

- permettre l'autonomie des professionnels par la suppression des systèmes hiérarchiques inutiles et des positions dominantes abusives ;
- donner aux soignants le droit de pouvoir refuser de toujours tout assumer, y compris ce qui ne peut plus l'être : les pénuries et insuffisance du système de soin ne peuvent être compensés par des gains incessants de productivité qui se font toujours au détriment de ce que produit ce système, le soin aux personnes malades ;
- que personne ne soit exclu de l'accès au soins. Ce qui existe et s'expérimente au sein des « réseaux de santé » pourrait servir de modèle. Il faut bien finir par parler de la personne malade, étrangement absente de mon discours. Il est de bon ton de lui donner la place centrale. Je note qu'il s'agit toujours du malade, j'ai bien peur qu'il ne soit alors réduit au fardeau qu'il porte, sa maladie, et que sa personne importe peu. Pourquoi occuperait-il la place centrale, dans l'espace de soin que je tente de définir ? Pourquoi la place centrale, quand l'important c'est déjà qu'il puisse déjà prendre sa place ? Il s'agit d'occupation territoriale là aussi, il faut qu'il en ait la possibilité, mais qu'il veuille aussi la prendre : que, là, dans l'autonomie relative que lui procurent la souffrance et la déchéance liée à sa maladie, il prenne sa part de pouvoir et de responsabilité, qu'il devienne, si possible l'acteur de sa santé, et, s'il en a la volonté et la ressource physique et psychique, l'acteur principal.

C'est là que les revendications, ou plus simplement les questions, des professionnels de santé et des personnes malades, pourront s'articuler. Bornage et convergences des territoires de chacun, responsabilités partagées parce qu'assumées pleinement dans le cadre de pouvoirs réciproquement consentis, on en arrive à rêver d'un espace de soin qui soit espace démocratique.



Le réseau

Un désordre salvateur

Didier Ménard Travailler dans un réseau, c'est, la plupart du temps, *redonner du bon sens* à son action de soin, qu'elle soit médicale ou sociale.

Médecin généraliste.

Donner du bon sens, c'est tout simplement admettre qu'il est nécessaire de mobiliser différents savoir-faire pour résoudre un problème de santé ou un problème social. Aucun professionnel ne maîtrisant toutes les connaissances, c'est à celui qui a la meilleure compétence pour solutionner ce cas particulier qu'il faudra faire appel. Face à cette évidence, se dressent de nombreux obstacles procédant, pour l'essentiel, de la **construction hiérarchique de la structure de soin**, qu'elle soit institutionnelle ou ambulatoire.

La première manifestation en est le *conflit de territoire* où s'exerce le pouvoir du professionnel ou son illusion de pouvoir : pour admettre qu'un autre puisse avoir une compétence plus adaptée dans la résolution d'un problème, il faut admettre les limites de sa compétence et accepter d'être remis en cause dans son savoir. Cela est tolérable si notre référence est celle du modèle dominant, enseigné dans toutes les écoles du système sanitaire et social et qui impose de rester dans l'échelle hiérarchique de l'organisation traditionnelle des structures de soins

(le patron, les assistants, les apprentis, les exécutants). On admettra donc que le chef a raison puisqu'il est chef et que cette fonction, il l'exerce parce qu'il a plus de compétences.

Il en va tout autrement quand il s'agit de reconnaître une compétence qui chevauche la sienne, de la part d'un professionnel qui est « inférieur » hiérarchiquement. Il suffirait, pour démontrer cela, de regarder comment fonctionne, la plupart du temps, un « staff » dans une structure de soin.

Le dogme du respect de la hiérarchie se construit certes sur la légitimité des compétences et des responsabilités, mais aussi et surtout sur la maîtrise du pouvoir de domination (qui, soi-disant, garantit le bon fonctionnement de la structure). Reconnaître la superposition des compétences, c'est respecter l'autre parce qu'il apporte à la personne malade une compétence spécifique que d'autres non pas pu, ou su, ou voulu eux-mêmes apporter. C'est, par exemple, le refus de laisser une infirmière donner un antalgique à une personne qui souffre au prétexte que la prescription est du pouvoir du médecin (même s'il n'a pas entendu sa souffrance, alors que l'infirmière l'a perçue du fait de son rapport différent à la personne). De la même manière,

c'est la surdité qui prédomine quand l'aide soignante ou l'aide ménagère explique que le malade a des difficultés qu'elle seule reconnaît du fait des relations si différentes qui les lient. Les exemples de dysfonctionnement sont quotidiens et ils concernent également la personne malade et son entourage, comme s'il était impossible de reconnaître que celui qui souffre a une compétence et un savoir.

Le réseau est générateur de désordre puisqu'il prétend modifier les rapports entre professionnels par l'utilisation de pratiques coopératives non hiérarchiques. Tout professionnel qui, par l'exercice de son métier, se situe sur l'itinéraire de la personne malade pour aider à la résolution de son problème, a les mêmes droits et les mêmes devoirs que tout autre. Travailler en réseau, c'est reconnaître la limite de sa compétence, c'est admettre le recouvrement des compétences, c'est négocier avec la personne malade les propositions d'aide et c'est admettre que dans cette négociation le point de vue du professionnel n'est pas forcément gagnant.

On comprend mieux alors pourquoi dans les réseaux Ville-Hôpital-Sida, nous avons vu surgir des conflits portés par les « cadres » infirmiers de l'hôpital. Les négociations entre médecins étaient souvent difficiles mais la collaboration possible parce que, de part et d'autre, ils avaient eux-mêmes procédé à une réflexion sur la nature du pouvoir médical. Ils étaient prêts, pour l'essentiel, à accepter la modification des pratiques (comme la négociation avec le malade) et cela, d'autant plus facilement que la connaissance médicale et les solutions thérapeutiques étaient quasi inexistantes.

Il n'en n'est pas all  de même pour les infirmiers. Les réseaux ont lent  de rapprocher dans une collaboration équitable les infirmiers de la ville et de l'hôpital : formation commune, dossier partagé, accompagnement mutuel de la person-

ne, gestion de la coordination des soins infirmiers, groupes de paroles... Toutes ces actions qui permettaient au professionnel infirmier de mieux exercer son champ de compétences (donc d'être plus efficace pour la personne malade) ont souvent suscité des hostilités de la part de l'encadrement des infirmier(e)s de l'hôpital. Le travail d'explicitation de ce phénomène a révélé :

- que cette collaboration se construisant en dehors de l'autorité du service hospitalier (même si l'accord était donné par la hiérarchie médicale), redonnait aux infirmiers et infirmiers droit de parole, expression de leur savoir-faire et interrogeait la pertinence des recommandations ayant habituellement cours. Ces nouvelles pratiques, qui apportaient une aide importante aux infirmiers dans des moments particulièrement pénibles, étaient vécues comme une remise en cause de la hiérarchie du service hospitalier et donc condamnables. D  plus, quand les possibilités thérapeutiques sont absentes, la relation humaine, dans une telle tragédie, est encore plus déterminante. Cette requalification de la relation humaine faite par des professionnels ayant l'écoute des personnes malades, s'oppose brutalement aux nouvelles politiques de soins hospitaliers qui survalorisent l'approche technique au détriment du relationnel. L'intrusion des pratiques coopératives non hiérarchiques a provoqué dans l'hôpital un bouleversement qui, malheureusement pour l'hôpital et surtout les personnes malades, montre ses limites d'adaptation aux évolutions nécessaires.

Il ne faut pas être devin pour comprendre que là réside l'échec de la modernisation de l'hôpital. Les pouvoirs publics (mais doit-on s'en étonner ?) sont dans l'incapacité de promouvoir ces nouvelles pratiques. L'approche exclusivement gestionnaire de la structure de soins creuse un fossé de plus en plus profond. Les responsables de cette politique d'industrialisation de l'offre de soins sont non seulement irresponsables mais plus encore fautifs : d'autres solutions existent !



La révolution

À portée de voix des infirmières ? ...

Anne Perraut Solivères Le malade... le patient... le client... la personne... le citoyen... C'est le grand absent dans l'élaboration des nouvelles structures de soin de plus en plus mortifères, soi-disant créées à son intention. Entre service public, avec lits privés, où la dilution des responsabilités est telle que personne ne se sent jamais responsable du perpétuel gâchis, et système privé à but lucratif où seul le porte-monnaie sert ouvertement de base d'échange, quelle alternative pour les infirmières ?

Diverses tentatives (réseaux, centres de soins, multiples associations à but non lucratif) ont vu le jour afin de défendre l'accès aux soins pour tous et faire évoluer les relations dans le système de santé. Progrès manifeste, elles n'en sont pas toujours pour autant garants d'une éthique des soins. Il nous faudra faire quelques pas de plus pour approcher une qualité qui ne se décline pas seulement dans la quantité. Il devient urgentissime d'évaluer les besoins et les attentes de la population, ce qui nécessite que soient repensés avec les intéressés, c'est-à-dire nous tous citoyens, les choix et orientations de la politique de santé dans un réel souci de concertation et d'efficacité.

Les obstacles sont nombreux qui empêchent les

infirmières de définir leur place dans un univers médical où elles se sont laissé piéger. Leur adhésion inconsciente à leurs chaînes est probablement le plus difficile à dépasser. Les médecins de demain pourraient-ils être de meilleurs partenaires pour les infirmières que leurs aînés, qui les ont asservies ? Peut-on imaginer une alliance des médecins avec les infirmières (Je ne parle pas du mariage du riche et beau docteur avec la pauvre et belle Infirmière de notre Imagerie d'Épinal...) ? Voire, ces deux entités du paysage soignant pourraient-elles s'associer avec les patients afin d'opposer le sens du soin à la politique budgétaire qui le gouverne ? Le pari est tentant.

Le métier de l'infirmière n'a rien à envier dans sa noblesse à celui du médecin, sauf quand c'est lui qui veut décider à sa place, qui la contraint, voire la détourne, de son véritable objectif. S'agissant du pouvoir prescrire, la majorité des infirmières le laisse bien volontiers au médecin, n'ayant aucune attirance pour la pharmacologie. Par contre, les médicaments appartenant au confort, antalgiques, somnifères ou autres, dont les effets sont souvent mieux connus des infirmières (et des malades) que des médecins, pourraient être délivrés par l'infirmière dans un

cadre à définir avec ses partenaires. Il en est de même de nombreux soins, hygiène, pansements, traitements d'escarres, et autres surveillances, ce qui entretient un sentiment de frustration et d'injustice chez l'infirmière qui doit attendre (voire suggérer) la prescription écrite du médecin pour effectuer des soins qu'elle est souvent seule capable de concevoir et exécuter.

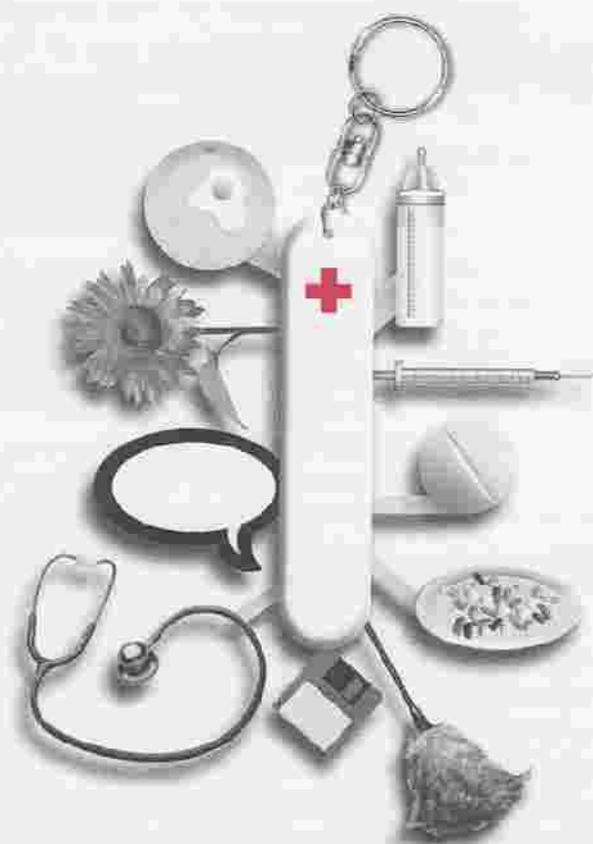
Un autre aspect de la collaboration médecin-infirmière mérite d'être soulevé lorsqu'on évoque la notion de responsabilité. La loi condamne de plus en plus souvent des infirmières ayant exécuté des prescriptions erronées dont elles sont supposées connaître les effets, les limites, les modes d'application, les contre-indications et autres effets secondaires et tératogènes. En réalité, il est extrêmement délicat (et c'est un euphémisme...) pour un exécutant de « s'inquiéter » d'une dose prescrite, voire d'un choix thérapeutique, sans s'exposer aux foudres de la hiérarchie médicale et administrative. Il faut disposer d'une sacrée dose de courage ou d'une certaine inconscience et ne pas craindre l'humiliation pour oser mettre son grain de sel dans une décision où l'on n'est pas convié (sans compter qu'on peut aussi se tromper). Jamais consultée sur les orientations thérapeutiques, l'infirmière est, de plus, souvent mal informée, et se trouve de ce fait incapable d'oser prendre un parti de crainte de risquer l'opprobre. On est là devant le meilleur moyen de lui imposer silence. À quand des formations communes aux professions de santé, à l'éthique par exemple ?

Après les cadres hygiénistes, les monsieur et madame « qualité » quantitative, peut-être pourrions-nous suggérer des créations de postes, non pas de cadres de l'éthique, mais de soignants au lit du malade ainsi que de médecins. Il s'agit d'augmenter les effectifs afin de donner du temps aux acteurs pour penser ensemble les critères qui leur permettraient de concevoir une qualité des soins qui ne laisse pas

l'essentiel sur le bord du chemin. Il ne suffit évidemment pas de multiplier les cadres pour changer les conditions du soin. Il est indispensable que du temps soit consacré à la formation continue des soignants, médecins y compris, et à leur réflexion commune autour des enjeux de santé et des nécessités qu'induit la maladie, autant que de les aider à métaboliser toutes ces impressions et émotions que mobilise, en chacun de nous, un tel métier. Les soignants doivent être accompagnés dans cet exercice par différents professionnels (y compris autres que soignants) extérieurs au service proprement dit, à l'hôpital ou au secteur. Les soignants ont besoin d'aborder d'autres horizons non confinés, de s'exprimer dans un espace où leur parole ne risque pas d'être reprise contre eux, d'un lieu où ils pourraient en toute quiétude exposer leurs difficultés et leurs questions, évoquer leurs peines et leurs joies sans la crainte d'être « évalués » et jugés. Ils ont également besoin d'apprendre à élaborer des projets qui reflètent leurs véritables préoccupations, voire qui reconnaissent leurs conflits de valeurs. Nous avons tous intérêt à ces débats, à accepter que toutes les voix trouvent écho, à oser mettre sur la table les bonnes et mauvaises raisons qui nous gouvernent. Ces lieux sont à imaginer, à construire et à défendre comme lieux de réhabilitation d'une profession en grand danger, mais aussi comme un formidable défi, une lueur d'espoir, d'ouverture et de création pour des personnes depuis si longtemps condamnées au silence.

Et pourquoi pas se laisser rêver à l'utopie d'un espace de soin qui, non seulement, constituerait un lieu de repli pour les membres de la société mais qui pourrait également devenir un lieu de résistance, de réhabilitation de la parole et de la souffrance, une base offensive ? Un espace proposé par les infirmières, pensé par elles, assumé par elles, défendu par elles ? Un autre monde en quelque sorte...





Femme algérienne © Photo: Alda Tawil.

Assassins du regard

Monique Sicard

*Monique Sicard est
chercheur CNRS,
en Histoire et esthétique
de l'image et du regard*

La destruction récente des deux grands bouddhas de Bâmiyân en Afghanistan, érigés au III^e ou IV^e siècle de notre ère, a suscité l'indignation des communautés occidentales. En écho, des voix se sont élevées contre l'indifférence face aux souffrances des femmes et de tout un peuple, confrontés au double fléau de l'arrivée au pouvoir des talibans et de plusieurs années de sécheresse. Pourtant, l'obligation faite aux femmes de porter les tchadri n'est pas sans liens avec la destruction des deux grandes figures de pierre marquant ce qui fut la riante vallée de Bâmiyân.

Les exactions commises contre les grands bouddhas sans visages et les grottes ornées de Bâmiyân ne sont pas récentes : en 1221, Gengis Khan avait déjà rasé la ville et dès le XVI^e siècle, les Moghols d'Aurangzeb avaient entrepris la destruction des statues. Les visages des deux bouddhas



Bouddha de Bâmiyân © D.R.

préislamiques pourraient ainsi avoir été l'objet d'un vandalisme ancien. Certains archéologues afghans penchent, eux, en faveur de l'existence de lourds masques mobiles de bois doré, disparus par la suite. Tant dans les cultures préislamiques qu'islamiques, l'enjeu du visage est manifeste : il est, étymologiquement, le lieu de la « vision », celui qui porte le regard et soumet le spectateur à son pouvoir.

Dénoncer l'interdiction de l'image dans le monde islamique serait trop rapide : comme s'il fallait détruire les statues car elles sont images, nier les visages car le visage, comme l'image, est promesse d'un invisible auquel il ressemble. Ce serait confondre l'islamisme extrémiste et l'islamisme modéré qui lui, n'interdit pas, par principe, le cinéma, la télévision, la photographie. En réalité, l'interdit de l'islam porte moins sur la production d'un double que sur celle d'une effigie – le mot a pour origine le mot latin *ingere* : fabriquer à la main, façonner l'argile. L'art islamique est un art où l'auteur matérialise ses propres positions au cœur du monde, délivré de l'obligation de ressemblance. Ce qui est condamné – mais il faut reconnaître que les textes manquent de précision – est moins la figuration que la fabrication même des images. Dès lors, si les miniatures persanes peuvent abondamment représenter la figure humaine, le fabricant de statues – à supposer qu'il puisse exister – se pose en concurrent de Dieu.

Les statues n'auraient donc pas été détruites pour des raisons directement religieuses mais pour leurs liens paradoxaux avec la modernité technique. Le site de Bâmiyân fut ouvert aux touristes à la suite des travaux effectués par la délégation archéologique française en Afghanistan entre 1922 et 1930. Jusqu'à la seconde guerre mondiale, les archéologues français eurent le monopole des fouilles du pays mais leur intérêt se porta plus sur la transmission du bouddhisme par les routes terrestres joignant l'Inde à la Chine, sur sa rencontre avec l'art hellénistique que sur les arts islamiques. Ils délaissèrent ces derniers au profit des

arts préislamiques en lesquels les Afghans ne reconnaissent pas spontanément leur histoire et leur identité.

La réouverture récente et brève du musée de Kaboul, sa visite par les mollahs talibans a précipité de peu les décrets fomentant la destruction des grands bouddhas. Or, ce musée était riche de statues bouddhiques au façonnement inspiré de celui des statues de Bâmiyân. Si ces dernières sont, pour les talibans, riches d'une transcendance rivale des valeurs de l'Islam, c'est bien d'être perçues comme des œuvres d'art¹, et donc porteuses, à l'instar du musée lui-même, de valeurs occidentales.

La rhétorique de la destruction des sculptures a mimé celle qui présida à l'incendie de la Bibliothèque d'Alexandrie, à l'époque de César (Pierre Centlivres²). Si ces bouddhas font l'objet de cultes idolâtres, il est logique qu'ils soient détruits. S'ils sont de simples cailloux, alors pourquoi ne le seraient-ils pas ? Si les livres de la Bibliothèque font écho au Coran, ils sont inutiles. Mais s'ils ne le font pas, ils doivent être brûlés. Il peut cependant paraître étrange que Mohammad Omar, commandeur des croyants de l'Afghanistan, qui favorisa au début de l'année 2000 la préservation des grands bouddhas de Bâmiyân, ait ordonné six mois plus tard, par décret, leur destruction intégrale³. L'acte signant un durcissement des positions des talibans survient non seulement après leur visite du musée de Kaboul, mais aussi après une série d'admonestations des institutions internationales à leur encontre.

