

Pratiques l'avait dit en 1977

Pratiques vous l'avait bien dit en 1977¹ : le benfluorex, alias Mediator®, n'avait pas d'intérêt démontré et de grands risques d'être dangereux. C'était il y a plus de trente ans. Depuis, *Prescrire* et d'autres revues indépendantes européennes le redisent chaque mois pour des dizaines de molécules, ce qui n'empêche pas les agences du médicament de continuer à les autoriser et la plupart des médecins de les prescrire.

Les pouvoirs publics, en autorisant la visite des représentants des laboratoires pharmaceutiques auprès des médecins, en ville et dans les hôpitaux, se rendent complices de leur manque d'indépendance et de sens critique. Et que dire de la publicité des médicaments à la télévision ! On nous invite chaque jour, entre deux infos, à consommer des anti-inflammatoires, des antiacides et autres médicaments en vente libre.

Joli tollé autour du Mediator® : voilà la revue *Prescrire* enfin reconnue, le Formindep conforté dans l'intérêt de son combat pour une formation indépendante. Mais craignons que cela fasse long feu et qu'il y ait d'autres médicaments inutiles et dangereux, que l'on mettra encore vingt ou trente ans à débusquer. Ainsi les glitazones, « troisième médicament antidiabétique oral » prescrites tous les jours par les spécialistes, et dont les effets secondaires graves sont dénoncés sans relâche par *Prescrire*. Et les anti-inflammatoires : après le scandale du Vioxx®, circule toujours le Celebrex® (même famille des coxib, avec les mêmes risques cardiovasculaires). Sans parler des nouveaux antihypertenseurs, pas plus efficaces que les vieux diurétiques moins coûteux, mais prescrits par les cardiologues, spécialité parmi les plus arrosées par les laboratoires dans leurs congrès et formations.

La liste est longue... Lourde tâche pour les médecins vigilants de les supprimer des ordonnances et de chercher des correspondants qui ne les prescrivent pas.

Pratiques l'avait dit il y a trente ans, *Prescrire* le redit tous les mois : on peut soigner avec des médicaments connus, éprouvés, dont l'efficacité pour vivre longtemps en bonne santé est évaluée.

Il est grand temps de se rebeller contre la publicité mensongère, contre la corruption du corps médical.

Il est grand temps que les firmes pharmaceutiques cessent d'intervenir dans la formation des soignants et l'éducation thérapeutique des patients.

Il est grand temps que les agences du médicament soient indépendantes des firmes et financées par les deniers publics et que l'expertise y soient indemne de conflits d'intérêts.

Il est grand temps que tout cela devienne aussi une revendication des usagers, car c'est de leur santé qu'il s'agit.

A quoi (ou à qui ?) sert-il de jouer les apprentis sorciers ?

Martine Lalande

1. www.pratiques.fr/MEDIATOR-33-ans-pour-que-les.html

Les activités dévolues aux femmes sont invisibles.
Faut-il les donner à voir ou partager plus équitablement avec les hommes ?

10 Raphael Dallaporta, photographe

1. Invisible ?

12 **Françoise Acker** et **Paule Bourret**

De quelques dimensions de l'invisibilité des soins
Comment le travail de soin, protocolisé et réorganisé, reste invisible.

16 **Dominique Louise Pélegrin**

Comment rendre le travail invisible
Dans le cadre patriarcal, l'autonomie des femmes est impensable.

19 **Natalia Calderón**

Brevets ou « trouvailles » ?

20 **Jeanne Bethuys**

Sage-femme, un métier sous contrôle
Les arcanes de la transformation d'un métier.

23 **Sylvie Cognard**

Brève histoire des femmes médecins
Les femmes ont dû se battre pour faire des études de médecine.

25 **Frédéric Launay**

Ça ne se dit pas
Les difficultés à parler de situations vécues au travail par les infirmier(e)s.

26 **Didier Morisot**

Mise à l'index
L'infirmier était là au bon moment.

27 **Marie d'Umigna**

Angèle, le trompe-couillon et la T2A

28 **Christiane Vollaire**

Après la guerre
Le rôle des femmes dans la reconstruction de la société après la guerre au Kosovo.

31 **Martine Lalande**

Professionnelle

2. La place des femmes

34 Entretien avec **Geneviève Fraisse**
Servitude et inégalités

Dans le service à la personne, il y a deux vulnérables.