De l'image au visage, il n'y a qu'un pas. Ôtez ces grands bouddhas que je ne saurais voir ; comme ces visages de femmes que je ne saurais regarder. Les uns comme les autres incarnent la modernité occidentale en opposition à la tradition. Que les femmes travaillent, étudient, les installe en concurrentes directes des hommes. En Afghanistan, comme ailleurs, les évolutions techniques ne sont pas indépendantes de ces bouleversements. Voiler le regard et le visage des

femmes, c'est affaiblir leur pouvoir mais c'est aussi, malheureusement, anéantir la personne tant il y va de la négation du visage comme du meurtre. Que les grands bouddhas de Bâmiyân aient été porteurs de masques ou que leurs visages aient été détruits par la suite ne change rien au poids des enjeux du regard dans ce qui a pu apparaître en première analyse, comme une guerre des images.

Le monde chrétien – dont sont issus la majorité des archéologues européens – a pris lui aussi très tôt conscience du pouvoir des images mais ses stratégies furent différentes. En 787, cent cinquante ans après la mort du prophète de l'Islam et la découverte contemporaine de Bâmiyân par le pèlerin chinois Hsuan Tsang, le second Concile de Nicée permit à l'église chrétienne de fonder la doctrine de l'icône. En mettant fin à la querelle de l'iconoclasme, il la dota donc d'un moyen puissant de transmission des messages. Non que les iconoclastes aient voulu la disparition des images, comme il est souvent dit, mais ils souhaitaient en réserver l'usage au pouvoir temporel (aux empereurs).

Les immenses statues de Bâmiyân ont, elles, été prises aux rets d'interprétations diverses. Là où les bouddhistes voyaient l'œil protecteur de Locanatha, le seigneur de l'univers, les occidentaux décelaient le symbole des droits de l'homme dans cette rencontre « autant miraculeuse qu'harmonieuse entre l'art de l'Iran sassanide, l'art gréco-bouddhique du Gandhara et l'art de l'Inde au temps de la dynastie Gupta » ; les islamistes extrémistes, eux, dénonçaient à l'aide d'explosifs le support matériel de valeurs occidentales comme ils entravaient et masquaient à leur propre regard la possible liberté des femmes.

1. Frodon J.-M., *Horizons-analyses, Le Monde, vendredi 23 mars 2001*

2. Centlivres P., professeur honoraire de l'université de Neuchâtel, voir www.droitshumains.org

3. Centlivres P., professeur honoraire de l'Université de Neuchâtel, voir www.droitshumains.org

Noëlle Lane

Noëlle Lane est médecin généraliste et responsable des programmes, en France, de Médecins sans frontières.

À propos d'IDEME

Pour le droit des étrangers malades en Europe

Entre 1997 et 1998, trois mille cinq cents personnes étrangères résidant en France, toutes gravement malades et originaires de pays-pauvres où elles ne pouvaient avoir accès aux soins médicaux, ont été régularisées. Elles ont pu bénéficier d'une carte de séjour, d'une protection sociale et d'un certain nombre de droits sociaux. Toutes résidaient en France depuis plusieurs années, sans papiers, sans droit au travail, en danger permanent d'expulsion et d'interruption des soins médicaux. Aucune n'avait le choix : rester ou mourir, d'un seul coup ou à petit feu.

Intervenant en France depuis 1987, Médecins sans frontières a soigné les personnes étrangères malades alors qu'elles étaient sans accès aux soins et expulsables, puis inexpulsables, puis régularisables, puis enfin avec un droit acquis au séjour et au travail. Leur parcours social, médical et juridique illustre les conséquences, au quotidien, de chaque état de la législation sur l'immigration depuis dix ans. Passées d'une situation de clandestinité complète à un séjour légal, ces personnes ont fait l'expérience individuelle et collective d'une exclusion barbare, puis, au sein de la même société, d'une intégration au titre de la gravité de leur maladie. En ce sens, leur trajectoire est historique.

Que deviendront tous ceux qui résident aujourd'hui en Europe, gravement malades et sans titre de séjour, qui ne bénéficient d'aucun dispositif de protection et vivent sous la menace permanente de l'expulsion et de l'arrêt des soins ? Au moment où le transfert de compétence à l'Union européenne en matière d'immigration est à l'ordre du jour, MSF souhaite contribuer à une réflexion sur les politiques préconisées à cet égard à l'échelle de l'Europe, en lançant l'action I.D.E.M.E ou Intervention pour le droit des étrangers malades en Europe.

La première étape de cette intervention consiste à rendre publics les éléments du débat. Une étude rétrospective sur un échantillon de cent dossiers de personnes étrangères gravement malades suivies par Médecins sans frontières en France, et accompagnées tout au long de leur procédure de régularisation, montre une réalité très différente des clichés en vigueur sur

Pour toute information

IDEME

40, rue de Paradis

75010 Paris

Tél. : (00 33) 1 45 23 16 16

e-mail : ideме@ideме.org

cette population. Que sont devenues ces personnes et que peut-on dire de leur trajectoire, et des conséquences de ce dispositif de régularisation aujourd'hui intégré à la législation française, et unique en Europe ?

Les personnes étrangères malades qui nous ont consultés sont des hommes et des femmes jeunes provenant de la plupart des pays pauvres de la planète. Célébataires, ils sont venus en France pour des raisons économiques, politiques ou pour y poursuivre des études. L'écrasante majorité (85,9 %) de nos patients est entrée sur le territoire de manière régulière. 41,2 % résidaient en France depuis plus de cinq ans. 12,4 % depuis plus de dix ans. C'est au cours de leur résidence en France qu'ils ont appris qu'ils souffraient d'une pathologie grave, en moyenne quatre ans après leur arrivée. Les pathologies observées sont très diversifiées : cancers, sida, maladies de système gravement invalidantes, pathologies cardiaques et rénales. 6 % des patients que nous avons reçus sont décédés soit pendant leur démarche de régularisation, soit peu de temps après avoir obtenu leur première carte de séjour. S'agissant d'une population dont la moyenne d'âge est de 36 ans, ce taux de mortalité est très élevé.

Vivant dans des conditions particulièrement précaires, ils n'ont survécu que par la solidarité de leurs proches qui leur ont assuré un hébergement et des ressources. Seuls 17,2 % ont un travail. L'impact de la régularisation sur la vie quotidienne de nos patients peut se mesurer précisément avec l'évolution du type de ressources dont ils disposent. Le changement est radical : 50 % de ceux qui sont en âge de travailler exercent un emploi depuis l'obtention de leur titre de séjour. 19,6 % d'entre eux bénéficient de l'allocation adulte handicapé, ce qui témoigne de la gravité des pathologies dont ils souffrent.

Quatre ans après l'inscription dans la loi françai-

se d'un véritable droit au séjour des personnes étrangères gravement malades, les bilans officiels du ministère de l'Intérieur en matière de régularisation pour pathologies lourdes font apparaître que moins de mille cinq cents personnes par an demandent à en bénéficier. Quel pays d'Europe peut prétendre ne pas pouvoir offrir un statut à mille cinq cents personnes par an dès lors que leur vie en dépend ? Quel système de protection sociale pourrait argumenter de sa mise en faillite ? Quel gouvernement ayant ratifié la Convention européenne des droits de l'homme peut admettre l'expulsion d'un étranger gravement malade vers son pays d'origine ?

Afin de poser cette question à tous les pays de l'Union européenne, nous avons entrepris un état des lieux systématique des droits des personnes étrangères résidant en Europe sans titre de séjour. Les premiers éléments de cet état des lieux attestent que tous les pays de l'Union européenne se sont trouvés contraints de prendre des dispositions permettant, le plus souvent de façon très limitée, l'accès aux soins médicaux des personnes étrangères en séjour irrégulier.

En Belgique, il existe un accès à l'aide médicale gratuite. Les personnes gravement malades peuvent demander une autorisation de séjour, la maladie est alors assimilée à une « circonstance exceptionnelle ». Une loi récente de régularisation a intégré le critère des pathologies lourdes. Mais cette loi est temporaire, elle n'ouvre pas de droit durable. De plus, l'association *Medisch Steupunkt* qui travaille à l'amélioration de l'accès aux soins des sans papiers depuis 1994, s'inquiète de voir les dossiers médicaux ouverts par des fonctionnaires de police.

En Espagne, l'accès aux soins des étrangers en séjour irrégulier est prévu par la loi, mais l'accès à une carte de séjour en cas de pathologie lourde reste une mesure très exceptionnelle, dictée

par des considérations humanitaires. Seules les femmes enceintes sont protégées contre l'éloignement. En plein débat sur l'immigration, les équipes de MSF-Espagne ont récemment convaincu une petite partie de la classe politique d'élargir ce droit à la protection contre l'éloignement aux personnes gravement malades.

En Italie, l'accès aux soins est prévu par la loi, mais l'accès à une carte de séjour ne se fait que dans un cadre humanitaire, et seules les femmes enceintes sont explicitement, dans la loi, protégées de l'expulsion. L'association Caritas Roma, qui a ouvert il y a vingt ans un centre médico-social pour étrangers sans papiers, raconte le cas récent d'une jeune fille philippine hospitalisée pour une maladie bénigne. Lorsqu'elle s'est sentie mieux, elle a eu peur de rester à l'hôpital. Elle a confectionné une sorte de corde avec les draps, et elle a essayé de descendre par la fenêtre. Elle était encore très faible, elle a fait une chute et elle est morte.

Le Royaume-Uni est le seul pays à avoir encouru les foudres de la Cour européenne des droits de l'homme qui a assimilé, en 1997, l'expulsion programmée d'un malade du sida vers son pays d'origine à un « traitement inhumain et dégradant » prohibé par la Convention européenne des droits de l'homme. Depuis, une directive permet d'accorder un titre de séjour aux étrangers malades dont « l'espérance de vie serait réduite » par un retour au pays d'origine. Une mesure d'éloignement ne peut plus être prise sans tenir compte de l'état de santé, car l'État considère que sa responsabilité est engagée.

Les étrangers gravement malades résidant en Europe en séjour irrégulier sont victimes d'un dispositif purement discrétionnaire, qui les fait vivre à la fois dans la peur de recourir au système de soins et dans la menace permanente de l'arrêt des soins. Deux femmes, députées européennes, ont soulevé cette question au parlement européen : Claudia Roth, députée européenne allemande, rapporteur du rapport annuel du Parlement européen sur le respect des droits de l'homme voté en 1997, a fait adopter une résolution qui affirme le droit à une protection contre l'éloignement pour les étrangers gravement malades en séjour irrégulier. Deux ans plus tard, la même proposition est reprise par Aline Paillet, députée européenne française, dans le cadre du même rapport, et votée à nouveau. Il s'agit à présent d'aller au-delà de simples résolutions, et surtout de faire entrer cette question dans le champ de la responsabilité politique.

Avec les associations présentes en Europe auprès de ces populations, Médecins sans frontières souhaite promouvoir une série de propositions destinées à protéger de l'expulsion les personnes étrangères malades résidant en Europe. L'accès aux soins doit être garanti, quel que soit le statut. Un étranger gravement malade résidant en Europe et ne pouvant avoir accès à une prise en charge médicale adaptée dans son pays d'origine doit être protégé de l'éloignement. Il doit aussi avoir droit au séjour. Voilà qui fera l'objet du débat organisé le 10 octobre à Paris, dans le cadre de la première journée d'action d'IDEME.

L'Assurance maladie, considérée du point de vue de ses principes fondateurs de 1945, est à la dérive. Certes, la Couverture maladie universelle a permis que les plus pauvres de la nation puissent bénéficier de par la loi d'une couverture correcte mais, dans le même temps, pour la majorité des citoyens, la part des soins couverte par l'Assurance maladie ne fait que décroître (augmentation du ticket modérateur, forfait journées d'hospitalisation, dépassements d'honoraires, non remboursement des médicaments, etc.) ouvrant un champ de plus en plus vaste à la couverture complémentaire et aux logiques commerciales dans le système de soins. L'Assurance maladie, bailleur prépondérant du financement de notre système de soins est de plus en plus pillée par les avancées du néolibéralisme et de la mondialisation du système marchand. La mise en Bourse de la compagnie Générale de Santé, financée à 90 % sur les fonds de l'Assurance maladie, en est le dernier exemple affligeant.

La démocratie, un remède pour une Assurance maladie en souffrance

Colloque à la Halle aux toiles de Rouen
du jeudi 1^{er} au dimanche 4 novembre 2001

Les croupières que taillent actuellement le système marchand dans notre Assurance maladie tiennent autant à la force du libéralisme, qu'à la sclérose technico-syndicalo-administrative dans laquelle est tombée l'institution, éloignée depuis trop longtemps de ses patrons originaires, les assurés sociaux. Le système, sous la tutelle étroite de l'État, fonctionne aujourd'hui comme une assurance qui gère un risque. Il s'agit, comme dans n'importe quel système assurantiel, de limiter les sorties d'argent. Cette logique technocratique (même lorsqu'elle se drape du nom de « maîtrise médicalisée »), est à l'origine de projets comme la carte Sésame Vitale¹, les accréditations, les codages de pathologies, projets jamais débattus avec les citoyens, et qui pourtant les concernent directement.

Nous devons à Rouen, avec nos partenaires, entrer dans le concret de propositions pour reconstruire l'Assurance maladie avec pour corollaire un nouveau modèle de distribution des soins. Nous ne nous retrouvons pas dans les prises de position des G7² et autres G14³ qui ne remettent en question ni le fonctionnement actuel de l'Assurance maladie, ni une médecine libérale de plus en plus inadaptée pour soigner au mieux les personnes malades et permettre la mise en place d'une véritable politique de santé publique.

Après notre congrès de Saint-Denis en 1999, où nous avons dénoncé la logique néo-libérale du système de santé, nous continuons à nous inscrire dans le mouvement citoyen qui n'est pas représenté dans les débats actuels, autour de la Sécurité sociale, et qui attend de nous et avec nous, des prises de positions. Une telle élaboration doit se faire en partant du concret du soin : notre façon de soigner dépend aussi de l'Assurance maladie et de son fonctionnement. Cette institution doit devenir un outil d'accompagnement de la personne, dans une démarche de soins, de prévention et d'éducation.

L'enjeu du congrès sera de faire un colloque réunissant des personnes et des institutions d'horizons variés pour travailler ensemble à l'élaboration d'un projet alternatif pour refonder l'Assurance maladie. Qu'elle ne soit plus vécue comme un simple bailleur de fonds, mais impliquée dans une véritable politique de santé publique. Que la population soit représentée

dans une gestion démocratique. Qu'il existe un système d'information sanitaire sous contrôle citoyen, permettant de déboucher sur une véritable politique de santé publique.

Un tel projet repose sur une dimension politique qui déborde largement le champ de *Pratiques* et du Syndicat de la Médecine Générale. La réussite politique d'un tel projet repose sur les alliances à construire, avec des représentants du mouvement associatif, syndical et politique.

Voilà pourquoi nous vous invitons à participer à ces débats.

Afin d'élaborer, ensemble, des propositions pour la reconstruction de l'Assurance maladie. Cela ne peut se faire sans la participation active des citoyens.

Les débats auront lieu à Rouen dans un lieu chargé d'histoire : la Halle aux toiles.

Allez découvrir le site de Pratiques sur Internet !

<http://www.smg.ras.eu.org>

Enfin, nous sommes présents sur la toile !

Un nouvel outil pour tisser des liens plus riches entre les lecteurs et l'équipe de la revue.

Ce site, qui en est à ses tous débuts, est amené à évoluer en fonction de vos remarques et critiques.

Écrivez-nous, e-maillez nous. À bientôt !

1. Le « groupe des sept » (dit G7) qui s'est constitué pour proposer une réforme de l'organisation des soins de ville, regroupe quatre syndicats de salariés (CGT, CFDT, CFE-CGC et CFYC) et trois syndicats de médecins libéraux (CSMF, SML et FMP).

2. Le G14 qui comprend trois syndicats de médecins

(MG-France, l'Union collégiale des chirurgiens et spécialistes français et le Syndicat national des médecins de groupe), sept autres organisations de professionnels de santé, mais aussi la CFDT, l'Union nationale des syndicats autonomes (UNSA), et les deux plus grosses fédérations de mutuelles.

Pré-programme du colloque

Jeudi 1^{er} novembre après-midi : historique de la Sécurité sociale, de la conception 1945 : « un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité », jusqu'au système actuel de prise en charge financière du soin avec la tutelle omniprésente de l'État.

État des lieux

Les soins : accès facilité par la CMU mais persistance d'inégalités ; baisse continue de la prise en charge par le régime obligatoire et rôle des mutuelles et des assurances complémentaires ; introduction en Bourse du système hospitalier privé : la Générale de Santé ; l'Assurance maladie et la mondialisation ; l'AGCS (accord général sur le commerce des services) ; les inégalités sociales de santé.

Un système de santé régulé de plus en plus fortement au niveau de la région sous le contrôle de l'État

Une représentation des parties prenantes du système de soins et de santé publique déficiente : Les assurés sociaux/ citoyens

Les professionnels du soin
Les gestionnaires de l'Assurance maladie

Jeudi 1^{er} novembre, soirée : débat autour de la revue *Pratiques*

Vendredi 2 novembre, matinée : intégrer le soin dans une problématique de santé des personnes : quelles propositions pouvons-nous faire ?

Vendredi 2 novembre, après-midi : interpellation de nos invités : institutionnels, politiques, syndicalistes sur les propositions élaborées

Vendredi 3 novembre, soirée : meeting public, quel avenir pour l'Assurance maladie ?

Samedi 3 novembre matin et dimanche 4 novembre matin : débat syndical, assemblée générale, élection de la commission exécutive

Samedi 4 novembre après-midi : libre, visite de Rouen et en soirée, fête !

Tarifs prévisionnels

Forfait hébergement :
500 F (3 nuits en hôtel + petits-déjeuners)

Forfait repas :
600 F (du jeudi soir au samedi soir avec la fête du samedi soir)

Frais de congrès :
500 F médecins
100 F non médecins
1000 F salariés dans le cadre d'une prise en charge par leur institution

Pour ceux désirant s'inscrire au colloque de Rouen, merci d'envoyer un courrier avec un chèque de 600 F à l'ordre de :

Syndicat de la médecine générale,
52, rue Gallieni - 92240 Malakoff

Anne-Marie Pabois

Médecin généraliste

Lorient, 5 et 6 mai 2001

Le soleil et un vent raisonnablement fou régnaient sur Guidel vers où convergeaient, de toute la France, soignants du Syndicat de la Médecine Générale, agriculteurs, consommateurs et population des environs. Tous venaient participer à l'instruction et au procès de la vache folle, organisé par ces « médecins pas comme les autres » et la revue *Pratiques*. Pendant plus d'une journée, le public, à la façon des conférences de citoyens, a entendu et interrogé les intervenants, plus ou moins impliqués directement dans l'affaire : chercheurs INRA et AFSSA, vétérinaires, politiques, commerçants, syndicalistes agricoles (CP et FDSEA), agriculteurs victimes de l'encéphalopathie spongiforme bovine (une bête atteinte, tout le troupeau exterminé, pourquoi ?) fondant une

association pour se défendre collectivement, commerçants, consommateurs. La chaleur humaine, l'émotion et la compassion, la colère mais l'écoute des différences, la recherche attentive de toutes ces vérités si longtemps cachées aux citoyens, ont fait la richesse de cette rencontre entre des soignants et des agriculteurs.

La vache, la démocratie, la justice... et l'utopie !

La représentation théâtralisée : « Procès pour non assistance à démocratie en danger,

à propos de l'affaire de l'ESB », parachève avec brio cette instruction.

Jury populaire, président du tribunal, procureur, avocates de la défense, greffier, agent de la force publique, font comparaître la victime : *Madame la Démocratie*, immense silhouette blanche au visage informe, bâillonnée, aveugle, fragile et blessée, de tous temps pourchassée. Les sept accusés (*ultra-libéralisme, aveuglement scientifique, dérapages de l'administration, absence de politique de santé, désinformation, démission politique, fraudes des industries agroalimentaires*) sont présentés par la greffière, et le président détaille leurs méfaits (bien réels) ; témoins à charge et à décharge se succèdent, mettant en lumière les responsabilités des uns et des autres, mais aussi leurs difficultés à assumer leur charge, les démissions, compromissions et non prises de responsabilité à tous les niveaux. Après avoir écouté le brillant réquisitoire du procureur et des avocates mettant en évidence celui qui est à la base de tout : la recherche du profit, l'argent, le jury se retire pour délibérer bruyamment. La décision finale est bienvenue : tous responsables, tous coupables. La société devra, dans les domaines de la santé, justice, enseignement... informer la population et utiliser l'arme démocratique des conférences de citoyens : chacun, du politique au consommateur en passant par l'agriculteur, doit assumer sa responsabilité à son niveau et remettre la démocratie à sa place.



Ce « modèle de pédagogie » à la mise en scène imaginative et réaliste due aux soignants du SMG et autres théâtres (enfants, conjoints, et Jean-Noël Rüfenacht, agriculteur du Jura jouant son propre rôle), a permis à tous de se réapproprier le langage des experts, dans l'émotion et le rire, mais aussi dans la recherche des vérités multiples. Cette rencontre originale entre acteurs du monde agricole et acteurs du monde du soin illustre bien les convergences d'idées, d'analyses, de valeurs : la santé

publique est l'affaire de tous, y compris des agriculteurs respectueux de leur environnement et de leur propre santé, attentifs, comme les soignants, à ne pas se laisser malmener par les industries agroalimentaires semencières et pharmaco-chimiques, à penser aux intérêts particuliers, certes, mais situés dans les intérêts publics. Le langage commun, issu des pratiques de chacun, permettra enfin de dépasser les clivages corporatistes étriés et un renouvellement des réflexions et actions communes.

La démocratie en péril : texte et vidéocassette

Vous voulez revoir en direct le spectacle ? Il vous tarde de montrer à vos enfants et petits-enfants ce qui s'est passé à Guïdel en ce printemps 2001 ?

Vous voulez utiliser ce spectacle à titre pédagogique ? Vous voulez aussi le jouer ?

N'hésitez plus : la cassette vidéo et le texte du spectacle de Guïdel Lorient sont enfin disponibles. À commander au prix de 200 F la cassette et 50 F le texte à SMG/Pratiques, 52, rue Galliéni, 92240 Malakoff (reçu adressé dès réception de votre règlement).

Pour vos vacances, l'adresse à noter : celle de nos amis agriculteurs rencontrés à Lorient : Jean-Noël et Anne-Marie RÜFENACHT- DALOZ, GAEC des BUIS, 17, route de Villeneuve, 59270 SARROGNA, tél. : 03.84.35.72.51

Situation : altitude 550m, Orgeles 7 km, Lons-le-Saunier 25 km, lac de Vouglans 7 km, région des lacs, « au pays qui respire ».

Accueil : camping paysan (25/30 pers), accueil d'enfants.

Produits fermiers : jus de pomme et cidre bio

Activités à la ferme : atelier de peinture sur bois et création de « voisins », participation à travaux sur la ferme (vaches, basse-cour, ânes, cochons, chèvres, lama, chevaux).

Autres activités : sentiers randonnées dans un cadre sauvage préservé, baignade, pêche, ski nautique à 7 km.

Tarifs : 25-35F par enfant en accueil. Accessibilité handicapés.

Camping : 12F/nuit A, 10F/enfant, 15F élect, 20F empl.

*Colloque du Sud au Nord
Rencontre internationale de quartier
De l'improvisation et du programme dans la santé et le soin*

*au
Théâtre du Prato
Le Muia / Colloque de Carcassonne
École dispersée de santé européenne
G & T 59/62 : Nouvelles pratiques en médecine générale*

du vendredi 26 au mercredi 31 octobre 2001

*Pour tout renseignement complémentaire :
G & T 59/62, Nouvelles pratiques en médecine générale
267, rue Solferino
59000 Lille*

De programme et de l'improvisation dans la santé et le soin

L'improvisation est là, permanente mais peu dite.

Serait-elle impossible à dire ?

Où y aurait-il un problème de langue ?

Où y aurait-il un problème de pudeur ?

Où y aurait-il un problème de mode ?

Où un problème de pouvoir ?

Parler de notre pratique, la décortiquer, la passer à la moulinette.

Quelle articulation avec les programmes ?

Comment cela se produit avec le patient ?

De la question de la langue

Il faudra aussi passer du temps sur la langue.

D'une part parce que nous serons entre Européens.

Comment se parler entre Italiens, Belges, Français et Espagnols ?...

Prendre le temps de se comprendre.

Quelle langue dans mon cabinet ? (On ne parle pas comme cela au docteur)

Quelle langue en santé publique ?

*Mais aussi quelle langue pour rendre compte de cette obscure pratique de la médecine,
de cette improvisation constante ?*

Faut-il parler la langue des savants, des universitaires ou bien la langue de la rue ?

Langue écrite, langue orale ?

Culture populaire, culture savante ?

De la question des frontières

Lille, ville frontière.

Parler des frontières, de ces zones où deux langues se parlent.

De cette frontière entre l'écrit et l'oral.

De cette frontière entre lui et moi, entre le programme et l'improvisation.

Zone, relecture d'Apollinaire.

Parler de la peau.

Des frontières entre public et privé, public et acteur.

La loi du 27 juillet 1999, dite loi Couverture maladie universelle (CMU), prévoit la création d'un volet médical sur la carte Vitale 2 qui sera remise à tous les assurés sociaux. Du point de vue de la Sécurité sociale, il s'agit de contrôler les itinéraires de soins des assurés, pour améliorer la continuité et la qualité des soins et dans l'idée de lutter contre le « nomadisme médical », phénomène en réalité très marginal. D'autre part, cette carte est également conçue comme moyen d'accès au dossier médical unique en ligne, que l'on voudrait généraliser. Enfin, dans le cas des urgences médicales, l'objectif est de disposer pour tout individu d'un minimum de renseignements médicaux fiables permettant d'éviter les erreurs et d'améliorer les soins.

Comment concilier le caractère obligatoire de ce document (carte contenant elle-même les données ou carte d'accès à des fichiers) avec le droit de chacun d'accepter ou de refuser tout enregistrement de données personnelles inscrit dans la loi CMU ?

Les données personnelles de santé sont des informations couvertes par le secret

médical, dont la divulgation peut porter atteinte à la vie privée et au droit à la confidentialité. Leur inscription sur un document généralisé et obligatoire requiert la plus extrême vigilance, afin de prévenir l'utilisation abusive de ces données. Les exemples ne manquent pas, en France ou à l'étranger, où des employeurs, des assurances voire même des administrations, ont utilisé des informations confidentielles de santé dans un but de sélection ou de discrimination. C'est également la raison pour laquelle nous sommes opposés à ce que la CNAM lie la prise en charge des dépenses de santé à la présentation de cette carte.

Au regard de ce risque, existe-il des données qui seraient plus ou moins sensibles, et dont par conséquent l'accès aurait à être plus ou moins protégé ? Les données médicales d'urgence, ou les dernières prescriptions, pour reprendre ce qui est prévu pour la carte Vitale 2, peuvent être tout aussi informatives qu'un dossier médical plus complet. Le diagnostic de la plupart des affections chroniques apparaîtra de façon plus ou moins évidente à la lecture de ces données : même restreintes au minimum, ces informations révèlent le maximum ! Il n'y a pas de risque chez les personnes en bonne santé, pour lesquelles le groupe sanguin et les allergies éventuelles ne revêtent généralement pas de caractère confidentiel, mais qu'en est-il chez une personne atteinte de diabète ou séropositive ? C'est pourquoi le principe selon lequel toute information personnelle de santé ne doit être accessible qu'avec l'accord exprès de la personne concernée (c'est la loi) doit s'appliquer, quel que soit le type d'information, données d'urgences et prescriptions incluses.

Cet accord du patient doit viser également les tiers autorisés à accéder à ces données. Si l'emploi d'une Carte professionnelle de santé (CPS) est un premier pré-requis, des dispositions doivent être prises afin de limiter l'accès aux seuls professionnels choisis par le patient et dont les coordonnées figurent sur la carte. Seules les structures de soins d'ur-

Louise Cadoux,
Monique Herold,
Paul Jacquin,
Annie Marcheix,
Patrice Muller,
Pierre Suesser

Réponse à la consultation de l'Ordre des médecins sur le volet médical de la Carte Vitale

Les auteurs de cet article sont membres du groupe santé de DELIS (Droits et libertés face à l'informatisation de la société).

Adresse postale
Ligue des Droits de l'Homme
27, rue Jean Dolent
75013 Paris
Tél. : 01 43 73 32 82
site web : www.defs.sgdg.org
mél : contact@dels.sgdg.org

gence (pompiers, SAMU, urgences hospitalières...) pourraient accéder à ces données sans y être nommément autorisés au moyen d'une CPS spécifique.

Par ailleurs, l'exercice de ce libre choix des personnes concernant le volet médical implique logiquement un droit d'accès direct à son dossier médical, modification législative prévue prochainement. Mais le dossier médical unique (centralisé ou réparti) pour tout individu, de sa naissance à après sa mort, pose de multiples autres questions pour rester conforme à ces exigences de droits et libertés individuels. La nécessité de recourir à un Identifiant permanent du patient (IPP) nous paraît comporter trop de risques, comme nous l'avons développé dans le texte ci-joint. Le recours à des *pointeurs*¹, répondant là encore au libre choix des personnes, autorisant un accès sélectif aux professionnels de santé détenteurs d'éléments des différents dossiers médicaux nous semble préférable. La carte Vitale 2 ne doit être qu'un outil d'identification et d'authentification individuel pour assurer un accès sélectif et contrôlé aux informations de santé gérées par les professionnels de santé. Chaque information doit être rattachée à la fois à l'identité du patient et à l'identité du professionnel de santé concerné.

Les techniques de l'information et de la communi-

cation appliquées aux données personnelles de santé, améliorant considérablement leur archivage et leur transmission, permettent d'espérer d'importants bénéfices sur la continuité et la qualité des soins. Mais on ne saurait faire l'impasse sur les risques d'atteintes aux libertés et de discrimination que fait courir leur utilisation non maîtrisée. La conception du projet Vitale 2, en répondant à plusieurs objectifs de nature très différente, est un compromis inacceptable en l'état. À côté de dispositions obligatoires répondant aux nécessités de la protection sociale, le domaine des informations personnelles de santé doit rester impérativement soumis au respect du droit de chacun à la confidentialité.

1. Définition de pointeur : ce concept permet un accès direct et univoque à une information qui est préalablement identifiée ou caractérisée par ce qui compose le pointeur. Ainsi, un pointeur, constitué du numéro ADEL d'un médecin, permettrait d'accéder directement à la fiche descriptive de ce dernier, dans la base de données du système de santé référençant les médecins. Si le pointeur était constitué de l'identifiant d'un document constitutif du dossier médical (nom d'un fichier word par exemple ou identifiant d'un texte dans une base de données) il permettrait alors d'accéder directement à ce document certes selon les droits d'accès autorisés par le patient, mais sans que le médecin, ni le patient d'ailleurs, le sache à l'instant où ceci se ferait...

Que peuvent faire les médecins ?

Migrants contre le sida est une association d'aide aux patients séropositifs originaires d'Afrique Noire et du Maghreb.

Le Collectif Migrants contre le sida est souvent sollicité par des soignants qui s'interrogent sur leurs pratiques auprès de patients issus de l'immigration. Aujourd'hui, quelques propositions simples à mettre en œuvre, issues de notre intervention du 6 mars devant le réseau Ville-Hôpital Aulnay 93.

Refusez la dissociation entre suivi médical et social : un médecin doit prendre le temps et engager les moyens pour faire une évaluation globale de la situation sociale et sanitaire d'un patient. Il doit résister à la tentation de se décharger des droits sociaux sur le service social. Migrants contre le sida encourage les soignants à accompagner chaque patient aux caisses de Sécurité sociale, dans les services sociaux des mairies, ou dans les pharmacies de ville.

Apprenez à parler la langue de vos patients : tout médecin peut faire appel à un traducteur-interprète formé sur le VIH. C'est au médecin ou à l'hôpital (et non au patient) de faire la démarche. Contact : Aziz Tabouri, ISM, programme financé par la DGS, 80 langages proposés, Tél. : 01 43 35 73 73.

Encouragez vos patients à rechercher leurs propres informations sur le VIH : la plupart des personnes séropositives, issues de l'immigration, qui prennent contact avec le Collectif ne connaissent ni leur taux de CD4 ni leur charge virale. Ce n'est pas du fait de leur culture, mais le résultat d'une interdiction de fait d'accès aux informations sur les traitements et la recherche. L'émission de radio de MCS fournit régulièrement des informations fiables sur la vie quotidienne et le suivi médical. Même si les revues subventionnées des associations classiques (*Remaides, Action, etc.*) sont très mal diffusées en banlieue parisienne. Et bien qu'elles ne répondent pas directement aux préoccupations des malades d'origine arabe et africaine, elles sont gratuites et doivent être mises à disposition des malades.

Apprenez à respecter vos patients : sachez que parmi les séropositifs issus de l'immigration il y a des personnes qui sont malades depuis longtemps, qui sont des autodidactes de l'évolution du virus, des médicaments, du suivi médical.

Encouragez vos patients à vous manquer de respect : le respect du médecin n'est pas culturel mais relève de l'autorité et du statut social (c'est-à-dire du pouvoir) que confère votre blouse blanche. C'est votre responsabilité de ne pas vous cacher derrière ce statut, mais de vous remettre en question, d'aborder avec franchise les choix thérapeutiques et leurs limites (effets secondaires, contraintes des prises, etc.).

Refusez la logique d'austérité des consultations précaires, refusez de faire des économies sur le dos des patients les plus précaires : si vous travaillez en consultation précaire, ne cédez pas aux pressions imposées par les directions des hôpitaux, aux contraintes budgétaires. Commandez toutes les analyses nécessaires, même les plus coûteuses ou spécialisées (test de résistance, dosage plasmatique, etc.). N'hésitez pas à faire une réelle évaluation globale des besoins thérapeutiques, sans sur-

estimer la facilité des prises (le Trizivir et le Combivir ne conviennent pas à tous les patients !).

Cessez le déni et le silence sur les discriminations et les inégalités qui tuent les malades du sida les plus précaires : la France n'est pas « championne du monde » des systèmes de santé. Ceux et celles qui nient l'existence des discriminations se rendent complices, pour des raisons idéologiques (parce qu'ils sont convaincus que le système des soins est bon), du maintien de l'ordre établi de la santé à plusieurs vitesses et de ses conséquences mortifères pour les malades les plus précaires. Migrants contre le sida appelle les soignants à refuser toute démarche corporatiste, et au contraire à signaler, à rendre publique, les responsables des discriminations, de toute entrave à l'accès aux soins et aux droits sociaux des malades les plus précaires.

Apportez votre soutien au Collectif Migrants contre le sida : parlez de l'émission de radio, de notre permanence téléphonique (tél. : 01 43 79 88 32), avec vos patients. N'hésitez pas à prendre contact avec nous, à engager la discussion et le débat pour l'égalité des droits face à la maladie. Faut-il obligatoirement conclure en déclarant explicitement que les médecins ne sont pas nos ennemis ?

Voici quelques traits brossés de notre ennemi commun : une médecine aveugle aux conditions de vie de ses patients, une médecine condescendante pour qui le patient dont elle ne parle pas la langue est forcément un imbécile, une médecine hautaine pour qui le malade n'a nul besoin de comprendre sa pathologie...



Adresse :
70, rue de la fraternité,
93170 Bagnolet
tél. 01 43 79 88 32
fax : 01 40 18 18 61
site internet :
www.survivreausida.org

Claire Gekiere
et
les membres de
l'Union syndicale
de la psychiatrie

Médecin psychiatre.

Dangers du PMSI psychiatrique

Le contexte. Le PMSI (Programme de médicalisation du système d'information) doit s'appliquer prochainement à la psychiatrie. Il s'agit de mettre en place une évaluation médico-économique de l'activité avec pour but l'allocation de ressources.

Le calendrier officiel du ministère pour généraliser le PMSI en psychiatrie a été un peu repoussé : juillet 2002 pour l'application complète, au lieu de fin 2001. Cela en raison d'une opposition :

- des syndicats de psychiatres (actions en cours, jusqu'au boycott?);
- de membres du « comité de suivi », d'experts, qui ne se résignent pas au passage en force d'un aussi mauvais outil.

Il y a une offensive du ministère pour appliquer son projet en l'état (voir analyse des motivations ci-dessous). Dernière en date :

réunion de formation sur septembre et octobre (trois mille deux cents personnes !), soit deux personnes, dont un médecin, par secteur.

Le ministère recule, un peu, sur le calendrier ; accorde quelques moyens matériels (pour les moyens informatiques) ; reste ferme sur l'application de l'outil en l'état ; promet plus de

concertation et un différé des transmissions aux Agences régionales d'hospitalisation (ce qui est totalement irréalisable : si des chiffres sont produits, ils seront utilisés).

On peut considérer trois niveaux de critiques :

- technique : c'est un mauvais outil, mais perfectionnable, avec d'autres expérimentations avant l'application générale, dans le but de trouver une évaluation plus proche de l'activité ;
- pragmatique : effrayant en pratique, chronophage, il y aura un transfert de moyens insupportable pour une finalité obscure ;
- politique : cette évaluation médico-économique va entraîner un changement des pratiques car elle présente (volontairement ?) une épistémologie en rupture avec celles-ci.

Le PMSI psychiatrique présente plusieurs dangers. Il participe à l'intégration continuée de la psychiatrie à la médecine : la même méthode d'évaluation en apparence (le même nom) que pour le MCO, la psychiatrie est donc bien une spécialité médicale comme une autre, puisqu'on peut évaluer son activité avec le même système et en même temps, par le choix de son contenu (journées pondérées), le PMSI induit un rapprochement de la psychiatrie des soins de suite, ce qui va avec la vieille réticence du ministère à continuer à financer la psychiatrie comme du court séjour.

Il est congruent avec les autres éléments de ce rapprochement médical, en vue d'une planification rationalisée commune : effacement de l'échelon départemental, rapprochement géographique des cartes sanitaires MCO et

psychiatrie. Autour de « bassins » – cf. par exemple le niveau « bassin de santé de référence » de la DATAR (sur les niveaux d'organisation pour la santé). Ce rapprochement n'est pas un problème en soi, sauf s'il doit entraîner une uniformisation réductrice des contenus au nom de l'uniformisation des contenants.

Le PMSI est présenté comme la réponse aux reproches (type Cour des Comptes 2001*) sur une « planification insuffisante » qui « ne permet pas de résorber les disparités et de réaliser les restructurations nécessaires », déjà pointée dans le rapport 1988 – due notamment (p. 411) aux « carences du système d'info et de statistiques » sur « l'offre de soins ». Mais la réponse du ministère (p. 439) pointe d'ailleurs, par son énumération de toutes les autres enquêtes nécessaires, l'insuffisance du PMSI (présenté au passage comme acquis) pour « l'amélioration des outils d'aide à la décision ».

Le PMSI va dans le sens de la non évaluation des besoins (alors qu'il n'est question, par ailleurs, que de prévention et de satisfaction de l'utilisateur) cf. B. Kouchner, le 7 avril : « se recentrer sur les besoins », puisqu'il s'agit d'une lourde évaluation de l'activité qui n'a cependant aucune capacité à évaluer les résultats de santé ni l'opportunité des soins dispensés » (E. Beau, ARH IF*).

Il conforte l'hospitalo-centrisme (cf. plus bas sur les pratiques), de la sectorisation psychiatrique.

Il reflète le choix, politique, du modèle de soin psychiatrique : l'acte, technique, centré sur un individu, au résultat prédictible (si l'on veut donner un sens au but du PMSI : l'allocation de ressources). Ce qui nécessite un modèle différent de la clinique et du soin psychiatrique par rapport à ceux largement répandus, et l'emploi d'une typologie psychiatrique caricaturale.

Des effets sur la pratique psychiatrique ? Oui, nécessairement ! Pour la psychiatrie publique, c'est conforter le clivage entre intra et extra hospitalier. En quelque sorte, « aller enfin au terme de la politique de sectorisation » (rapport Piel et Roelandt) en achevant l'idée que le secteur n'est pas pertinent en tant que pensée globale d'un soin dans sa continuité, avec une hiérarchie qui perdure entre intra (mesurable par le système) et extra où la chef de la mission PMSI elle-même reconnaît une « méthodologie contestable »,

mais applicable cependant, et ne pouvant aboutir à l'allocation de ressources !

Si on évalue mal l'intra et pas du tout l'extra au cœur même du système d'évaluation, c'est la négation de l'activité ambulatoire du secteur.

Une modification de la clinique ? Oui ! La clinique psychiatrique est pensée à partir d'une clinique du sujet (même s'il y aurait long à dire sur les pratiques).