38 **Pascale Molinier**

De l'angoisse à la « nature » des femmes
Le travail de care serait « naturellement » un travail de femmes ?

41 **Delphine Hubert**

Le plaisir d'être au service

42 **Sylvie Cognard**

Une après-midi de consultations
« Portes ouvertes » au centre de planification.

43 **Yvelyne Frilay**

La bignonne, une espèce en voie de disparition
Les gardiennes d'immeubles, précieuses et éphémères.

44

Fabienne Brugère

De quoi le *care* est-il le nom ?
Ce texte appelle à repenser les dimensions sociales et politiques du care.

48

Dominique Louise Pélegrin

Des travailleuses comme les autres ?
Des prostituées militantes ne se sentent pas reconnues par les féministes.

51

Jean-Pierre Martin

La rue, comme un voile
Les femmes à la rue, plus pauvres encore que les hommes, victimes de violences mais aussi « en résistance ».



Retrouvez cette photo et le texte qui l'accompagne page 10.

3. Protéger l'invisible

- 54 Jeanne Favret-Saada**
Manières de femmes
Ce sont les femmes qui font le travail invisible du désorcèlement.
- 60 Bernard Roy**
Y a-t-il un genre d'homme infirmier ?
Regard sur la présence des hommes dans les soins infirmiers.
- 64 Didier Ménard**
La professionnalisation de l'invisible
L'invention d'un métier : médiatrice de santé.
- 67 Marc Hatzefld**
Poétique du vivant
Le doute comme condition de la créativité.
- 68 Didier Ménard**
Diana et le notaire
- 70 Aïssa Lacheb Boukachache**
Infirmière des universités, non mais !
Réflexion sur le paradoxe infirmier.
- 72 Anne Perraut Soliveres**
La soumission en héritage
Les infirmières, héritières de la servitude, peinent à faire reconnaître leur savoir

4 Nouvelles de la diffusion

5 IDÉES

Jean-Pierre Peter

La médecine dans son histoire

La naissance historique de la santé publique au XVIII^e siècle fait modèle pour le contemporain.

77 ACTU

Marie Kayser

Mediator®, 34 ans plus tard, Servier nous ment encore

81 DÉMOCRATIE SANITAIRE

Marie Kayser

Le rapport Hubert

84 DÉMOCRATIE SANITAIRE

Marie Kayser

Déni du droit aux soins

85 DÉMOCRATIE SANITAIRE

Yveline Frilay

La CPAM hors la loi ?

86 DÉMOCRATIE SANITAIRE

Marie Kayser

Juge et partie

87 DÉMOCRATIE SANITAIRE

Pierre Volovitch

Une réflexion pleine de trous ?

89 LE MÉDICAMENT

Philippe de Chazournes

Experts HAS : liés ou... bâillonnés !

91 NOUS AVONS LU POUR VOUS

Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir :
Relation de l'empoisonnement perpétré en Espagne et camouflé sous le nom de syndrome de l'huile toxique de Jacques Philipponneau, *D'autres vies que la mienne* d'Emmanuel Carrère, *Délaissé* de Fred Léal et *Qu'est-ce qu'un bon patient ?* *Qu'est-ce qu'un bon médecin ?* de Claire Crigon de Oliveira et Marie Gaille.

INVESTIR DANS L'AVENIR DE VOTRE REVUE

Chères lectrices, chers lecteurs,

La revue *Pratiques* est réalisée et gérée par une équipe de soignants et non soignants entièrement bénévoles, à l'exclusion d'un secrétariat à temps partiel.

Pratiques n'accepte pas de publicité, ne jouit d'aucune subvention publique. Mais ces gages d'indépendance ont pour contrepartie la modestie de ses ressources financières.

Or, l'évolution des conditions de vente nous rend de plus en plus tributaires d'une présence active sur le Net, renforcée par des techniques adaptées de mise à disposition de nos textes à l'usage de nos lecteurs. Il nous faut donc effectuer un minimum d'investissements.

Nous continuerons à réaliser, au moyen des contributions bénévoles en nature, la plus grande part des développements nécessaires. Mais il demeure une fraction pour laquelle des sous-traitances techniques extérieures sont inévitables. C'est le sujet de cet appel.

Nos projets couvrent :

- des améliorations de la maquette du site ;
- la mise en téléchargement de nos abonnements électroniques ;
- la mise en téléchargement de nos numéros épuisés ;
- la consultation de nos archives - 50 numéros, 1 500 articles fléchés par auteurs et mots clés.