Celle-ci implique pour la thérapeutique, aussi bien pour la psychothérapie individuelle que la psychiatrie de secteur, au moins deux éléments : 1. la nécessité de moyens (d'un dispositif soignant) ; – pour un résultat par essence imprédictible au niveau individuel.

Or le PMSI psychiatrique, dans sa formalisation, et dans la lourdeur de son application pratique, est centré sur l'individu (patient et acteur du soin), l'acte technique, le temps qu'on y passe, avec l'hypothèse :

- d'une standardisation des actes retenus (sinon l'allocation de ressources est impossible) ;
- de la non prise en compte des autres éléments de prise en charge, qui accède au statut de « reste »¹. Voir fiche en annexe pour se faire une idée des actes retenus...

On ne peut reprocher à une évaluation de catégoriser et de réifier. Mais il semble que dans son état actuel, le type de réification proposé par le PMSI psychiatrique pose un problème essentiel à la psychiatrie.

En effet, cette évaluation, pour aboutir à une allocation de ressources, a besoin de construire une prédictivité individuelle (à base de comportements et de communications interpersonnelles prédictibles et reproductibles) pour aboutir à une prédictivité de masse (or, il semble, si on tient à évaluer, qu'il existe d'autres types de prédictivité de masse qui n'obligent pas à partir d'une réification individuelle insensée, ni à postuler l'identité entre un produit hospitalier et un produit industriel¹).

Cela amène par exemple à valoriser la mise en chambre d'isolement, quintessence de l'acte psychiatrique hospitalier (dont on a d'ailleurs fait glisser assez rapidement les précautions d'emploi au protocole d'utilisation – un peu comme si l'on prescrivait un produit en fonction uniquement de ses contre-indications et effets secondaires et non du traitement attendu).

Le sujet est transformé en individu, et cet individu doit être transparent. Toutes ses caractéristiques doivent être listées.

Y compris le diagnostic qui devient un attribut objectif du patient et non plus une éventuelle construction, partielle et évolutive, dans l'esprit du soignant. Ainsi on n'invente plus un diagnostic, on le découvre (comme s'il était une caractéristique intrinsèque cachée dans le patient).

Cela pose un problème déontologique de taille, qui a à voir avec la clinique sous plusieurs aspects.

- le recueil informatique est accessible au patient (et bientôt directement comme élément de son dossier). Quel échange possible autour des différents diagnostics, des scores aux échelles... ? Cela peut renforcer la créativité du dialogue ! Ou avoir des effets dévastateurs de stigmatisation.

- l'anonymisation à la source ne se faisant pas (malgré ce qui était prévu pour le recueil informatisé des fiches patients) dans les systèmes actuels, nous allons vraisemblablement vers la constitution de fichiers par établissements de patients psychiatriques avec des données identifiantes. Le culte du recueil de file active sans doublon est poussé très loin par endroits (cf. ARH / RHÔNE-ALPES et son ton comminatoire sur le recueil des données)¹. Quant au « droit à l'oubli » comment est-il pratiqué, et comment le sera-t-il ? Les pratiques informatiques d'aujourd'hui renseignent-elles sur celles de demain ?

Les impacts sur les institutions et les équipes. La redistribution de moyens de temps soignant vers du temps « administratif » d'évaluation médico-économique est claire et annoncée d'avance.

Voir :

- les calculs du temps nécessaire au recueil des données ;
- le temps de formation (plus de dix mille journées !) déjà programmé par le ministère pour l'automne, entièrement à la charge des établissements.

Les moyens promis par le ministère alloués pour une informatisation (pour le moment incomplète et hétérogène) n'ont rien à voir avec ça puisqu'il s'agit de pallier le manque d'équipement qui permet alors le phénomène ci-dessus.

Redistribuer du temps pour le donner à une activité qui est décrite comme :

- non adaptée à l'objet, non pertinente dans sa méthode et le résultat de ses expérimentations, modifiant la perception même de l'objet du travail principal (voir traiter de « reste » la plus grande partie de son activité est sans doute qualifiable de harcèlement moral !), ferait subir une crise identitaire à n'importe quel système, d'autant que cela s'agrémenterait de quelques redistributions de pouvoir (entre formés et non formés, DIM et non DIM...) et de la mise en place d'un système déposédant les acteurs du sens de leur pratique, système sans contre poids qui va peser lourd dans la vie quotidienne des équipes et devenir une des seules représentations valables de leur travail sans parler de l'utilisation possible en interne aux établissements (à coups d'indicateurs « durcis » d'activité).

Le fait que le système PMSI proposé soit décrit comme non pertinent par de nombreux intervenants, y compris la mission PMSI, inflige une perte de sens supplémentaire en ces temps déjà troublés, quant à l'identification des missions en psychiatrie.

Beaucoup de collègues ont peut être du mal à imaginer qu'on leur impose un outil aussi lourd « non pertinent », donnant des résultats qui n'ont pas validé l'hypothèse de départ et ce pour définir à court terme l'allocation des ressources.

C'est le problème avec des systèmes auxquels il faut faire confiance (compte tenu des connaissances que nécessiterait leur compréhension vraiment éclairée).

Pourquoi donc est-il urgent de nous évaluer avec un système non pertinent ?

1. PMSI en psychiatrie : le ministère ne vous demande pas votre avis... mais votre opinion est importante. SPEP, SPH, SPS, USP, mai 2001 ; communiqué SNPP, SPF, USP, Syndicat des psychiatres salariés.

2. Mission PMSI, courrier du 9 avril 2001 aux directeurs des établissements de soins ayant une activité de psychiatrie.

3. B. Odier, « La drôle de guerre des systèmes d'information en psychiatrie », *Info Psy* n° 4, 2001.

4. Rapport 2001 de la Cour des comptes.

5. B. Kouchner, allocution du 5/4/2001 à la journée mondiale de la Santé Mentale, Paris.

6. E. Beau, « Quelques réflexions sur le temps, la performance et la qualité », *Perspectives psy*, vol 40, n° spécial 2001.

7. « Rapports annuels des secteurs de psychiatrie », ARH, RHÔNE-ALPES, Septembre 2000.

Le principal bailleur de fonds des cliniques privées à but lucratif est l'Assurance maladie. On peut estimer en effet qu'environ 90 % du budget du fonctionnement de ces établissements repose sur les remboursements faits par la Sécurité sociale pour les soins pratiqués dans ces établissements. Il est donc paradoxal et scandaleux de voir mettre en Bourse des structures de soin qui, malgré leur qualificatif d'« établissements privés à but lucratif », fonctionnent essentiellement sur des fonds socialisés.

Les seuls actionnaires légitimes de ces établissements sont les assurés sociaux...

Appel du Collectif Alerte Santé (18 juin 2001)

Non à la Sécurité sociale en Bourse !

« La Générale de Santé », important gestionnaire de l'hospitalisation privée à but lucratif, va être cotée en Bourse. Cette société anonyme, dont les principaux actionnaires sont des

fonds de pensions (la société de capital-investissement britannique Ginvex), 41% des actions et Vivendi, 20% des actions, gère cent quarante-sept cliniques privées en France et revendique le premier rang au niveau européen.

À grands coups de publicité, utilisant sans vergogne le « H » symbole de l'hôpital public, se prépare ainsi une opération qui vise à détourner les milliards de cotisations des assurés sociaux au service de la spéculation boursière. Ces cliniques seraient alors gérées dans le seul intérêt des actionnaires et des boursicoteurs et les priorités seraient par conséquent les seuls soins financièrement rentables à court terme, à l'opposé d'une réponse adaptée aux besoins de santé de la population.

Nous, signataires de cet appel, demandons en conséquence à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAVTS) et au gouvernement de déconventionner les cent quarante-sept établissements de La Générale de Santé, avec reprise du personnel et des activités dans le cadre du service public hospitalier, si cette société ou d'autres à venir, venaient à être cotées en Bourse.

Nom :

Prénom :

Profession :

Fonction :

Adresse :

Cet appel est à retourner au Collectif Alerte Santé, 52, rue Galliéni 92240 Malakoff.

Jean-Pierre Lellouche

Jean-Pierre Lellouche continue à commenter ses lectures de la presse médicale.

Médecin pédiatre.

Pour aborder sérieusement les problèmes éthiques, il faudrait, d'une part, des journaux médicaux nombreux riches indépendants et, d'autre part, il faudrait supprimer le conseil de l'Ordre qui fait croire à certains qu'il y a un lieu où les problèmes d'éthique sont analysés.

Lucassen, A. and Parker, M., *Revealing False Paternity: Some Ethical Considerations*, in *The Lancet*, vol. 357, 31 mars 2001 ; 1033-1035.

Les progrès en médecine nous confrontent à des situations que les générations antérieures n'ont pas eues à aborder. C'est surtout vrai en génétique : on recherche quelque chose et on tombe sur une anomalie ou une particularité que l'on ne recherchait pas et dont on ne sait que faire.

Éthique et génétique

Les auteurs rapportent le cas suivant : un couple, John et Sarah, a un enfant qui présente une maladie autosomique récessive très grave et qui devrait entraîner la mort au cours de la première année. Le gène est connu et identifié et il pourra être recherché lors d'une prochaine grossesse. Une consultation de génétique est effectuée et les prélèvements montrent que John n'est pas le père.

Lorsque l'on pensait que John était le père, on avait dit qu'il y avait 25 % de risques qu'un

deuxième enfant soit atteint, mais le gène n'étant présent que chez une personne sur mille, la probabilité que John soit porteur n'est que de 1 sur mille. La probabilité qu'un deuxième enfant soit atteint est donc très faible et ne justifie pas une amniocentèse, ou en tout cas ne la justifie pas autant que si le risque était de 1/4.

Le médecin est ainsi détenteur d'une information qui a de l'importance pour John et Sarah. Il peut :
 – ne rien dire et envisager la surveillance d'une prochaine grossesse comme si John était le père et comme si le risque était de 1/4 ;
 – le dire à Sarah en lui conseillant d'informer John ; le dire à John et à Sarah.

Les auteurs énumèrent et évaluent les avantages et les inconvénients de chacune des attitudes et concluent qu'il faut le dire à John et Sarah. Ne pas le dire serait avoir une attitude paternaliste : le médecin déciderait de ce qui est bon comme à l'époque pas très éloignée où certains médecins ne faisaient pas connaître le diagnostic de cancer pour ne pas démoraliser le patient. Si la fausse paternité est révélée, cela peut conduire le couple à aborder le problème, mais cela peut faire éclater le couple ou conduire à la violence. Dans certaines situations, le mari peut partir laissant sa femme et leurs enfants dans une situation matérielle difficile...

La responsabilité du médecin est donc lourde. Pour l'atténuer, il faudrait que dès le premier entretien, il soit dit aux parents que l'examen peut révéler une fausse paternité ; le choc si l'information préalable a été donnée pourrait être moins fort.

Cet article me fait penser à une histoire racontée par un prêtre, Paul Valadier, au micro de France Culture, le 9 juin 2001. À l'occasion d'une préparation au mariage, il voit un couple dont le futur mari est séropositif et ne l'a pas dit à sa future femme. Il n'envisage pas de le dire. P. Valadier dit qu'il est de son devoir de le convaincre d'informer sa fiancée. Le mariage n'implique pas la transparence absolue sur tout, mais il y a un minimum sans lequel on ne peut rien bâtir. Il faut donc aider le fiancé à comprendre qu'il doit parler, mais que faire s'il persiste dans son silence ?

D'autre part, on assiste souvent, à l'occasion d'un caryotype, à la situation suivante : une anomalie ou une particularité qui n'était pas recherchée est mise en évidence. On ne sait pas bien si cela va entraîner une diminution de l'intelligence ou une moindre fertilité. Faut-il en informer les parents ? Les parents informés d'une particularité dont on ne sait pas grand chose, mais dont on redoute qu'elle puisse avoir des conséquences fâcheuses, sans savoir exactement de quelle nature, et de quel degré, doivent-ils en informer leur enfant ? Et le reste de la fratrie ?

On n'y croyait plus : voir David faire reculer Goliath. Et pourtant ils ont gagné, au moins sur le plan juridique. Les groupes pharmaceutiques ont déclaré forfait, même s'ils n'ont pas reconnu officiellement leur défaite : dorénavant, l'Afrique aura le droit de fabriquer les génériques des drogues anti-HIV pour soigner ses populations menacées de disparition. Une première étape pour lutter contre le génocide économique. Un génocide silencieux, propre, chirurgical, moderne sur lequel la bonne conscience occidentale versait une larme attendrie... Dans les pays en difficulté économique, nous sommes coupables de non-assistance à personne en danger. Une notion qui pour l'instant ne touche que le citoyen, pas les responsables de l'économie mondiale. Ici on ne tue pas, c'est dégradant, on laisse mourir dans des souffrances atroces ! Sans culpabilité, sans risque de sanction internationale, sans crainte d'avoir un jour à se justifier devant un tribunal de La Haye. Pas de condamnation pour abus de la libre entreprise ou soumission aveugle aux exigences du marché. Pas pour l'instant mais, demain, qui sait si un énergumène solitaire ne traînera pas un Pinochet économique devant un tel tribunal ?

Pour une fois, surprise: les criminels en chemise blanche, malgré leur puissance, ont été obligés de reculer. Et devant qui ? La cour de justice d'un État africain, aidé par les Organisations non gouvernementales. Sans celles-ci, il n'est pas sûr que le gouvernement d'Afrique du Sud aurait obtenu satisfaction. Et l'on commence à se dire que ces ONG, trop longtemps cantonnées dans la réparation

des catastrophes humaines, pourraient, si elles le voulaient, influencer sur la santé publique internationale non plus à titre humanitaire mais dans une nouvelle perspective politique. Car on ne peut compter aujourd'hui ni sur la volonté des gouvernements pour faire plier l'arrogance des puissants, ni sur les organismes officiels internationaux comme l'OMS qui dépense l'essentiel de son budget à son fonctionnement et non aux corrections des injustices sanitaires. Ni les uns ou les autres n'avaient eu l'audace d'exiger des firmes pharmaceutiques le droit de fabriquer les génériques de ces molécules qui depuis de plusieurs années rapportaient des fortunes à leurs possesseurs. « Il faut bien que ces entreprises pharmaceutiques financent leur recherche ! » me dira-t-on. Merci pour la remarque, je n'y avais pas pensé. La part de la recherche dans le prix d'une molécule est de 17 %, pas de 90 %. Et si les pays riches peuvent payer le prix fort, les pays en difficulté économique doivent-ils pour autant mourir après avoir baissé les bras ?

Ce n'est pas la première fois que l'on voit le monde associatif intervenir non plus pour soulager la misère mondiale mais pour infléchir les politiques responsables de cette misère. Le rôle d'Handicap international n'est pas seulement de donner aux enfants qui ont sauté sur les mines anti-personnelles des prothèses, mais surtout d'avoir amené un certain nombre de pays, dont la France, à renoncer à la fabrication de ces nouvelles armes et de les avoir obligés à détruire leurs stocks. Quand Médecins sans frontières décide de quitter l'Éthiopie par peur de cautionner un régime pourri, il prend conscience de la valeur politique de son départ. Quand les mêmes témoignent sur les responsabilités des armées de l'ONU, complices par passivité des massacres de Bosnie, ils déplacent le débat humanitaire sur le plan politique. On peut regretter qu'en Afghanistan, les ONG aient sous-estimé la valeur internationale d'un repli généralisé.

Peut-être sommes-nous au prélude d'un nouveau contrordre sanitaire mondial où les citoyens regroupés en associations décideraient de s'emparer d'un combat considéré par les gouvernements et les partis politiques comme perdu d'avance. Les associations ont l'avantage du terrain, elles ont le handicap de manquer souvent de recul. À elles d'évoluer. La voie ouverte est large et, pour l'instant, quasiment déserte.

Denis Labayle

Médecin gastro-entérologue

Pour une nouvelle politique internationale de santé

Le 15 juin 2001,

Jean- Pierre Lellouche - *Pédiatre*
32, rue du clos Herbert - 14000 Caen

Monsieur le Ministre de la Santé.

Je vous écris sous le coup de l'émotion. Je viens de trouver dans le carnet de santé d'un enfant né à la maternité de l'hôpital Robert Debré un dépliant publicitaire des laboratoires Wyeth-Lederlé, à propos du pneumocoque. Vous savez certainement que les laboratoires Wyeth-Lederlé produisent et vendent un vaccin contre le pneumocoque ; vaccin très largement pratiqué aux États-Unis et beaucoup moins en France. On peut donc penser que cette « information » n'est pas dénuée d'arrière-pensées commerciales.

Lettre ouverte au Ministre

Dans ce dépliant, il est écrit :
« De quoi est-il responsable ? » Et il est répondu infections graves (en très gros caractères), par exemple la méningite (en petits caractères suivis de trois points de suspension). Il y a ensuite un encadré

dans lequel les laboratoires insistent sur le fait que les méningites touchent volontiers le tout petit et sont lourdes de conséquences : 30 % de séquelles 8 % de mortalité. Rien de cela n'est faux, mais faut-il le dire comme cela et est-ce à des laboratoires de le dire ?

Le laboratoire a, à l'évidence, envie de promouvoir son vaccin, mais il le fait d'une façon détournée en faisant semblant de faire de l'information sanitaire. J'aimerais vous signaler un élément caractéristique de cette littérature médicale à vocation commerciale.

Le laboratoire donne des informations exactes mais relativement élémentaires et il propose des références bibliographiques nombreuses et sérieuses, ce qui est un procédé utile pour faire croire que la communauté scientifique est totalement d'accord avec ce message de Wyeth-Lederlé, et que, par extension, elle est d'accord avec tout ce que dit et ce que propose Wyeth-Lederlé, notamment son vaccin.

Il me semble très souhaitable que la population soit bien informée et que les parents reçoivent une information aussi vraie et aussi utile que possible, mais cela ne devrait pas se bricoler en fonction des intérêts commerciaux du moment. Et ce n'est pas à un laboratoire de décider quelle information doit être donnée au public.

L'effet néfaste de cette communication à but commercial serait moindre si les médecins avaient pour leur part accès à une information sérieuse libre et indépendante.

Vous ayant fait part de mon émotion, je voudrais vous poser une question : la maternité de l'hôpital Robert Debré insère-t-elle ce dépliant publicitaire parce qu'elle pense qu'ainsi elle contribue à mieux informer le public, ou fait-elle cette publicité dans le cadre d'un partenariat avec le laboratoire ? En d'autres termes, les laboratoires Wyeth-Lederlé utilisent-ils la maternité de l'hôpital gratuitement en profitant de la naïveté des responsables ? Ou bien versent-ils de l'argent en contrepartie de cette participation à la réalisation de leurs objectifs commerciaux ?

Je vous prie de croire, Monsieur le Ministre, à l'expression de mon profond respect.

On me demande souvent comment un médecin se met à écrire de la fiction. L'écriture, est-ce que ça n'est pas très différent du soin ? La question de la confidentialité ne se pose-t-elle pas chaque fois qu'on transcrit l'histoire de quelqu'un ? Jusqu'à quel point mes livres sont-ils proches de la réalité ?

Marc Zaffran
Martin Winckler

*Médecin généraliste
et écrivain.*

Ces questions sont simples, les réponses le sont moins. On ne commence pas à écrire un beau jour, *comme ça*. Ça fait longtemps, très longtemps, que j'écris. J'ai commencé quand j'étais enfant, bien avant de devenir médecin, et j'ai toujours écrit depuis. J'étais déjà un lecteur foicéné, à l'époque. Très tôt, j'ai réécrit les histoires que j'avais lues. Certaines m'impressionnaient beaucoup. En général, elles parlaient de la vie, de la mort et de voyages dans le temps. Comme les histoires que racontent les patients. (Oui, les patients parlent de voyages dans le temps. Leur machine à voyager dans le temps, c'est le cerveau.)

Le patient raconte, le médecin lit, l'écrivain partage

Mes premiers souvenirs

d'écriture remontent à l'âge de 12 ou 13 ans, lorsque j'ai commencé à tenir un journal. J'écrivais aussi le récit de mes « aventures » (comme les quinze jours vécus dans une *high school* britannique avec une trentaine de camarades de classe. Nous y avons passé une partie de nos vacances d'été à inventer les blagues les plus variées. À mes yeux, ça valait la peine d'être transcrit sous forme d'épopée...). Je réécrivais les nouvelles ou les histoires courtes en bande dessinée que j'avais lues, pour leur ménager une autre fin, donner une profondeur psychologique à un personnage trop superficiel, ou apporter du sens à un événement qui n'en avait pas.