Aidez-nous à franchir cette étape : dans un monde en rapide évolution, la survie de notre, de votre revue est à ce prix.

Merci à toutes et tous.

La Rédaction

BULLETIN DE SOUSCRIPTION

à renvoyer à

PRATIQUES

52 rue Gallieni, 92240 Malakoff

Mes coordonnées :

Nom : Prénom :

Profession :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Tél. : Fax :

E-mail :

Je souscris par chèque, à l'ordre de « Souscription-Pratiques », le montant de mon choix

(un reçu me sera adressé à réception de mon règlement)

La médecine dans son histoire

L'histoire de la naissance d'une médecine de santé publique au XVIII^e siècle nous donne des leçons pour la période actuelle : un sens de l'intérêt collectif, qui nécessite la proximité avec les patients.

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

SHistoire de la médecine, SSanté publique, SPolitique de santé

Tout a commencé pour moi il y a maintenant un demi siècle. Je souhaitais me consacrer à l'histoire du temps présent, choix peu courant à l'époque. C'est ainsi que je suis entré à l'École des Hautes Études. Son président, Fernand Braudel, me l'avait proposé. Il cherchait à recruter de jeunes chercheurs dégagés de l'esprit universitaire traditionnel. Emmanuel Le Roy Ladurie, historien réputé, achevait son grand livre sur l'histoire du climat. Il me parla d'observations météorologiques minutieuses de la fin du XVIII^e siècle qu'on lui avait indiquées et qui lui avaient servi, à l'Académie de Médecine, dans le site remarquable des archives de la Société royale de Médecine (1774-1792). Il m'invita à jeter un coup d'œil sur ce fonds pour une recherche éventuelle que je prendrais en main. Je découvris là ce dont rêve tout historien : une somme inépuisable de documents que personne n'avait jamais vraiment dépouillés ; des milliers d'observations dues à des centaines de médecins pertinents, mois après mois, lieu par lieu, sur le fait de la santé publique à la fin du XVIII^e siècle, sources fondamentales quant aux maladies et aux malades, aux coutumes relatives à la conduite du corps, à la vie quotidienne des campagnes, bourgades et villes, dans tout le royaume ; au climat aussi... Enthousiasme de ma part, et début d'un travail passionnant. C'était en 1966. Je suis devenu historien de la médecine.

Les écueils d'une approche trop abstraite

J'ai d'emblée découvert qu'au langage propre de ces documents, je ne comprenais à peu près rien. Ancienne médecine... Conceptions, pensée, savoirs, vocabulaire tout autres que ne sont les nôtres désormais sur le fait des sciences du vivant – biologie, physiologie, pathologie. J'ai donc eu à me former à cette médecine, de façon certes et d'abord livresque. La bibliothèque de l'Académie de médecine, toute à ma disposition, m'y a servi. Surtout, son fonds ancien, très riche (depuis les textes grecs antiques jusqu'aux ouvrages du XIX^e siècle), m'a permis d'effectuer à rebours le passage des conceptions actuelles à celles qui peuplaient les textes des observateurs attentifs qu'avaient été ces médecins du temps des Lumières, « Correspondants » de

la Société de médecine, choisis et établis sur tout le territoire, ayant mission royale de rendre compte, mois après mois, de la situation sanitaire en chaque lieu, de contribuer à dessiner de ce fait les cadres d'une naissante politique de santé publique.

Peu à peu, ce faisant, m'est apparu et m'a déçu une sorte de travers propre à nos ouvrages modernes d'histoire de la médecine à l'égard de ce long passé. Quelles qu'y soient les analyses érudites consacrées aux périodes successives et aux grandes figures de la médecine, de l'Antiquité à nos jours, elles n'évitent jamais, concernant les traces que nous avons de leur pratique ou de leurs idées, de mesurer en quoi celles-ci laissaient ou non présager les conceptions rationnelles auxquelles nous sommes

« Le médecin est engagé, sur le terrain, dans un rapport concret avec les aléas du corps des autres. »

parvenus (la « vraie vérité » !) ou, pire, en quoi elles leur tournaient le dos. Nombre d'études dont nous disposons se sont ainsi étroitement fondées sur des Traités de médecine, absorbées par leurs contenus théoriques, et ont ronronné à ce sujet avec une sorte d'excitation à détailler les complexités subtiles de tel ou tel système de pensée produit par certains grands ou moins grands noms du panthéon médical. Soit une approche strictement abstraite

des systèmes doctrinaux, réduisant de ce fait la médecine à ses seules constructions théoriques anciennes, à ses abstractions et clôtures verbales – à ce dont Molière avait moqué les bizarreries et les excès. Et l'on isole en contrechamp, comme des champignons survolant les contraintes du temps, lumières dans les ténèbres, figures d'une science intemporelle, les noms des héros qui ont reconnu quelque dispositif, quelque loi relevant aujourd'hui de l'espace du vrai... À trop se fixer sur deux millénaires de traités théoriques, ces études ont tendu à faire oublier ce qu'est la nature profonde de l'engagement médical, dont la collection hippocratique l'est pourtant si fort, et confirme, la haute dignité. Le médecin est engagé, sur le terrain, dans un rapport concret avec les aléas du corps des autres.

Un trésor d'observations quotidiennes

Dans les correspondances envoyées chaque mois par chacun des praticiens, je découvrais le trésor d'observations quotidiennes concrètes – sur un cas,

Jean-Pierre Peter,
A.M.J. de
Puysegur : un
sommnambule
désordonné,
Ed. Les
Empêcheurs
de penser en
rond, Paris,
1999.

.../...

.../... sur un type de maladie, sur les conditions sanitaires locales, sur les effets de l'alimentation populaire – tout le réel de la pratique. Or, face aux difficultés que leur opposaient le terrain, les circonstances et les cas, les rédacteurs ne cessaient d'y témoigner de l'inutilité pour eux des grands systèmes doctrinaux. Ces manuscrits m'ont ainsi conduit à mieux saisir la spécificité et la dignité de l'engagement médical. Ces médecins, chacun attaché à un terrain sanitaire délicat, instruits par l'expérience de l'inadéquation des approches théoriques, assumaient sans faille et incarnaient, vingt siècles au-delà, l'héritage de la leçon hippocratique. Certes, leurs observations restaient marquées par la terminologie théoricienne d'auteurs et de doctrines antérieurs. Ils allaient au-delà. Demeuraient pour eux primordiaux l'établissement et le souci de la relation du médecin au malade. À chaque malade, reconnu dans la particularité de sa personne, de son mode de vie et de travail, perçu dans les caractères propres de ses appartenances communes (village, métier, coutumes, croyances), ils ne manquaient pas d'attacher une attention singulière, surtout aux plus dénués des campagnes, des bourgs et des villes (à leur sujet ils avaient en tête, si je puis dire, les leçons de Voltaire et Rousseau), comme à de plus aisés. J'ai pu noter combien, face à des situations épidémiques redoutables ou lors de disettes dont les victimes sont d'emblée les plus déshérités, certains de ces médecins ont réagi avec détermination, n'hésitant pas, assurés d'être appuyés par l'autorité royale, à commander des saisies sur le grenier et le bétail de tel ou tel noble châtelain « indifférent au malheur de ses vassaux. »

Mais pour l'essentiel, ils s'efforçaient (non sans grogneries injustes sur les préjugés ou croyances « archaïques » des populations rurales) et se donnaient à tâche, avec raideur ici ou là, d'éduquer ruraux et modestes citadins à une conduite plus attentive de leur santé, par l'hygiène, la prévention envers les causes d'insalubrité, par l'élargissement de la ressource alimentaire – ainsi, de convertir les campagnes à la culture des pommes de terre. Se dessine là, dans leurs écrits et dans leurs champs d'interventions (les mêmes idées avaient déjà pris cours en Hollande, Prusse et Autriche), une perspective d'administration médicale des corps et de l'environnement. Ici se concrétise sur le terrain un souci de la santé publique, non sans une certaine rudesse chez ces praticiens vis-à-vis des résistances culturelles et coutumières qui leur étaient opposées. Première esquisse, voilée, contrariée, mais amorcée, d'un pouvoir médical naissant, qui se donnait

pour horizon une médecine sociale, soit une part à prendre, contraignante mais prometteuse, dans le gouvernement des hommes.