C'est essentiellement à cela que sert l'écriture – à donner du sens aux événements, aux gens, aux lieux qui semblent n'en avoir aucun.

Être médecin, c'est une autre histoire. Un médecin, ça n'est pas quelqu'un qui écrit de la fiction (ni même de la non-fiction), alors même qu'on attend de lui qu'il écrive (sur) d'innombrables feuilles de papier. Le médecin est, en réalité, beaucoup plus dans la position du lecteur que dans celle de l'écrivain. Le médecin écoute les plaintes. Il examine les corps. Il lit les symptômes (certains voudraient faire croire que les médecins lisent aussi dans les pensées, mais ça, c'est un fantasme.) La position du médecin exige avant tout qu'il écoute et regarde. Je sais que la plupart des médecins français ne voient pas les choses ainsi, mais je crois que, lorsqu'on est médecin, l'attention compte plus que les actes. L'attention, c'est ce qui vous aide à choisir les actes *appropriés*.

De l'autre côté, le patient est un narrateur. Il ou elle entre dans le cabinet et commence à vous raconter une histoire, pleine de bruit et de fureur – mais qui, cette fois, signifie quelque chose –, de larmes et de soupirs. Il ou elle incarne et interprète son histoire. Le médecin, lui, entend et réagit.

L'important, ici, n'est pas que l'histoire soit vraie ou non. L'important, c'est ce que l'histoire – la douleur, les symptômes, les sentiments – *signifie* pour le médecin et le patient, quelle que soit sa véracité ou sa précision. Et ce processus me fait beaucoup penser à Sherlock Holmes.

À travers la vitre de leur bow-window surplombant Baker Street, Watson désigne un homme dans la rue et Holmes répond nonchalamment : « Qui ? Ce sergent à la retraite qui s'est battu en Afghanistan ? » Watson s'étonne : « Holmes, comment pouvez-vous savoir une chose pareille ? » et Holmes lui donne une explication parfaitement logique qui se révèle exacte après que Mrs. Hudson, leur logeuse, a introduit l'homme dans le salon.

Beaucoup d'entre vous savent sans doute que Arthur Conan Doyle, créateur de Sherlock Holmes, était médecin. Certains savent peut-être aussi que Conan Doyle s'est inspiré d'un de ses maîtres, Joseph Bell, professeur de médecine dont les capacités de déduction étaient hors du commun.

Je crois que, sous bien des aspects, la relation médecin-patient est similaire à la relation entre Holmes et ses clients : un homme lui confie une histoire extraordinaire, Holmes l'écoute, réagit, pose des questions et finit par lui donner une explication. L'expertise de Holmes tient à ce qu'il voit des choses que les autres ne voient pas – exactement comme un médecin. Après avoir analysé ce que le client lui a dit, il se rend chez lui – les médecins ne tirent-ils pas beaucoup d'enseignements en visitant le domicile de leurs patients ? Tout comme un médecin, Holmes identifie très bien les plaies, les bosses et les médicaments. Ce n'est qu'en dernier ressort qu'il propose un « traitement » pour aider son client à résoudre le problème.

Quand j'étais enfant, je vivais avec un médecin. C'était mon père. Je rentrais de l'école et si sa porte était ouverte (son cabinet était au rez-de-chaussée de la maison), je frappais sur le linteau, j'entrais et je m'asseyais sur le lit d'examen, à deux mètres de son bureau. Il lisait le journal avant de partir faire ses visites. On se mettait à



parler de la vie, de la mort et de voyages dans le temps – plus précisément, de l'histoire du Monde, mais n'est-ce pas la même chose ? Au bout d'un moment, il me demandait si j'avais des devoirs à faire et je répondais toujours non. Alors, il disait « Allez, viens, je t'emmène, on continuera à parler dans la voiture. » Et c'est ce qu'on faisait.

Au fond, mon père m'a appris à être un patient : il s'est occupé de mes maladies d'enfant et d'adolescent, de mes vaccins, de mon appendicite, de mes plaies et bosses. Il m'a appris qu'aucune souffrance ne doit être méprisée, que la moindre douleur, le moindre symptôme méritent l'attention du médecin. Il m'a appris que les symptômes d'un patient ne sont pas là, comme trop de médecins français l'imaginent, pour mettre en difficulté le savoir et l'autorité médicales. Elles sont ce que le patient confie au médecin pour qu'il trouve, avec lui, le moyen de le soulager. Il m'a appris que tout bon médecin est comme Holmes : il a le souci de ce que les gens lui disent, même si ce qu'ils disent semble extraordinaire ou incroyable. Il ne cesse pas de chercher et de réfléchir jusqu'à ce qu'il ait identifié ce qui cloche. Il n'abandonne jamais personne, et surtout pas les plus désespérés. Et, comme Holmes, un bon médecin apprend quelque chose de chaque personne qu'il rencontre. Son but, ça n'est pas d'agir, mais de comprendre.

Quand un médecin se penche sur un nouveau cas, il devient Sherlock Holmes.

L'autre personnage de Conan Doyle mérite aussi qu'on l'examine. John H. Watson est médecin et écrivain. C'est lui qui apporte les cas de Holmes à la littérature. Ce n'est pas un personnage secondaire, même s'il reste à l'arrière-plan. Il est témoin et scribe. Il est la conscience et l'humanité du détective qui existe en tout médecin. Les histoires que Holmes lui raconte le nourrissent, l'éclairent et l'inspirent.

Mon père m'a aussi appris à écouter : il n'écrivait pas, mais je passais des heures à boire ses histoires, et je tirais sans le savoir un enseignement précieux de son sens de la narration, et un plaisir immense des émotions qu'il me transmettait. J'ai transcrit certaines de ses histoires dans mes tout premiers textes courts rédigés à l'âge adulte.

Aujourd'hui, chaque fois qu'un nouveau patient entre dans mon cabinet, j'ai toujours le même sentiment : son histoire peut me sembler drôle ou effrayante ou triste, l'important, c'est qu'il est venu me la raconter, à moi.

Quand un médecin se met à transcrire son expérience, il devient John H. Watson.

Écrire une fiction inspirées par des histoires authentiques, ça n'est pas une indiscretion ou une violation du secret professionnel. D'une personnalité, on peut faire plusieurs personnages ; à un personnage unique, on attribue des événements qu'une personne réelle n'aurait pu traverser seule. On construit sa narration de manière à en faire une histoire qui tient debout, un récit qui donnera du plaisir aux lecteurs – à tous les lecteurs, pas seulement aux médecins. Ce qui importe, dans l'écriture, c'est d'apporter un sens, un éclairage, à des histoires qui, dans la vie, n'ont souvent ni l'un, ni l'autre.

À mes yeux, les fictions fondées sur l'expérience médicale constituent, au moins, une manière d'exposer des réflexions, des opinions et des sentiments qu'il n'est pas possible de partager quand on exerce son métier. Quand je me mets à table, je ne parle jamais des patients que j'ai vus dans la journée. Ça ne m'empêche pas d'avoir très envie de partager mes interrogations et mes doutes. Écrire de la fiction me permet de le faire sans être indiscret. Dans la fiction, comme dans la relation médecin-patient, ce qui importe n'est pas la vérité des faits (la vérité est une fable qu'on se raconte à soi-même).

Ce qui importe, c'est l'intensité des sentiments.

Sophie Eyraud

Médecin généraliste

Violences conjugales

Les médecins encore peu ou mal impliqués

La violence conjugale est une situation d'emprise, de pouvoir, une relation de domination destructrice, un moyen extrême pour soumettre l'autre à sa volonté.

L'enquête ENVEFF (Enquête nationale sur la violence envers les femmes en France, menée de mars à juillet 2000), qui porte sur sept mille femmes et recense les violences verbales, physiques ou sexuelles subies au cours des douze derniers mois, révèle qu'une femme sur dix a vécu une situation de violence conjugale au cours d'une année (et une sur quatre au cours de sa vie). 24% d'entre elles ont consulté un médecin, 13 % se sont adressées à la police ou la gendarmerie, 6 % à un avocat ; 8 % ont porté plainte, 6 % de ces

dernières ont donné lieu à des poursuites judiciaires. 69% des femmes ayant subi des agressions sexuelles dans leur couple en ont parlé pour la première fois lors de l'enquête.

Tous les jours, des femmes qui subissent des violences conjugales viennent consulter mais elles n'en parlent pas toujours spontanément. Seules, la relation de

confiance qui s'est établie au fil des mois et l'écoute patiente du médecin pourront faire tomber leurs défenses, et leur permettre de dépasser leur honte pour aborder cette situation de détresse.

Les motifs de consultations sont variés et les symptômes sont souvent sans rapport direct avec la violence : les femmes viennent pour une pathologie fonctionnelle (troubles digestifs, lombalgies, douleurs pelviennes...), des troubles du sommeil, des troubles anxio-dépressifs, une dyspareunie (dépistée à condition de poser la question...) pouvant évoquer des rapports sous la contrainte (devoir conjugal) ; enfin à l'occasion d'une consultation pour un enfant qui présentera ou non des troubles du sommeil ou de l'alimentation ou de concentration à l'école. Elles peuvent consulter à l'occasion d'une blessure dont le plus souvent elles falsifieront l'origine.

La connaissance de la situation familiale (couple instable, alcoolisation) ou bien l'attitude de la femme (mari qui répond à sa place, femme craintive) peuvent aussi orienter le médecin. La grossesse est également un facteur de risque important de violences au sein du couple.

Lorsque les femmes viennent pour une demande de certificat pour coups et blessures, il est rare qu'elles se décident lors de la première altercation ; c'est la répétition des faits qui les incitera à faire établir un certificat pour se protéger ainsi que ses enfants.

Mme A., 32 ans, n'a pu en parler qu'après coup : « Mon mari me frappait toujours quand il avait bu ; il me menaçait avec un couteau. À la fin, j'avais peur pour ma vie. C'est ma mère qui m'a ouvert les yeux en me secouant : elle a menacé de faire un signalement aux services sociaux pour mon fils. Mais quand on est dedans, on ne se rend plus compte, on est anesthésié. J'ai demandé le divorce pour faute et le juge me l'a refusé ! »

Mme F., 35 ans, vient pour syndrome dépressif, anorexie, troubles du sommeil. Elle ne supporte plus ses enfants qu'elle adore pourtant. Son mari fait de la moto le week-end avec ses copains, rentre tard le soir et ne s'occupe absolument pas de la maison ni des quatre enfants dont il est pourtant très fier. Il a des besoins sexuels importants, mais elle se refuse à lui car elle est trop fatiguée. Elle a une conduite d'évitement en allant au lit une fois qu'il dort ou en faisant semblant de dormir lorsqu'il vient se coucher. Elle prend un hypnotique pour dormir depuis quelques semaines et revient me voir pour que je lui en prescrive un plus fort. Elle se réveille en effet toutes les heures. Elle finit par me dire : « J'ai des doutes sur ce qui se passe la nuit ; je me sens bizarre quand je me réveille le matin : j'ai mal au fesses ! » Un jour, les assauts de son mari l'ont réveillée pour de bon ; elle s'est fâchée et il s'est mollement excusé. Il la sodomise pendant son sommeil alors qu'elle déteste cette pratique sexuelle et qu'il le sait fort bien. Elle a convenu que tant qu'il la prendrait pour une poupée gonflable la nuit, elle ne pourrait pas trouver le sommeil et qu'aucune drogue n'y ferait rien. Elle ne se sent pourtant pas prête à le quitter pour le moment mais nous convenons de nous rencontrer régulièrement.

Mme G., 43 ans, vient car elle vomit tout ce qu'elle mange et a perdu quinze kilos : « Mon mari dit que je suis moche et que je ressemble à un squelette ; je ne vaudrais pas grand chose je ne sais rien faire. Il ne veut pas que je travaille ni que je vois mes anciennes amies ; je ne vois plus personne, même pas ma famille ; il ne me veut que pour lui, il ne me donne pas d'argent alors que pour lui rien n'est trop beau ! Il a essayé de m'étrangler l'autre nuit et m'a obligée à avoir des rapports sexuels, mais il avait bu. Le lendemain il

ne se souvenait de rien, est redevenu tout gentil et m'a même fait un cadeau ! »

Mme L., 34 ans, Algérienne, mariage arrangé au pays, vient pour céphalées, douleurs abdominales et dyspareunie : « Mon mari ne me donne pas d'argent. Il dit que je vais trop chez le médecin, que les médecins s'en mettent plein les poches et que si les enfants sont malades c'est de ma faute, c'est que je ne fais pas assez attention. Je fais des efforts, mais il ne supporte rien, il s'énerve pour des bêtises, un bibelot déplacé par exemple, ça le met dans une rage folle. Il ne veut pas que j'aie la nationalité française pour que je dépende de lui et que je ne puisse pas travailler. Il me force à avoir des rapports sinon il me frappe. L'autre nuit il a voulu m'étrangler. Je suis tout le temps fatiguée, je n'arrive même plus à penser et je me demande toujours ce qui va me tomber dessus »

La présence de la violence conjugale s'avère dix fois plus fréquente que ne le perçoivent les médecins. Or, ces derniers sont peu impliqués dans la prise en charge de la violence conjugale. Pourquoi ? Les obstacles majeurs sont liés, d'une part, à l'image stéréotypée que le médecin a de l'agresseur et de l'agressée, à ses propres craintes quant aux conséquences de son implication et, d'autre part, à sa méconnaissance des interlocuteurs adaptés.

Le médecin pense souvent qu'il n'a pas d'agresseurs dans sa clientèle car il n' imagine pas qu'ils puissent avoir un statut social honorable : ils sont forcément chômeurs ou alcooliques dans un univers proche de Zola... Les auteurs d'homicide de leurs conjointes sont souvent des psychopathes, ayant parfois une certaine notoriété, bénéficiant par leur fonction d'un certain pouvoir pour lequel le sens de l'autorité est perçu comme une qualité professionnelle, de prise de responsabilité. On remarque une proportion très importante de cadres (65 %), de professionnels de santé (25 %), de représentants de l'armée, de la police. Nous ne disposons malheureusement pas de d'études sur le profil des hommes violents non meurtriers.

Lorsqu'il reconnaît une femme maltraitée parmi sa clientèle, le médecin peut être gêné de la recevoir car il connaît le conjoint et ne veut pas

prendre parti. Il a parfois peur de ses réactions. Il se sent également pris au piège par la législation (tant par le code pénal que par le code de déontologie). Certains craignent les retombées judiciaires (art 223-6 du code pénal art 9 et 44 du code de déontologie sur l'obligation de porter secours et l'article 226-13 du code pénal et l'article 4 du code de déontologie sur le secret professionnel). Dans un cas, il sera coupable de non-assistance à personne en danger, dans l'autre de violation du secret médical. Il hésite et finit par ne rien faire du tout... Ou bien, il va répondre ponctuellement : il rédige le certificat, prescrit un traitement symptomatique antalgique, anxiolytique ou antidépresseur, ce qui risque d'enclencher un cercle vicieux. En effet, la femme est déjà sous l'emprise de son mari et risque d'être en plus sous l'emprise des médicaments ; de plus si son conjoint tombe sur le traitement, il va en tirer un argument supplémentaire pour affirmer que c'est bien elle qui est folle et a besoin de se soigner ; le médecin l'incite parfois à consulter un « psy », le plus souvent en cachette du mari, ce qui pourra l'aider à verbaliser la situation et plus tard à prendre une décision.

Le médecin ignore souvent l'existence des associations d'aide aux victimes ; par ailleurs, il se rend vite compte du manque de coordination avec la police et la justice : en faisant un signalement, il a peur de se lancer dans quelque chose qui le dépasse, tant sur le plan de sa responsabilité pénale que pour la suite de la prise en charge : le signalement déclenche en effet une batterie d'enquêtes sociales et administratives auxquelles il n'est jamais associé. Il craint de « perdre » définitivement la patiente.

Enfin, il arrive que le médecin se sente frustré, impuissant, estimant qu'aucun remède n'est efficace, que les perspectives d'amélioration sont faibles, que son travail est voué à l'échec. Il est découragé par l'attitude des femmes, leur réticence à se confier, leur ambivalence. Il les soupçonne parfois de complaisance car elles ont tendance à minimiser les faits, excusent le conjoint en incriminant l'alcool, ce qui rend leur geste acceptable... Elles aiment leur conjoint et pensent toujours qu'elles vont pouvoir le faire changer. Elles se résignent, attendent des jours meilleurs. Et lorsque la phase de répit se produit, dans neuf

cas sur dix elles retirent leur plainte. Elles peuvent même alors reprocher au médecin d'avoir attiré l'attention des autorités sur la famille ou de se mêler d'affaires privées. Du coup, le médecin se dit que c'est la dernière fois qu'il intervient face à des patientes qui sont masochistes ou, au mieux, qui ne savent pas ce qu'elles veulent.

La violence conjugale est un problème de santé publique qui dépasse largement le cadre médical. Comme le souligne Marie-France Hirigoyen, qui a largement contribué par ses écrits à la prise de conscience de ce phénomène : « La société tout entière est concernée dès qu'il est question de pouvoir. La multiplication de la perversité conjugale est un indicateur de l'individualisme qui domine notre société. Dans une société qui fonctionne sur la loi du plus fort, du plus malin, les pervers sont rois. Quand la réussite est la principale valeur, l'honnêteté paraît faiblesse et la perversité prend un air de débrouillardise. »

La violence conjugale est un problème politique, un problème de société. Le tissu social de proximité reste à construire. Il faut également se pencher sur la prévention auprès des jeunes et leur apprendre dès le plus jeune âge le respect entre les hommes et les femmes.

Une véritable coordination doit également s'instaurer entre médecins généralistes, hospitaliers, spécialistes, travailleurs sociaux, paramédicaux, adultes relais dans les quartiers, associations, police et justice. Le réseau ville-hôpital paraît être une structure adaptée pour faciliter cette organisation et développer un travail de partenariat et de reconnaissance mutuelle. Il pourrait également organiser, à l'échelon local, des rencontres de sensibilisation à l'intention des professionnels de santé qui ne seraient pas encore sensibilisés, pour les inciter à dépister les violences et à y répondre aisément, notamment par la bonne connaissance des autres acteurs (associations, police, justice, travailleurs sociaux). Une expérience pilote a été mise en place dans le Val-de-Marne, à l'hôpital intercommunal de Créteil, et pourrait servir de référence.

Prenant conscience de l'importance de ce phénomène, les pouvoirs publics ont décidé de réunir un groupe de travail composé de médecins et sages-femmes de terrain, épidémiologiste, médecin de médecine légale, représentants des asso-

ciations de victimes, du droit des femmes et du ministère, pour en évaluer les répercussions sur la santé des femmes et proposer des mesures d'accompagnement et de prévention. Le groupe d'experts a remis dans un premier temps au ministre un rapport sur le rôle des professionnels de santé dans ce domaine, lequel a été largement diffusé (février 2001). Enfin, il a fait des propositions concrètes qui pourraient être mises en œuvre rapidement :

- sensibiliser les professionnels de santé par la réalisation et la diffusion de fiches techniques (signes d'alerte, évaluation du danger, accompagnement et orientation, partenaires du réseau) ;
- créer plusieurs sites expérimentaux pour enga-

ger des programmes d'action comprenant le dépistage, la mise en place d'un réseau de proximité, rassemblant les intervenants concernés des actions auprès des auteurs et des victimes de violence, avec comme perspective à plus long terme la généralisation sur tout le territoire de telles structures ;

- identifier, dans les maternités, un référent qui assurerait le suivi des femmes en situation de vulnérabilité ;
- inciter les psychiatres intervenant en prison à une action de prise en charge thérapeutique individuelle ou collective des détenus, auteurs de violences intra familiales quel que soit le motif de leur incarcération ;



- préciser la procédure administrative à suivre pour l'hospitalisation sous X de femmes pour lesquelles une mise à l'abri s'impose ;
- demander à un économiste de chiffrer le coût engendré par les violences conjugales ;
- augmenter les plages horaires du service d'accueil téléphonique : « violences conjugales ; femmes info service ».