Il est intéressant de remarquer que ce processus de gestation d'une médecine accédant à des responsabilités générales s'est engagé au moment même où l'épuisement des systèmes doctrinaux tout abstraits faisait renaître et remobilisait la simplicité intelligente, la rigueur primitive de la leçon hippocratique. Elle prenait du large par un retour aux sources. Dans le nouveau monde médical issu de la révolution anatomoclinique, cet héritage assurera ce qui constituait au XIX^e siècle les caractères et qualités spécifiques du médecin de famille.

Des conduites de proximité

Je désigne là un judicieux édifice de savoirs et de conduites de proximité. Au premier chef, l'établissement d'une relation, au lit du malade, c'est-à-dire avec une personne, un être identifiable à nul autre qu'à lui-même, et dont la vie, le travail, les goûts,

la sensibilité, l'habitat et les mœurs, les circonstances environnantes ou récentes doivent être connus pour jauger les éléments qui en ont déséquilibré le cours. À cet être tout spécifique, le médecin se doit d'appliquer le fond de connaissances, d'expérience et de jugement rationnels qu'il détient, à mesure qu'il s'est attaché à questionner, regarder, palper, renifler – et réfléchir. Il s'est tout entier engagé dans la personne de son malade, se tient ouvert à lui, mais sans s'y fondre. Pas de connaissance sans proximité, mais non plus sans distance ; cependant une distance sensible. La distance

qui symbolise ce en quoi l'homme de l'art a la charge spécifique d'être le comptable des valeurs de la vie dans la cité. Se révèle, dans ces textes, une véritable finesse d'observation et d'attention pertinentes, authentiquement médicales, envers tout ce qui compose le caractère physique et moral d'une personne au plus intime. Aussi, ces observateurs attentifs ne méritent-ils pas le mépris hautain dans lequel on les a tenus un siècle au-delà et à présent encore, jaugés à l'aune de ce qui s'est constitué depuis au croisement des sciences fondamentales, dont rien ne permet d'estimer qu'ils auraient dû en deviner déjà les critères et les contenus. J'atteste plutôt combien nombre d'entre eux savaient faire avec un rhumatisme douloureux, une dangereuse fièvre atypique, une grippe mauvaise.

Se perçoit aussi la valeur de certaines intuitions dont témoignent les procédures, certes étranges à nos yeux, et le langage propre de cette médecine, relativement à ce qu'elle tentait de prendre en compte. Pour parler vite, rappelons que le système des

« Le médecin se doit d'appliquer le fond de connaissances, d'expérience et de jugement rationnels qu'il détient, à mesure qu'il s'est attaché à questionner, regarder, palper, renifler – et réfléchir. »

« humeurs » mettait l'accent sur l'importance des échanges intérieurs, sur les interactions de l'être avec le milieu extérieur (sympathies, correspondances), sur l'union intime, voire l'identité foncière de l'esprit et du corps. C'était animé et au fond, cohérent. L'ère de la clinique a évacué tout cela, et pour longtemps. Il a fallu ensuite le long processus de dégagement de l'endocrinologie, la découverte des hormones, la définition d'un milieu intérieur et du métabolisme, il a fallu l'introduction de la psychanalyse, l'expérience des troubles psychosomatiques, pour que notre médecine retrouve lentement une réalité qui inclut le tempérament du malade, la notion de terrain, l'évidence d'équilibres et de déséquilibres, de grandes régulations, le rapport de l'être à l'univers (les hormones ne sont-elles pas chimiquement identiques tout au long de la chaîne du vivant, des hommes aux plantes et aux organismes les plus élémentaires ?).

Ainsi reprenons-nous conscience de ce qui fut la dignité de cette connaissance ancienne, dans ses erreurs et ses bizarreries mêmes. Elle n'était, certes, qu'une métaphore du réel (nos sciences, d'ailleurs, ne le sont-elles pas encore aussi ?), mais non dénuée d'efficacité et, pour user d'une expression de Lévi-Strauss, « bonne à penser » ; dans cette mesure aussi, bonne pour soigner. Il n'est pas besoin de questionner longtemps pour retrouver chez chacun, en tout malade, les catégories principales de ce sentiment de notre corps qui (les médecins généralistes de famille, dont quelques-uns subsistent, le savaient bien) a de grandes vertus opératoires. Vertus d'alliance de l'esprit, chez le malade, avec les forces et les ressources qui en lui peuvent se mobiliser pour la guérison, pour la vie, ou pour l'acceptation de la mort à son moment.