La prise en charge de la violence conjugale doit être profondément repensée. Les centres d'hébergement font cruellement défaut, la justice et la police sont débordées, le paiement à l'acte des médecins est complètement inadapté à une situation qui requiert beaucoup de temps et un investissement personnel considérable. Si l'on veut sortir du cadre militant, on doit reconnaître la mission d'accompagnement social comme faisant partie intégrante de notre métier et la valoriser.

Adresses utiles :

Violences conjugales. Femmes Info Service :
01 40 33 80 60 du lundi au vendredi de 7h30 à 23h30, samedi et jours fériés de 10h à 20h ; fermé le dimanche

CNIDFF (Centre national d'information sur les droits des femmes et des familles) : 01 41 31 12 34

Institut national d'aide aux victimes et de médiation (INAVEM) : 01 45 88 19 00

Collectif féministe contre le viol : 01 45 82 73 00
Viols Femmes Information : 08 00 05 95 95

Sos Violences Familiales : 01 44 73 01 27

Parenthèses à la violence : 03 81 51 06 03

Vivre sans violence en famille (VSV) : 04 91 59 19 60

AFED 92 (accueil de femmes en difficulté) :
accueil écoute information, hébergement.
Permanences lundi, mardi, jeudi de 9h à 17h 01
47 78 06 92 71

Site internet de l'Institut de l'humanitaire à destination des professionnels de santé :
<http://www.civic.org>

Bibliographie

- Hirigoyan, M.-F., *Le harcèlement moral, la violence perverse au quotidien*, éd. Syros, Paris, 1998.
- *Prise en charge de la violence conjugale en médecine générale en Loire Atlantique, en 1996*, éd. Chambonet et coll., 2000.
- *Situations d'homicide subies par des femmes*, Institut médico-légal de Paris, éd. Lecomte et coll., 2001.
- ENVEFF, résultats partiels février 2001.
- « Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé », Rapport au ministre chargé de la Santé, éd. Henrion et coll, février 2007.

Comment les appeler ? Comment les appeler les autres, les sans nom, les différents, les « pas nous » ? En public, après avoir parlé et écrit sur les petites gens, ce fut au tour des déshérités, des défavorisés. Quand nous fûmes tiers-mondistes, c'était le Quart Monde et un standard : nos pauvres.

À l'heure actuelle, dans les dénominations officielles reviennent les précaires et les exclus. Les précaires ! Dans ce monde professionnel où l'on privatise le public, existe-t-il encore une profession, un revenu qui ne soit pas précaire ? Les exclus, mais de quoi ? Quand je vois les internes en médecine en grève pour une semaine de 48 h de travail, je me dis « des exclus des 39 h, encore plus des 35 h ».

De façon paradoxale, plus je vais les nommer, plus ils me sont étrangers, moins je vais pouvoir les rencontrer. Ne pas se laisser piéger. Il faut que Michaël, Naïma ou Simone reste Michaël, Naïma ou Simone. Ils deviennent vite dans nos bouches

« un cas difficile », « c'est la misère », « une famille en grande difficulté », « un assisté ». Ils deviennent vite pour eux-mêmes « je suis un RMiste », « un fin de droit ». Ne pas réduire Michaël, Naïma ou Simone à leurs difficultés.

Au fait, nous, comment on s'appelle ? « Les bourgeois », c'est fini, « les privilégiés », « les favorisés », j'ai pas l'impression, « les supérieurs » c'est fou. Pourtant les CSP (Classes sociaux professionnels) ?

« Des pas précaires », jamais entendu, « des riches », non, « des inclus » non plus. Alors, nous, on n'aurait pas de nom ; mais les « pas nous », oui ? Et eux, comment ils nous appellent ? Peut-être des « t'as de la chance, toi, Bertrand » ?

Question de culture. 90 % des médecins sont issus de CSP dite supérieure, de classe sociale favorisée, de milieu privilégié. Ce que je vais appeler la « culture savante » les imprègne : c'est leur culture. 90 % des pauvres sont issus de CSP inférieure, de classe sociale défavorisée. Ce que j'appellerai la « culture populaire » les imprègne : c'est leur culture.

La rencontre médecin-pauvre : deux cultures face-à-face. Y a-t-il rencontre, échange, compréhension ? Ces deux cultures n'ont pas la même langue, pas la même vision du monde, pas les mêmes croyances. Grossièrement, je peux dire que la culture populaire est une culture de l'oral : ça parle comme dans la rue. La culture savante est une culture de l'écrit : ça parle comme dans les livres.

« Parle pas comme ça docteur ! » « Dès que mes parents arrivent chez le docteur, ils

Bertrand Riff

Médecin généraliste

Médecine et précarité

Point de vue d'un médecin de quartier

ne parlent plus pareil. » « Je suis allé à l'hôpital, ils m'ont tout expliqué, j'ai rien compris. » « Perds pas ton temps, c'est pas la peine de leur expliquer : ils ne comprennent rien. »

Ils n'ont pas la même vision du monde, un seul exemple, celui de l'hôpital où j'ai fait mes études. Cet hôpital m'a montré la vision du monde savant sur le partage des classes : secteur privé / secteur public, chambre seule / chambre commune, chambre où il rentre seul / chambre où l'on rentre à quinze, corps que l'on palpe à dix / corps protégé, corps social à former les médecins / corps social à protéger. Ils n'ont pas non plus les mêmes croyances concernant la santé et la maladie : la

culture populaire reste marquée par les méningites et la tuberculose. La toux et les céphalées, les vomissements inquiètent vite et entraînent de multiples consultations. La morphologie et la peau beaucoup moins, à l'inverse de la culture savante qui est davantage à l'écoute du paraître et où les problèmes de peau et des déformations du corps induisent de multiples consultations. De la même manière, on pourrait analyser les rapports à l'alimentation.

Cette rencontre entre deux cultures n'est pas évidente. Elle est source d'incompréhension, de jugement hâtif. Déjà, accepter que le Maghrébin,



l'Africain aient une culture différente et donc un regard différent sur leur santé, c'est difficile : les études de médecine ne nous ont pas donné cette souplesse, ni cette humilité. Alors, avec celui qui me ressemble, qui a été à l'école primaire de Jules Ferry comme moi : accepter cette différence et la respecter, c'est impossible. Il présente un handicap social qui est un obstacle culturel à l'exercice de mon métier. Il faut donc l'éduquer. L'éducation à la santé s'adresse d'abord au pauvre, la santé communautaire de même.

Les déterminants en question.

- La pauvreté est la première cause de maladie au monde ;
- La précarité est un déterminant de la santé ;
- Le logement est un déterminant de la santé.

Ces trois phrases actuelles laisseraient-elles penser que l'on avance ? Regardons l'exemple de la tuberculose : la tuberculose est due au bacille de Koch, oui, certes, mais le bacille se développe principalement chez les pauvres ! On va tuer le bacille, dit la médecine, et le problème sera réglé. Mais le bacille résiste, un antibiotique, puis deux, puis trois, puis quatre, six mois, puis un an. Deuxième axe de travail : qu'est-ce qui fait que les pauvres soient plus vulnérables : déficits multiples... Il y a soixante ans, ce furent les sanatoriums, de la viande, de l'iode, du bon air. En 2000, la recherche s'oriente vers « réparer les déficits, stimuler l'immunité ». Ainsi, la médecine doit permettre au pauvre, tout en restant pauvre, d'être moins malade. C'est humain. L'équilibre du monde est préservé.

Il est impératif de remettre la santé dans le champ politique, la sortir du discours médical et économique.

Les pauvres font trop de cancers, ils ne sont pas assez surveillés, dépistés ? En France, plus on est pauvre, plus on est surveillé, encadré. Plus on est suspecté d'irresponsabilité. Les services sociaux, le RMI, la CMP, les éducateurs de rue, de justice, le référent RMI, la psychologue scolaire, le médecin, l'institutrice... Et si le corps était devenu l'un des derniers territoires libres du pauvre, un haut lieu de résistance à la surveillance, au compte à rendre ?

Ne pas se faire suivre. Au fait, surveiller, pourquoi ? Surveiller pour punir ? Ainsi, l'exemple de ces femmes usagères d'héroïne, qui dans les années 90 ne faisaient pas suivre leur grossesse : aller à la maternité, c'était se faire prendre son gamin à la naissance. Alors, elles arrivaient au dernier moment pour accoucher et permettre à l'équipe de dire : « Vous voyez bien, pas de prise en charge, aucun sens des réalités, mauvaise mère ! : elle ne peut pas garder l'enfant. »

Peut-être qu'un jour nous arriverons à quitter cette surveillance pour un accompagnement respecté du sujet. La médecine, paradoxalement, fixe des objectifs de santé que les médecins ne savent eux-mêmes pas tenir. Mais ils leur permettent de juger et pointer les mauvais sujets.

Réflexion autour de la fraternité ou de la solidarité. Voici quelques discours entendus dans le monde médical durant la période juste avant et juste après l'application de la CMU :

- ils vont faire n'importe quoi ;
- s'ils ont le droit de venir nous voir sans limites, on n'en sera plus maître ;
- ils n'ont que ça à faire, alors... ;
- pour garder de la dignité aux pauvres, il faut que la gratuité soit payante.

Comment passer dans nos têtes de l'assistance sociale à l'assurance sociale, de la bienfaisance à la solidarité, de l'assisté social à l'assuré social ? Pourtant, les études ayant comparé les patients bénéficiaires de la carte santé et ceux affiliés à une mutuelle ne montrent pas plus le mésusage d'un côté que de l'autre. Les pauvres, qui étaient globalement sous-consommateurs, rattrapent un peu leur retard.

Deux réflexions enfin sur mon métier : quand le médecin soigne les pauvres, soigné-t-il la précarité ou est-il le gardien du lien social ? Dans les cités pourries, lorsque tout a disparu, il reste le médecin et le pharmacien. La médecine générale fait partie de la culture populaire (non écrite). Très souvent exercée par des savants (culture écrite). Elle est un lieu possible de médiation entre deux cultures pourvu qu'elle ait le courage de rendre compte.

Jacques Richaud

Neurochirurgien.

Déontologie et citoyenneté (1)

Du mythe à l'histoire sociale

Déontologie médicale et citoyenneté. Quels rapports entre ces deux thèmes ? Rappelons que le droit à la santé, comme celui à l'éducation, est inscrit dans notre constitution. Il en résulte, même si cette évidence n'est guère enseignée dans nos facultés, que les professionnels de santé, tous les professionnels de santé, en exercice libéral comme en exercice public, participent à une mission d'intérêt général garantie par l'État. A ce titre, chaque professionnel est un acteur du contrat social.

Lorsqu'un professionnel de santé parle de « sa » déontologie, il adopte le parti pris d'une approche corporatiste, là où il y aurait lieu de parler de « la » déontologie, dans une

approche plus universelle et plus « citoyenne ». L'objet de cette contribution en trois parties est donc d'observer comment la profession s'est comportée face aux transformations du social, quel a été son « comportement citoyen ». L'objectif est de décrypter comment, dans ce contexte, la profession a élaboré et utilisé son propre code de bonne conduite.

La question de la déontologie occupe bien d'autres débats de société que ceux autour de la santé : ne parle-t-on pas, à raison ou par excès, de la déontologie des policiers, avocats ou magistrats ? De celle des enseignants, chercheurs ou journalistes ? Et, maintenant, de celle des politiques, industriels ou banquiers ! Cet engouement provient du fait que partout où les lois semblent trouver leurs limites, certains imaginent que des « règles spécifiques » apporteront des garanties. Il est attendu d'une déontologie bien conçue et appliquée qu'elle protège chacun des excès possibles de groupes, institutions ou individus... Là commencent peut-être les malentendus.

Dans cette attente un peu « mythique », la médecine par sa tradition hippocratique a une place à part. Chacun, en tant que personne, a eu l'occasion d'inscrire cette légitime attente d'une bonne conduite dans sa propre relation avec les professionnels de santé. Affirmons-le, la déontologie n'est ni un luxe ni une utopie. En médecine plus qu'ailleurs peut-être, les hommes ont besoin de savoir que les actes, qu'ils accomplissent comme professionnels ou qu'ils subissent comme patients, connaissent la contrain-

te d'une référence morale. Cette assurance, avec celle de la compétence, est la base de la confiance entre les différents acteurs.

Pourtant, chacun a en mémoire ces affaires dans lesquelles la déontologie médicale (celle attendue par les patients) a semblé bafouée, et ses protecteurs muets, défaillants, parfois complices. Dans ces occasions, est alors contesté le contrôle de la déontologie. Mais il est rare que la réflexion porte sur le contenu et la légitimité d'un code ignoré du plus grand nombre. Paradoxalement, les sondages montrent que l'opinion maintient massivement sa confiance en la personne du soignant qu'il fréquente, mais exprime une défiance vis-à-vis de la médecine tout entière. La raison commune retient donc que l'immense majorité des professionnels de santé, avec les faiblesses inhérentes à la nature humaine, respecte les exigences d'une rigueur morale. Mais cette morale est plus souvent personnelle que puisée dans le bréviaire laïque que l'on nomme code de déontologie.

En des circonstances nombreuses, ce code ne semble pas apporter les garanties attendues par les patients. Il est donc fondé de s'interroger sur la nature et sur l'appropriation d'une déontologie tenue à l'écart de l'appréciation et du contrôle des profanes.

Cette interrogation mal comprise pourrait sembler vouloir conforter le dénigrement d'une profession d'exercice si difficile. Mieux abordée, elle doit plutôt être à l'écoute de tous ceux qui, d'Ivan Illich à Bourdieu, en passant par Michel Foucault et Michael Balint, ont pensé et critiqué l'appropriation de la santé. Leur constat est souvent exact, parfois accablant. Bourdieu parle de la « violence symbolique » exercée par le corps médical...

Une réflexion plus approfondie doit dépasser les critiques pourvoyeuses de malentendus et bénéficier d'autres éclairages. Celui de Jean Clavreul,

par exemple, dans « l'ordre médical » avec son regard de psychanalyste ; celui de Jacques Saliba dans *Enjeux de pouvoir et quête de légitimité* dans les professions de santé ; celui, encore, de Jean Carpentier qui, dès 1977, tirait de lumineuses analyses de ses dix premières années d'exercice de la médecine générale ; enfin celui de Pierre Aïach pour qui « la médicalisation » englobe une véritable « idéologie de la santé ».

Au terme de ce panorama, il apparaît que chaque professionnel de santé se trouve en position d'être l'instrument d'enjeux qui le dépassent. Certains le perçoivent mais pensent qu'en tentant de se réfugier dans l'excellence d'une pratique individuelle, ils peuvent justifier une absence de réflexion citoyenne.

Pourtant, lorsque certains professionnels réfléchissent à leurs pratiques ou s'interrogent sur les comportements des institutions présumées représentatives de leur profession, ou s'engagent comme au sein du Collectif Alerte Santé (CAS) pour dénoncer une marchandisation de l'homme et du lien social, ils se confrontent à la substance même de ce qui fait « la » déontologie.

1. Les origines et la nature du code de déontologie médicale.

Des « principes déontologiques fondamentaux » sont inscrits dans la loi depuis le 3 juillet 1971. Les vraies questions sont les suivantes : qui a fondé ces règles de bonne conduite ? Selon quelles valeurs ? Qui les contrôle et qui les sanctionne ? Quels rapports entre la déontologie et le droit ? Ce questionnement est riche d'enseignements pour décrypter les événements contemporains, particulièrement les débats autour du devenir de la protection sociale et de l'organisation des systèmes de soins.

On peut opposer deux approches ; l'une philosophique, l'autre historique :

L'approche philosophique ouvre plusieurs controverses : Où s'inscrit la déontologie ? Dans la spiritualité ? Dans le Droit ? Dans l'humanisme ? Qu'est-ce qu'une norme déontologique ?

Pour Jeremy Bentham, philosophe et juriste anglais, créateur et théoricien du terme « déontologie », il y a deux cents ans, « la déontologie est la science des devoirs. » Elle n'est pas la loi mais « la partie de nos actions à laquelle les lois positives laissent un champ libre ». Pendant des siècles, la « norme morale » en Occident n'émanait que des religions, avant que la philosophie et la laïcité ne fondent les bases d'un humanisme devenu assez universel en Occident. En médecine, tout semble simple : la déontologie proviendrait d'un héritage hippocratique modernisé... Il s'agirait d'un humanisme appliqué à la médecine.

La déontologie serait-elle donc une **morale laïque** ? Pourtant c'est « devant Dieu » que se prête le serment d'Hippocrate ! Bien sûr, la laïcité a sa propre « exigence intérieure ». Pour Paul Ricoeur, cette exigence induit « l'acceptation de désaccords irréductibles et raisonnables ». Pour le philosophe Robert Misrahi, la déontologie « qui a pris la suite de la morale, n'a d'autre fondement que la coutume [...] elle est d'ailleurs variable chez le médecin, l'avocat, le militaire [...] elle dépasse donc la notion de devoir [...] elle consiste à bien faire son boulot ».

À l'opposé, Raymond Viley, ancien président de l'Ordre national des médecins, précisait dans le code de déontologie de 1982 : « La déontologie [...] est plus détaillée et plus nuancée que la morale et que le droit. [...] Elle adapte droit et principes moraux à l'exercice de la médecine » (!)

Mais pour Jean Clavreul, « l'idéologie médicale se confond avec l'idéologie dominante. [...] Le savoir médical est un savoir sur les maladies, non sur l'homme [...] et la déontologie préserve la respectabilité professionnelle avant l'intérêt du

malade. » Plus sévère encore, le juriste Sabatier s'indignait dans son traité de droit médical (1956) : « Comment le médecin peut-il devenir le maître du malade ? Le paternalisme tourne à l'impérialisme médical. »

Pour le **profane**, la déontologie se résume au **serment d'Hippocrate**. Ce serment médical, prêté à la fin des études, a été introduit dans nos facultés à partir des années 1920 et adopté sous des formes variables dans chaque faculté. Son texte est, à Toulouse par exemple : « Sur ma conscience, devant Dieu, en présence de mes Maîtres et de mes Condisciples, je jure d'exercer la médecine suivant les lois de la morale et de l'honneur en honnête homme de rigoureuse probité, décidé à pratiquer scrupuleusement tous mes devoirs envers les malades, mes confrères et la société. » Mais ce serment ne résume pas à lui seul la déontologie qui n'y est même pas mentionnée. Ce serment a plutôt valeur de processus initiatique : « Devant Dieu » (ou devant l'être suprême selon les facultés) confère la solennité d'un engagement religieux à la simple obtention du doctorat en médecine ! « Devant mes Maîtres, la Faculté, mes condisciples... » confère l'allégeance à une corporation.

La sacralisation de l'acte médical est, dès le jour du serment, liée à la fidélité corporative, qui implique, s'il était besoin, l'appartenance au même ordre médical. Clavreul écrira : « Le pouvoir du discours médical devient quasi religieux. [...] Le médecin ne rendra désormais de comptes que devant ses pairs ! »

Alors, vraiment, la déontologie est-elle bien fille de l'humanisme ? Il serait rassurant de le croire. Ou bien Michel Foucault a-t-il raison lorsqu'il écrit : « L'avènement de la norme s'inscrit dans une stratégie de pouvoir. »

Si nous abordons maintenant l'approche historique, elle nous tire irrésistiblement vers l'interprétation de Foucault : ci-dessus citée.

La vraie histoire du code de déontologie, nous la trouvons, entre autres, chez Jacques Léonard dans *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs* (1981). Avant lui, chez Jean Clavreul déjà cité. Et, plus près des sources, chez Paul Gibrie et ses écrits de 1935, précédant la création de l'Ordre des médecins. Il fut à la fois analyste, théoricien et acteur syndicaliste influent du processus.

Cette histoire nous enseigne que la déontologie médicale, sans renier totalement ses racines hippocratiques, est étroitement liée à l'histoire de trois événements : le développement de la protection sociale ; le développement du syndicalisme médical ; la création de l'Ordre des médecins. Il convient donc de distinguer, par rapport à ces

trois événements, une époque ancienne, d'une part, et des temps plus modernes, d'autre part.

L'époque ancienne d'abord. Pour Bariety, dans son *Histoire de la médecine* (1963), « l'instinct de soigner » remonterait « à la nuit des temps »... Pour d'autres, ce mythe ne résiste pas au constat social de la mise à l'écart des malades, avant l'époque moderne, dans des léproseries, hospices, sanatoriums. L'enfermement psychiatrique s'y apparente. Israël doute que le « désir de guérir » soit une évidence naturelle ; il constate aussi que la médecine n'a guère offert de résistance aux pires idéologies de l'Allemagne nazie. Pour tous ceux-là, la médecine moderne s'est donc inscrite en rupture, privilégiant l'inté-



rêt de l'individu, par rapport à la protection de la collectivité jusque là prédominante.