Des enjeux actuels

Resterait à parcourir le champ des domaines, problèmes et enjeux actuels que cette fréquentation de la médecine prémoderne a ouverts pour moi. Je ne peux qu'en évoquer certains, succinctement.

La relation médecin-malade : la refondation de la profession médicale dans les années 1802 et 1803, avec la prééminence prise par la formation puis la carrière hospitalières, le développement parallèle de la méthode, de l'esprit et de la pratique anatomocliniques, les grandes avancées ensuite de la science médicale (anatomie, physiologie, biologie, etc.), bien d'autres facteurs de progrès, vaccinations, radiologie, toute l'évolution technique et scientifique, sans parler des ajustements successifs de la pratique et des statuts de l'exercice professionnel (le paie-

ment à l'acte, par exemple, et ses conséquences sur le climat propre de la consultation), enfin les lois sociales et la généralisation de la Sécurité sociale, tout cela a considérablement modifié la nature de la relation du médecin à la personne qui vient à une rencontre sans toujours la trouver, particu-

« La douleur, ainsi connue, évaluée, prise dans un discours attentif et cohérent, fut du même coup comme enrobée dans le langage. On la parle. On ne la saisit pas. »

lièrement dans le rapport au corps et à la parole. Plus vraiment d'auscultation ; les instruments, les grandes machines s'en chargent. On existe plus sur l'écran que dans son propre corps, et fort douloureusement dans l'abandon silencieux des réanimations. Vaste domaine, importantes questions dont nous sommes tous conscients, quelle que soit la difficulté d'y trouver réponse cohérente. Alors, urgence : reprendre contact avec le précieux et sensible héritage de vingt-cinq siècles de pratiques, de savoirs et d'engagements au service du vivant en qui la vie vacille, cela aide à prendre la mesure de cette actuelle aporie : la maîtrise scientifique et technique corrélée à l'effacement et oblitération de l'être... ; une concrétisation de l'impensable !

La douleur : ce fut l'un des objets durables de mes investigations d'historien ; sa présence constante, universelle ; la certitude médicale de sa fonction de signe, qui la rend nécessaire comme témoin : ne pas la supprimer, elle sert de guide et de mesure ; la guérison l'effacera. De rares exceptions. Ambroise Paré, sensible à la douleur des blessés, particulièrement sur les champs de bataille, soucieux de la reconstitution des tissus, substitue la délicate ligature des vaisseaux à la cautérisation par l'huile bouillante ou le fer rouge. Pour le reste, réserve. Mais l'historien peut deviner, dans les campagnes, par certains signes, l'usage de plantes sédatives (pavot, ciguë, jusquiame, écorce de saule) que l'Eglise, dès le haut Moyen-Age, avait condamnées comme sorcières. Du XVI^e au XVIII^e siècle, une imposante série cumulative de Traités sur le sujet, descriptions très minutieuses des formes et des degrés de la douleur – catalogues infinis, d'ailleurs remarquablement descriptifs et parlants. Mais la douleur, ainsi connue, évaluée, prise dans un discours attentif et cohérent, fut du même coup comme enrobée dans le langage. On la parle. On ne la saisit pas. On ne soulage qu'avec réserve, on s'en tient à distance. A particulièrement retenu mon attention le refus général, durable et buté de l'anesthésie chirurgicale par le corps médical. Les opérations sont faites à vif. Pourtant, dès 1772, le protoxyde d'azote était connu dans ses propriétés apaisantes, en inhalation. Puis avaient été successivement mis à disposition l'éther sulfurique (1792), la morphine (1806), précisés ensuite dans leurs capacités anal-

.../...

.../... gésiques, sédatives, anesthésiques. Enfin le chloroforme (1834). Parallèlement s'accroissait l'affirmation d'une positivité de la douleur. Persévérait le refus moral d'opérer sur un sujet endormi, donc inconscient. Il fallut l'initiative financièrement profitable d'un chirurgien américain pour que survienne, en Europe, une conversion immédiate (1846), mais bien tardive.