Et Hippocrate dans tout cela ? Trois siècles avant J.-C., il a apporté, outre ses descriptions cliniques, la lutte contre l'obscurantisme lié aux religions et superstitions, ainsi que la fondation d'une certaine éthique : d'abord ne pas nuire ; œuvrer dans l'intérêt du malade ; le secret médical ; les soins désintéressés (L'État se chargeait à cette époque de la santé des citoyens grecs, un impôt spécial, le *iatron*, rémunérait les médecins.) Mais Hippocrate a aussi émis des préceptes plus obscurs : le rejet du discours du malade lui-même ; la dominance du discours du Maître qui instaure un ordre à la fois juridique et normatif ; faire le bien des autres, malgré eux s'il le faut ; un corporatisme fermé protégeant ses secrets et refusant la divulgation de son savoir.

Pour Escoffier Lambiotte, le médecin d'héritage hippocratique est « d'emblée un moraliste [...] prescrivant non seulement des médicaments...mais aussi des règles de conduite ». Dès les origines, la relation de confiance contient une idéologie particulière. Elle rassure le malade, qui ne demande que cela ; mais instaure une hiérarchie de la relation. Ainsi le malade qui refuse de se soigner se met en contravention avec la « loi médicale ». Le « droit de disposer de son corps », dès les origines, n'est plus un droit absolu face au médecin. « La confiance vient d'en bas, l'autorité vient d'en haut » disait l'Abbé Sieyès, celui qui rédigea en 1789 les droits du Tiers État !

Mais, en fait, cet héritage hippocratique fut égaré pendant des siècles ; véhiculé par les traducteurs arabes et appliqué par de grands noms comme Avicenne... Hippocrate n'a été véritablement « redécouvert » qu'au XVIII^e siècle.

Nous arrivons donc aux temps plus modernes, avec le développement de la protec-

tion sociale, du syndicalisme médical et de l'Ordre des médecins. Avant 1789, les médecins sont convaincus que « le caractère sacré de leur pratique donne à leur profession un savoir qui leur permet de dire l'ordre du monde et de justifier un pouvoir ». Je renvoie aux travaux de Jean-Pierre Goubert, Dominique Lorillot et de François Furet ; plus récemment de Huderman-Simon, qui ont étudié cette période.

Lors de la Révolution française, les médecins ne souhaitent dans leur ensemble aucun bouleversement de l'ordre économique et social. On en trouve témoignage dans leurs revendications portées dans les Cahiers de doléances présentés aux États Généraux de 1789. Leur corporation ne débat que de problèmes touchant à leur formation, leurs honoraires et leur liberté d'exercice. Il n'existe alors pas d'autre déontologie que la morale commune. La Révolution détruit l'ancien régime médical et, le 14 juin 1791, la loi Le Chapelier dissout toutes les corporations. L'esprit de cette loi est le suivant : « Il n'y a plus que l'intérêt particulier de chaque individu et l'intérêt général... Il n'est permis à personne d'inspirer aux citoyens un intérêt intermédiaire, de les séparer de la chose publique par un esprit de corporation. »

La citoyenneté des médecins est pour la première fois interpellée. Leur corporation est dissoute, mais en même temps « l'assistance » (aux malades) est déclarée « devoir sacré » de la Nation. Après Thermidor, un fort courant inspiré de l'Anglais Howard et de l'Autrichien Frank définit « la mission politique de la médecine ». Celle-là englobe en particulier la promotion de l'hygiène et de l'épidémiologie. Une police sanitaire est même créée pour contenir les épidémies. La loi du 19 Ventose AN XI (10 mars 1803) consacre le recrutement de deux catégories de médecins, correspondant implicitement à deux sortes de clientèles, la démarcation des classes traverse le champ de la biopolitique ; la supério-

rité du « doctorat » sur « l'officiât » de santé s'exprime sans détour. Passée la Révolution, c'est Napoléon 1^{er} qui, en 1803, va clarifier le statut des médecins. Il édicte le Code Civil et le Code Pénal qui vont, entre autres, encadrer l'organisation de la profession, confirmant le professionnalisme et le monopole ; mais aussi la pratique médicale dont il définit les responsabilités. En 1810, Napoléon organise l'Ordre des avocats mais renonce à imposer l'identique aux médecins. En 1812, sont cependant créées des « chambres disciplinaires » pour les médecins. L'Empire améliore, en 1854, la formation des « officiers de santé ».

À cette époque et pour encore un temps, la déontologie informelle chante à tous vents

« l'apostolat médical ». La pratique se partage entre des « consultations gratuites » en hospices et dispensaires, le plus souvent religieux, remplissant ainsi un « devoir moral » envers les déshérités, à côté d'une clientèle payante plus aisée. Cet état d'esprit est résumé par Orfila, dans le « Projet d'association des médecins de Paris », en 1834 : « La médecine est sœur de la religion et de la morale, son ministère tout de bienfaisance et d'humanité [...] lui inspire tous les devoirs [...] lui attribue tous les droits d'un sacerdoce. »

Cette période « d'apostolat » va prendre fin avec les premières tentatives de lois sociales. Ces tentatives qui marqueront les XIX^e et XX^e siècles révéleront le conflit constant entre une



corporation médicale et les autorités de l'État en charge de la santé publique, sous toutes les républiques successives. Les étapes des lois sociales sont nombreuses et bien étudiées par Hatzfeld dans *Le grand tournant de la médecine libérale* (1963) ? Depuis 1810 en Alsace, des médecins cantonaux sont nommés et salariés par les pouvoirs publics pour soigner gratuitement, mais en conservant aussi une clientèle payante. Le premier « Projet national de médecine publique » est proposé en 1845. Sous l'Empire, se développe le mutualisme soutenu par Napoléon III. L'aide médicale gratuite pour les indigents est instaurée en 1893.

La loi Waldeck Rousseau du 21 mars 1884 refuse aux médecins le droit syndical, mais les premiers syndicats créés en mars 1881 sont tolérés avec indulgence. Les syndicats seront légalement autorisés le 30 novembre 1892.

Le grand choc succède à la guerre de 1914-1918. Les trois départements reconquis (Haut Rhin, Bas Rhin et Moselle) sont déjà bénéficiaires du système créé par Bismarck dès 1883. Ce système très en avance sur le système français procure une « Assurance santé, maladie, accident, invalidité et vieillesse pour tous les citoyens allemands et leur famille ». Sur ce modèle, est proposé dès 1920 et débattu en 1923 à la Chambre des Députés, un projet de loi prévoyant : des soins gratuits pour tous ; une rémunération forfaitaire et non à l'acte pour le médecin ; un tiers-payant ; un accès au spécialiste et à l'hôpital par des filières facultatives à partir de médecins de familles.

La « citoyenneté » des médecins au XIX^e siècle et au début du XX^e siècle est fortement interpellée à chacune de ces étapes, mais le choix de la corporation est clair dès les origines : **c'est le refus !** La distinction entre « docteurs » et « officiers de santé » avait trouvé initialement un appui dans l'Institution médicale. Pour l'houret, directeur de l'École de médecine de Paris, au début du XIX^e

siècle, « l'art doit être divisé en deux grandes parties, dont l'une se borne aux pratiques vulgaires, aux connaissances communes [...] les officiers de santé se borneront aux soins les plus ordinaires ». Pour Michel Carret, professeur de chirurgie de Lyon, « les habitants des campagnes ayant des mœurs plus pures que celles des habitants des villes, ont des maladies plus simples qui exigent pour cette raison moins d'instruction... » Les médecins cantonaux alsaciens étaient déjà dénigrés. Le projet de 1845 avait été étouffé par un vaste congrès médical qui rejette aussi bien l'encadrement disciplinaire que tout dispositif de santé publique. Le ministre Salvandy qui plaide devant cette assemblée hostile sa « Théorie des intérêts sociaux » inspirant le projet, tentera en vain de rappeler aux médecins qu'il existe « des intérêts plus grands encore que les leurs »... Le recrutement de médecins cantonaux salariés est proposé par le rapport Orfila rédigé en février 1847 à la demande du ministre Salvandy, mais la profession des « docteurs » s'y oppose comme à toute forme de salariat.

Sur la défensive après cette première alerte, la corporation médicale fonde en 1848 « l'Association générale des médecins de France » (AGMF) qui forge le slogan « La médecine aux médecins » ; refuse toute idée de médecine fonctionnaire et développe une abondante presse médicale, support d'un très fort courant corporatiste mais aussi d'un courant politique. Entre 1848 et 1868, les périodiques médicaux passent de 97 à 219. Lorsque l'Empire améliore, en 1854, la formation des « officiers de santé », la majorité des « docteurs » se prononce pour la disparition de ce corps jugé plus vulnérable aux propositions de « salariat » que condamne l'AGMF.

Le corps médical n'ignore rien des misères du peuple, autant dans les campagnes que dans les zones de développement industriel, mais il fait le

choix de la solidarité sans faille avec la bourgeoisie dominante, hostile à l'impôt. Les médecins n'oublieront jamais que leurs ressources proviennent d'une clientèle payante aisée, celle aussi à qui il est demandé de financer par l'impôt l'amélioration du sort des indigents. Les médecins catholiques combattent les « désolantes doctrines matérialistes » qui déferlent sur l'université ; ils obtiennent en 1875 la création de la faculté de médecine catholique de Lille, institutionnalisée par une « bulle » du Pape Pie IX. À Paris, se crée la Conférence Laennec en 1879, qui deviendra le vivier des cadres hospitaliers et universitaires catholiques traditionalistes. La « clientèle précaire » rebute le corps médical ; dans le concours médical du 5 juillet 1879, on peut lire : « Fuyez les petites villes industrielles ou vous aurez forcément une clientèle fatiguée et peu rémunératrice... »

À la fin du XIX^e siècle, on ne parle pas encore de déontologie mais de « Code de confraternité » développé dans des syndicats hostiles aux lois sociales. À la même époque, il n'est pas sans intérêt de le rappeler, sont diffusées les idées de Darwin. Quelques médecins partageront les thèses biologiques nouvelles, parfois dévoyées vers le trépied : « Déterminisme / Sélection / Inégalités ». Nombre de médecins accepteront l'idée que « diminuer le sang vicié... permet de dégager une race supérieure... » Dans cette vision, les lois sociales seront perçues, pendant plusieurs décennies, comme une stupidité contraire à l'amélioration de la race. Les plus modérés des médecins fonderont l'idée très répandue d'une sorte de « fatalisme héréditaire » qui affecterait surtout les classes défavorisées.

Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que le premier Congrès de déontologie médicale organisé à Paris en 1900 ne crée aucun code, mais organise la résistance aux lois sociales.

Nous commençons à percevoir que le mythe

hippocratique ne résiste guère à une approche historique approfondie. L'établissement de ce qui deviendra « la norme déontologique » s'inscrit dans une stratégie de pouvoir liée au développement du syndicalisme médical et à celui de la protection sociale.

Dans une deuxième partie, à venir dans le prochain numéro de *Pratiques*, nous compléterons ce rappel historique. Nous verrons se constituer un « front du refus » qui élaborera une « charte médicale » avant que naisse l'Ordre des médecins, héritier et dépositaire d'une déontologie par certains aspects singulière. Nous verrons ce qu'a été la « vraie naissance » de l'actuelle déontologie et surtout l'usage fait de ce code par la profession et ses représentants.

Bibliographie

1. ACCARDO, A., CORCUFF, Ph., *La sociologie de Pierre Bourdieu*, ed. Le Mascaret, Bordeaux, 1986.
2. AJACH, P. « La médicalisation » in *Parcours, Cahiers du Grep Midi-Pyrénées* n° 13-14, 1996.
3. AJACH, P., PASSIN D., in « Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité », *Anthropos*, 1994.
4. BAUNT, M. *Le médecin, son malade et sa maladie*, ed. Payot, Paris, 1960.
5. BARIETY et COURY, *Histoire de la médecine*, ed. Fayard, Paris, 1963.
6. BILLAUD, A. (voir ORTIZ), *Parcours*, Paris, 1999.
7. BOUQUET B., « De l'éthique personnelle à une éthique professionnelle » in *EMPAN, Questions d'Éthiques* n° 36, décembre 1999.
8. CANGUILHEM, G., *Étude d'histoire et de philosophie des sciences - chapitre médecine*, ed. Vrin, Paris, 1989.
9. CANTO-SPERBER, M., « Les ambitions de la réflexion éthique » in *Esprit*, Paris, mai 2000.
10. *Carnet Médical Français, Répertoire mensuel de pratique médicale*, ed. A Poinat (Collection 1920 / 1930).
11. CARPENTIER, J., *Médecine Générale-Malgé tout*, ed. Maspéro, Paris, 1977.
12. CIRRIE, P., *L'Ordre des médecins*, coll. Laboratoires Midy, 1935.
13. CLAIR André, *Éthique : les ambiguïtés d'un concept*, in *Éthique, La vie en question - La tentation biocratique*, n° 1, Éditions universitaires, Paris, 1991.
14. CLAIR, A., *Éthique et humanisme. Essai sur la modernité*, ed. Cerf, Paris, 1989.

15. CLAVREUL, J., *L'Ordre Médical*, ed. Seuil, coll. Le champ freudien, Paris, 1978.
16. DECHAMP-LÉROUX, C., « Vocation médicale et choix professionnel » in *Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Anthropos, Paris, 1994.
17. FSCOFFIER-AMBIOTTE, C., « L'Éthique hippocratique », in *Le Monde des Débats*, juin, Paris, 1994.
18. FOUCAULT, M., *Naissance de la clinique* (1963), ed. Quadrige, Paris, 1988.
19. FURFT, F., *La Révolution (1770-1814) et (1814-1880)*, ed. Hachette, Paris, 1988.
20. GERARD, A., « Éthique et modernité » in *Parcours, Cahiers du GREP, Midi Pyrénées*, n° 19-20, 1999.
21. GOLIBERT, J.-P., IGRILLIOT, D., *Les cahiers de coaléances des médecins, chirurgiens et apothicaires 1789, le corps médical et le changement*, ed. Privat, Toulouse, 1984.
22. HATZFELD, H., *La grand tournant de la médecine libérale*, ed. Cuvrières, 1963.
23. HUDERMAN-SIMON, C., *La Conquête de la santé en Europe*, Europe Histoire Belin de Boeck, 2000.
24. HUET, J., *Impérialité (non) catégorique I*, in *EMRAN, Questions d'Éthiques*, n° 36, décembre 1999.
25. ILLICH, I., « L'expropriation de la santé » in *Esprit*, Paris, juin 1974.
26. ILLICH, I., *Némésis médicale, l'expropriation de la santé*, ed. Seuil, 1975.
27. ISRAËL, L., *Le médecin face au malade*, ed. Dessart C., Bruxelles, 1968.
28. KANT, E., *Critique de la raison pratique*, ed. PUF, coll. Quadrige, Paris, 1989.
29. KARSZ, S., *Pourquoi, aujourd'hui, tant d'éthique ?* in *EMRAN, Questions d'Éthiques*, n° 36, décembre 1999.
30. LEONARD, J., *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, ed. Aubier, Paris, 1981.
31. LESGARDS, R., « Laïcité, spiritualité, humanisme » in *Transversales – Science / Culture*, n° 61, janvier-février 2000.
32. MULLER, P., « La profession médicale au tournant » in *Esprit*, Paris, février 1997.
33. NICOLLE, Ch., *L'expérimentation en médecine- Le cours du collège de France* (collaboration de René LERICHE, Robert DEBRÉ, Pasteur VALLÉRY RADOT), FELIX ALCANTARA, 1934.
34. OPPENHEIM-GLUCKMAN, H., GARAPON, A., « L'éthique médicale au quotidien » in *Esprit*, Paris, novembre 1992.
35. REGNIER, F., *La médecine pour au contre les hommes*, ed. Belin, 1976.
36. RICHAUD, J., « Déontologie médicale et citoyenneté » (ed. GREP Midi Pyrénées, 9 novembre 2000, à paraître in *Parcours, Cahiers du GREP, 2000-2001*).
37. RICŒUR, P., « Avant la loi morale : l'éthique » in *Encyclopédie Universalis*, supplément, les enjeux 1985.
38. RICŒUR, P., *Soi-même comme un autre*, ed. Seuil, Paris, 1990.
39. SABATIER, R., *Traité de droit médical*, Librairie de la cour de cassation, 1956.
40. SALIBA, J., « Les paradigmes des professionnels de santé » in *Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Anthropos, 1994.
41. SANCHEZ, S., *La médecine en flagrant délit- Le malade oublié*, ed. du Félin, 1996.
42. SÈVE, L., *Pour une critique de la raison bioéthique*, ed. Odile Jacob, Paris, 1994.
43. SEVENO, M., *Le scandale de la santé en France*, ed. La Table Ronde, Paris, 1970.
44. SIMONCINI, A., *La santé autrement, pour une médecine des hommes libres*, ed. Le Temps des cerises, 1999.
45. SPERBER, D., *Fondements naturels de l'éthique*, ed. Odile Jacob, Paris, 1993.
46. SPINOZA, *Éthique*, ed. Flammarion, Paris, 1947.
47. VILLEY, R., *Déontologie médicale*, ed. Masson, 1982.

Courrier des lecteurs

« Des incompetents fatigués et sans espoir »

Chers amis,

Je lis dans l'article d'Anne Perraut Soliveres : « La santé préoccupe peu nos gouvernants bien trop occupés à garantir les ressources des multinationales qui les gouvernent. » Cette phrase me semble très importante.

Pour ma part, je distinguerais dans cette phrase deux notions. La première, c'est que la santé préoccupe peu nos gouvernants. Sur ce point, je suis entièrement d'accord et je voudrais souligner que cette affirmation n'est pas anodine. Il est vrai que ceux qui sont en charge de lutter contre les toxicomanies et les accidents de la route, le saturnisme et l'amiante sont très peu compétents et ont très peu de moyens et d'énergie ou qu'en tout cas, ils évoluent dans un système qui ne fait pas de place à la compétence et à la motivation. Nous devons, chacun dans les domaines qui nous intéressent, démontrer que les gouvernants ne s'intéressent pas à la santé publique.

Mais la raison proposée pour expliquer cette faible préoccupation me semble plus discutable. Je ne crois pas que l'on puisse dire que les gouvernants sont gouvernés par les multinationales et qu'ils sont trop occupés à en garantir les ressources. Si tel était le cas, nous aurions des gouvernants dotés d'une analyse claire de la situation sanitaire et d'un projet précis : faire que les multinationales gagnent le plus possible d'argent. À mon sens, c'est faire beaucoup d'honneur à nos gouvernants que de leur attribuer une analyse et un projet dans ces domaines. Je crois que ce sont, pour l'essentiel, des incompetents fatigués et sans espoir, qui bricolent comme ils peuvent. Les multinationales gagnent beaucoup d'argent, mais pas parce que le système est organisé pour répondre à leurs intérêts. Elles gagnent beaucoup d'argent en surfant sur un système désordonné qui ne connaît ni les projets ni les évaluations.

Amicalement,

Jean-Pierre Lellouche

« Toutes classes sociales confondues »

Malheureusement, dans le dernier numéro de la revue sur l'argent, on n'apprend pas grand-chose sur les revenus des uns et des autres, ni même sur ce que coûtent des soins, ici ou là. Pour qui, comment, quand et combien ? Si certains d'entre vous n'ont pas hésité à décliner leur salaire, on aurait aimé connaître les problèmes des autres secteurs du soin, des kinés, des infirmières, des différences entre cliniques privées et hôpitaux, et mieux comprendre les questions relatives au secteur 2 qui sont sûrement les plus problématiques. Être bien soigné, vite et sans attendre, représente un coût élevé en secteur 2. Cela nous éloigne de plus en plus des principes de notre république ! Sans compter les problèmes de sous-information, d'absence de suivi et de soin des classes désargentées ! On y est, les médecins tentent d'évaluer leur valeur, nous, de notre côté, nous aspirons à un système de soin haut de gamme, accessible à tous, on cherche à savoir s'il n'est pas trop tard pour garder de la santé, à l'hôpital public, et du courage aux médecins généralistes, et par là même, au plus grand nombre de patients toutes classes sociales confondues...

Françoise Ducos

Nous avons lu pour vous

Bruno Halioua, *Blouses blanches, étoiles jaunes*, ed. Liana Levi, 2001, 135F.

Quel fut le sort réservé aux médecins juifs en France pendant la seconde guerre mondiale ? Quelle fut l'attitude du corps médical, de la presse, des facultés de médecine ? Quel est le part de responsabilité du conseil de l'Ordre des médecins, créé sous Vichy, dans le processus d'exclusion et de persécution ?

C'est à ces questions que l'auteur, né en 1959, lui-même de famille juive et ancien chef de clinique à la faculté de médecine de Paris, a voulu répondre dans cet ouvrage, le premier sur le sujet. Les conclusions de cette étude, remarquablement documentée, sont des plus déprimantes ! En effet, on y découvre – même si, hélas ! on pouvait s'en douter – que le corps médical français était dans son ensemble profondément réactionnaire, xénophobe et antisémite, et ce, bien avant l'avènement du gouvernement de Vichy. Dès 1935, une grève va toucher l'ensemble des facultés de médecine, soutenue par la profession, pour imposer un *numerus clausus* aux étudiants étrangers et leur interdire de s'installer en France, avec pour slogans : « La France aux Français ! » et « Pour lutter contre l'invasion métèque, faites grève ! » Après la grande peur causée par le Front populaire, on ne s'étonne pas de voir l'adhésion du corps médical aux idées pétainistes.

Le gouvernement de Vichy, d'ailleurs, évitera toute mesure autoritaire qui pourrait le froisser (en dehors de la dissolution des syndicats médicaux, au même titre que tous les autres, et de la création de l'Ordre) analysant que les médecins français, dans leur grande majorité, seraient un excellent allié.

Et l'on voit effectivement comment le régime de Vichy a anticipé sur les ordres de persécution des nazis, et le zèle du conseil de l'Ordre pour appliquer les mesures xénophobes et anti-juives dirigées contre la population dans son ensemble, y compris le corps médical.

Au passage, l'auteur rappelle, à titre d'exemple, l'ignominie du docteur L.-F. Destouches, alias Céline, se permettant d'écrire au conseil de l'Ordre, après avoir obtenu la nomination de médecin-chef du dispensaire de Bezons, à la place du docteur Hogarth renvoyé pour cause de nationalité haïtienne :

« Je soussigné Destouches Louis-Ferdinand, docteur en médecine (certifié) :

1. que je ne suis pas juif
2. qu'installé à Bezons (Seine et Oise) déclare avoir pris connaissance du code de déontologie et m'engage sur l'honneur et par serment à observer les prescriptions du code
3. m'engage à faire crever tous les juifs et enjuivés de la médecine et d'ailleurs qui se foutent actuellement de nous plus que jamais. »

Pauvre serment d'Hippocrate !

On l'a compris, ce livre doit être absolument lu et devrait être offert par l'Ordre à tous ses dignes représentants (obligatoirement de nationalité française encore aujourd'hui...)

La seule critique qu'on pourrait faire à l'auteur est justement d'avoir accepté la préface du Professeur Glorion, président du conseil national de l'Ordre et auteur de la fameuse « repentance » sur l'attitude de l'Ordre sous Vichy, prônant « l'apaisement entre les communautés », comme si les actes de courage et de résistance d'une infime minorité de médecins pouvaient racheter la conduite innommable de la grande majorité de leurs « confrères ». Quand on voit encore aujourd'hui l'attitude du conseil de l'Ordre sur le statut des médecins étrangers, la création d'un syndicat de médecins d'extrême-droite, les menaces pesant sur la protection sociale, la contraception et l'IVG, on ne peut que se dire, en refermant le livre de B. Haioua, restons vigilants !

1. Voir Vichy et l'éternel féminin de Francine Mouel-Dreyfus, ed. Seuil, Paris, 1996. (Pratiques n° 44, ancienne formule) et Histoire de l'Ordre en France, d'Anne Carol, ed. Seuil, Paris, 1995.

Francis March

Caroline Barth et Richard Vargas, *Quand l'Ordre règne ou l'ordre des médecins en question*, éditions Mango, 2001, 120 F.

Pour ceux qui avaient regardé le documentaire à la télévision du même Richard Vargas et qui veulent en savoir plus sur les méfaits institutionnalisés de l'Ordre des médecins, ce livre est indispensable. Facile à lire pour tout public. Il s'appuie sur des affaires médicales réelles, soigneusement décortiquées par les auteurs. Le constat est accablant. Pas tant le niveau national, celui de la représentation et du discours volontiers humaniste, mais celui du fonctionnement réel, local, de l'institution. Insidieux parce que, à l'ombre, loin du débat contradictoire pourtant indispensable pour une instance à laquelle a été confiée des fonctions juridiques, où se mélangent les intérêts et les conflits corporatistes de la profession, les inimitiés, l'incompétence.

Un point cependant de désaccord avec les auteurs quand ils concluent leur ouvrage en disant : « [...] Pourtant, un ordre des médecins est sans doute nécessaire. Nous avons besoin d'une structure qui garantisse à la population la qualité des services rendus. » L'Ordre des médecins, comme tous ses petits frères dans les autres professions de santé dont il est le paragon, empêche par sa seule existence la nécessaire mise en place de « chambres des métiers du soin », dispositifs de travail et de dialogue qui permettraient à l'ensemble des soignants de se réunir entre eux pour discuter de leurs problèmes professionnels, mais aussi qui seraient des lieux de rencontre et de dialogue avec les autres partenaires incontournables que sont les usagers de la médecine et les décideurs politico-administratifs.

Quant à la fonction juridique de l'Ordre, elle est tout simplement exorbitante et redondante par rapport au droit commun. Même si nous devons souhaiter en tant que citoyens qu'elle soit largement améliorée dans son fonctionnement, seule la justice ordinaire doit être habilitée à juger de la médecine lorsqu'elle déraile.

Patrice Muller

Nous tenons à remercier ici les principales librairies qui, en France, mais aussi en Belgique et en Suisse francophone, soutiennent, en le diffusant, *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*. La revue est dif-

À PARIS

- FNAC FORUM, 1 rue Pierre Lescot, 75001
- COMPAGNIE CLUNY-SORBONNE, 58 rue des Écoles, 75005
- L'HARMATTAN, 16 rue des Écoles, 75005
- L'ARBRE À LETTRES, 2 rue Édouard Quenu, 75005
- L'ARBRE À LETTRES, 14, Rue Boulard, 75014
- LA BOUCHERIE, 76 rue Monge, 75005
- THIERRY GARNIER, 41 rue de Vaugirard, 75006
- FNAC MONTPARNASSE, 136 rue de Rennes, 75006
- LIBRAIRIE LIBRALIRE, 116 rue Saint-Maur, 75011
- LA BRÈCHE PARIS, 27 rue Taine, 75012
- LA CEDILLE PARIS, 33 rue des Volontaires, 75015
- LE DIVAN, 203 rue de la Convention, 75015
- AUX AMATEURS DE LIVRES, 62 avenue de Suffren, 75015
- FNAC ÉTOILE II, 13-17 rue Bayen, 75017
- L'ATELIER 1, 2bis rue du Jourdain, 75020

EN RÉGION PARISIENNE

- ENVIE DE LIRE, 16 rue Gabriel Péri, 94200 Ivry-sur-Seine
- GIBERT JOSEPH, Parc des Anoues, rue Berthie Albrecht, 94784 Vitry-sur-Seine
- PRÉFAMRIJF, 27 rue Jean Jaurès, 93200 Saint-Denis
- LE VERGER DES MUSES, Centre commercial « Art de vivre », 91100 Corbeil Essonnes
- LE ROI LIRE, 4 rue Florian, 92330 Sceaux
- AU GRILLON, 69 rue Maurice Thorez, 92000 Nanterre
- MILLEPAGES, 133 rue de Fontenay, 93300 Vincennes
- LIBRAIRIE CHRONIQUES, 8 rue Guichard, 94230 Cachan
- LIBRAIRIE MONACO, 74 avenue du Général de Gaulle, 94160 Saint-Mandé
- LE BRUIT DES MOTS, 11, place du marché, 77100, Meaux

EN PROVINCE NORD

- FNAC, 20 rue Saint-Nicolas, 59041 Lille
- LIBRAIRIE MARTELLE, 3 rue des Vergeaux, 80005 Amiens

- LES LISIÈRES, 33 Grand Place, 59100 Roubaix
- LE FURET DU NORD, B.P. 359, 59463 Lomme
- LIBRAIRIE PRIVAT BRUNET, 21 rue Gambetta, 62000 Arras

EST

- LIBRAIRIE KLÉBER, 1 rue des Francs-Bourgeois, 67000 Strasbourg
- FNAC, La Maison Rouge, 22-24 Place Kléber, 67000 Strasbourg
- LIBRAIRIE DES FACULIÉS, 12 rue de Home, 67000 Strasbourg
- LIBRAIRIE BROGLIE, 23 place Broglie, 67000 Strasbourg
- AGENCE DE LA PRESSE/HALL DU LIVRE, 38, Rue Saint-Dizier, 54001 Nancy
- LA PROCURE LE VENT, 30 rue Gambetta, 54000, Nancy
- FNAC, Espace Drouet d'Erlon, 51722 Reims
- LIBRAIRIE GUERLIN-MARTIN, 70 et 82 place Drouet d'Erlon, 51058 Reims
- LA PROCURE LARGERON, 13 rue Carnot, 51074 Reims
- ALSATIA FORUM MONTBÉLIARD, Centre commercial des Alliés, 25200 Montbéliard
- MAJUSCULE CAMPONOVO, 50 grande rue, 25013 Besançon

NORD-OUEST

- FNAC RENNES, Centre Colombia, 35000 Rennes
- FORUM DU LIVRE, 5 quai Lamartine, 35000 Rennes
- LES NOURRITURES TERRESTRES, 19 rue Hoche, 35000 Rennes
- FNAC NANTES, Centre Commercial Bourse, place du Commerce, 35000 Nantes
- VENT D'OUIEST, 5 place Bon Pasteur, 44000 Nantes
- SAS LIBRAIRIE DIALOGUES, Forum Roull, 29200 Brest
- LA NUIT BLEU MARINE, 32 place des otages, 29600 Morlaix
- MAJUSCULE GAUTHIER, 34 Grande rue, 61000 Alençon

fusée, en principe, dans toutes les librairies. Si vous ne la trouvez pas, néanmoins, chez votre libraire habituel, n'hésitez pas à la commander (diffusion Harmonia Mundi).

- AU BROUILLON DE CULTURE, 29 rue Saint-Sauveur, 14000 Caen

CENTRE

- FNAC, Centre Le Mail, 5 rue de la République, 10000, Troyes
- LA BOITE À LIVRES, 19 rue Nationale, 37000 Tours
- LES TEMPS MODERNES, 50 rue de Recouvrance, 45000, Orléans
- LIBRAIRIE CONTACT, 3 rue Lenepveu, 49100, Angers
- LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ, 17 rue de la Liberté, 21000 Dijon
- ANECDOTES LIBRAIRIE DU CONSULAT, 19 rue du Consulat, 87000 Limoges
- LES VOLCANS D'ALVERGNE, 80 bd. François Mitterrand, 63008, Clermont-Ferrand

RHÔNE-ALPES

- LIBRAIRIE FLAMMARION BELLECOUR, 74 route de la gare, 69630 Chaponost
- FNAC PRESQU'ÎLE, 85 rue de la République, 69002 Lyon
- LA GRYFFE, 5 rue Sébastien Gryphe, 69007 Lyon
- DECITRE 108-JUNIOR, 6 Place Bellecour, 69002 Lyon
- DECITRE 104 COLLECTIVITÉS, 6 place Bellecour, 69002 Lyon
- LE SQUARE/LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ, 2 place du docteur Léon Martin, 38000 Grenoble
- FNAC, 4 rue Félix Poulat, 38001 Grenoble
- LIBRAIRIE ARTHAUD GRENETTE SARION, 8 avenue Victor Hugo, 38130 Echirolles
- LIBRAIRIE J.-J. ROUSSEAU, 175 rue Croix d'Or, 73000, Chambéry
- FNAC, Centre commercial courrier, 65 rue Carnot, 74000 Annecy

SUD-OUEST

- OMBRES BLANCHES, 50 rue Gambetta, 31000 Toulouse
- LIBRAIRIE PRIVAT, 14 rue des Arts, 31000 Toulouse
- LIBRAIRIE UNIVERSITAIRE UNIVERSITÉ DU MIRAIL, 5 allées Antonio Machado, 31058 Toulouse
- LIBRAIRIE CASTELA, 20 place du Capitole,

31000 Toulouse

- FNAC, 81 bd Carnot, 31071 Toulouse
- DE LA RENAISSANCE TOULOUSE-MIRAIL, 1 allée Marc Saint-Saens, 31036 Toulouse
- LE LIVRE EN FÊTE, 27 rue Orthabadiat, 46100 Figeac
- LA PAROLE, 24 rue Marius Audouy, 31250, Revel
- DES LIVRES ET VOUS, Association Lires, Sarrant 32120
- LA MACHINE À LIRE, 8 place du Parlement, 33000 Bordeaux
- LIBRAIRIE MOLLAT, 83-91 rue Porte Dijeaux, 33080 Bordeaux
- LIBRAIRIE PRIVAT LHERIS, 56 rue Maréchal Foch, 65000 Tarbes
- FACDIS ESPACE CULTUREL, Avenue Louis Sallenave, 64000 Pau

SUD

- LIBRAIRIE SAURAMPS MÉDICAL, 11 bd. Henri IV, 34967 Montpellier
- LIBRAIRIE SAURAMPS, Le Triangle, 34967 Montpellier
- LIBRAIRIE ACTES-SUD, Passage du Méjean, 43 rue du docteur Fanton, 13633 Arles
- LIBRAIRIE GOULARD, 37 cours Mirabeau, 13100 Aix-en-provence
- LIBRAIRIE DE PROVENCE, 31 cours Mirabeau, 13100 Aix-en-Provence
- ARCANES, 85 grande rue, 84600 Valréas
- MARQUE PAGES, 22 avenue Hélène Boucher, 13800, Istres
- LIBRAIRIE PAIDOS, 54 cours Julien, 13006 Marseille
- VIRGIN LIVRES, 75 rue Saint Ferréol, 13251, Marseille
- FNAC, Centre Bourse, Cours Belsunce, Marseille, 13001
- FNAC, Centre Nice Étoile, 30 avenue Jean Médecin, 06000 Nice

EN SUISSE

- ÉDITIONS ZOÉ, 11 rue des Moraines, Carouge, 1227 Genève

EN BELGIQUE

- SDL CARAVELLE, 303 rue du Pré-aux-olies, 1130 Bruxelles



- Une revue indépendante avec un dossier et des rubriques
- Un ancrage dans la pratique
- Une ouverture pluridisciplinaire
- Un souci de la protection sociale
- Une analyse du cadre de notre exercice
- Une reconnaissance de l'articulation du relationnel et du social

Pratiques ou les cahiers de la médecine utopique

prochain numéro :

- n°16 : Les émotions en médecine

numéros disponibles :

- n°1 : La société du gène
- n°2 : La souffrance psychique
- n°3 : Penser la violence
- n°4 : Santé et environnement
- n°5 : La santé au travail
- n°6 : Sexe et médecine
- n°7 : La responsabilité du médecin
- n°8 : La santé n'est pas à vendre
- n°9 : L'hôpital en crise
- n°10 : Folle psychiatrie
- n°11 : Choisir sa vie, choisir sa mort
- n°12 : L'information et le patient
- n°13 : La médecine et l'argent
- n°14-15 : Profession : infirmière

ABONNEZ-VOUS À PRATIQUES

Vous lisez *Pratiques* parfois, souvent, toujours. *Pratiques* vous surprend, vous stimule, vous reconforte.

Vous avez besoin d'une revue qui aide à discerner les enjeux actuels de la société et de la médecine.

Vous souhaitez ancrer votre pratique dans une réflexion qui aille l'individuel et le collectif, qui s'appuie sur les sciences humaines et se préoccupe de l'évolution de notre société.

Pratiques a besoin de vous !

Vous lisez *Pratiques* de temps en temps : abonnez-vous !

Vous êtes abonné : faites abonner vos amis. Faites connaître *Pratiques* : donnez-nous les coordonnées de lecteurs potentiels auprès de qui nous pourrions promouvoir la revue.

Merci et à bientôt,

La rédaction

En vente dans toutes les FNAC et librairies, diffusion Harmonia Mundi.

Pratiques, revue sans publicité, ne vit que par ses abonnés.

BULLETIN D'ABONNEMENT

- | | | |
|--------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Abonnement un an | 280 FRF
(42,69 euros) |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement deux ans | 500 FRF
(76,22 euros) |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement jeune médecin
(étudiant, remplaçant, installé de moins
de trois ans et demandeur d'emploi) | 200 FRF
(30,49 euros) |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement couplé médecin/salle
d'attente un an (envoi d'affichettes
de promotion compris) | 500 FRF
(76,22 euros) |
| <input type="checkbox"/> | Commande à l'unité
(80 FRF + 10 FRF de frais d'envoi) : | 90 FRF/n°
(13,72 euros) |
| | - nombre d'exemplaires : | |
| | - intitulé du numéro : | |

nom _____

prénom _____

adresse _____

téléphone _____

profession _____

Chèque à l'ordre de *Pratiques* à envoyer :
52, rue Galliéri - 92240 Malakoff - France

Un reçu vous sera adressé à réception de votre règlement

PRATIQUES

PRATIQUES n° 14-15

Les cahiers de la médecine utopique
Revue trimestrielle

Rédaction et abonnements :

tél. : 01 46 57 85 85 • fax. : 01 46 57 08 60
e-mail : pratiques@aol.com ; site internet :
<http://www.smg.ras.eu.org>
52, rue Gallieni • 92240 Malakoff • France

Directeur de la publication : Christian Bonnaud
Rédacteur en chef : Patrice Muller
Secrétaire de rédaction : Marie-Odile Herter
Secrétariat, relations presse : Jocelyne Deville, Marie-Odile Herter

Responsable de diffusion : Dominique Tavé

Comité de rédaction : Ghislaine Audran ;
Geneviève Barbier ; Christian Bonnaud ;
Jean-Luc Boussard ; Daniel Coutant ;
Martine Devries ; Monique Fontaine ;
Hélène Girard-Stern ; Marie Kayser ; Catherine
Jung ; Evelyne Malaterre ; Elisabeth Maurel-
Arrighi ; Didier Ménard ; Bernard Meslé ; Anne-
Marie Pabois ; Elisabeth Pénide ; Anne Perraut
Soliveres ; Bernard Senet.

Correspondants : Olivier Boitard ; Laurent Brescia ;
Geneviève Busson ; Laurent Dianoux ; Jean-Louis

La revue *Pratiques* reçoit volontiers les courriers, textes et travaux d'auteurs se rapportant aux thèmes de réflexion abordés dans les numéros. La revue n'est pas responsable des manuscrits qui lui sont adressés. Les textes et travaux qui ne sont pas retenus sont restitués sur simple demande.

Les titres, sous-titres, chapeaux et dessins sont de la responsabilité de la rédaction.

Gross ; Bernard Joly ; Elisabeth Lapeyrade ; Noëlle Lasne ; Jean-Pierre Lellouche ; Francis March ; Daniel Piquet ; Philippe Regard ; Monique Sicard ; Marc Zaffran / Martin Winckler.

Dessins : Serdu / Serge Duhayon

Direction artistique et maquette : Zinc S.L.

Conseillère éditoriale : Sylvie Crossman

Edition : Indigène éditions
1, impasse Jules Guesde
34080 Montpellier France
tél. : 04 67 10 03 43
fax : 04 67 45 59 36
e-mail : editions.indigene@wanadoo.fr

Diffusion : Harmonia Mundi
Imprimerie : Ingoprint, S.L., Barcelona, Espagne

Dépôt légal 3^e trimestre 2001
commission paritaire n° 67150AS
ISSN 1161-3726
ISBN 2-911939-34-4

Publié avec le concours du
Centre National du Livre

BULLETIN D'ABONNEMENT

PRATIQUES

Les cahiers de la médecine utopique

1. Les données sont issues de l'ouvrage de M. J. L. B. (2010) et de l'ouvrage de M. J. L. B. (2011).