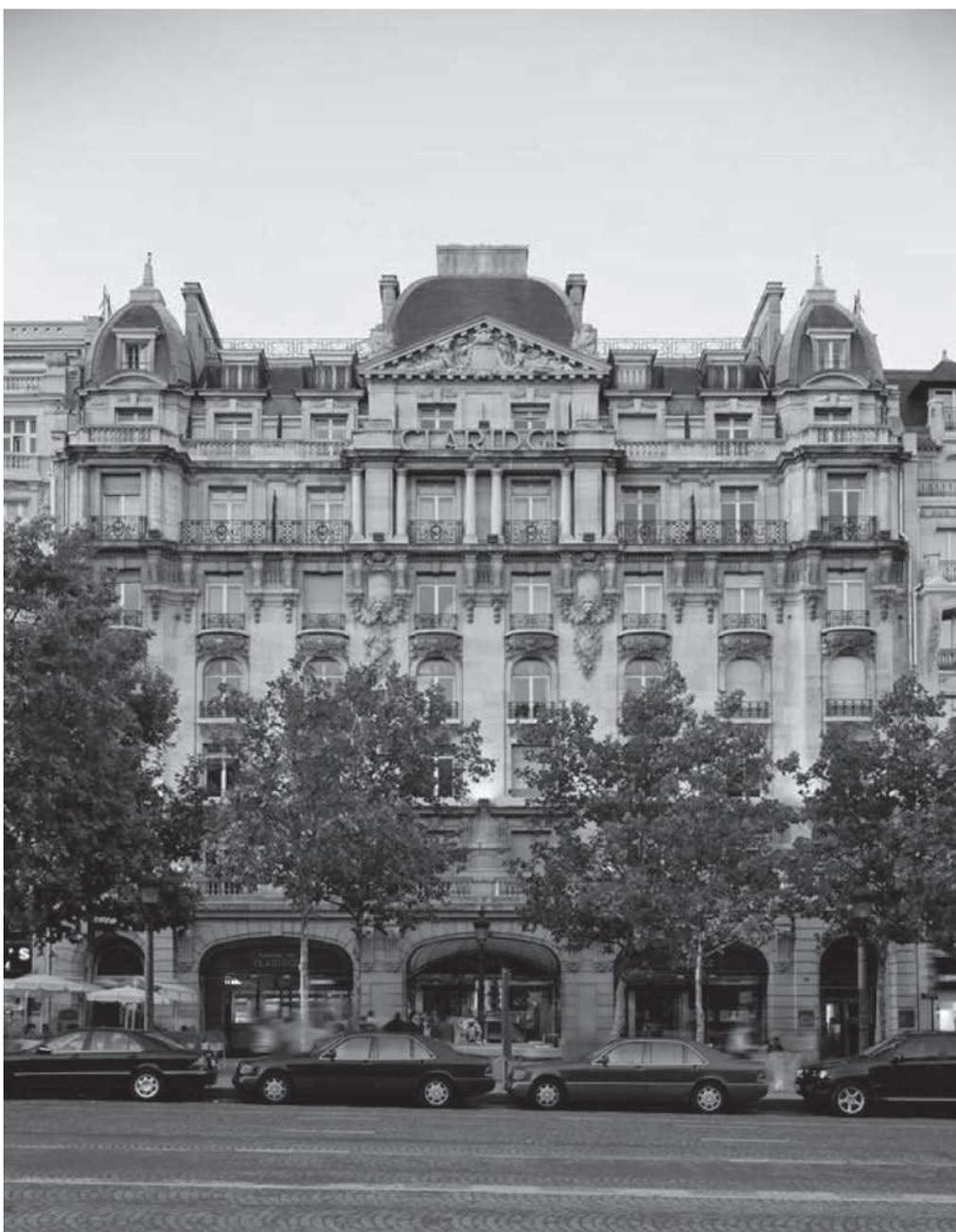
Ces antécédents et ce que j'en ai compris m'ont conduit à entrer dans le débat par un engagement plus militant au sujet de la douleur et des actions propres à en diminuer l'impact en divers espaces médicaux. L'état présent de la question, quels que soient de réels changements, réserve à qui s'en informe, mois après mois, des surprises cruelles.

Le magnétisme animal et l'hypnose : lorsque vint à Paris le médecin viennois Anton Mesmer (1778), introducteur de cures dites « magnétiques », les médecins de la Société royale manifestèrent dans leurs correspondances une vive curiosité, relayée peu à peu par une déception puis un rejet. J'en fus curieux moi-même, et m'occupai de m'en instruire. Immense domaine, long travail. Le meilleur fut pour moi de découvrir l'importance, rarement reconnue, du marquis de Puységur, colonel d'artillerie puis général, disciple tardif qui eut l'étonnement de produire, sur certains malades, non plus des effets de transe nerveuse, mais de sommeil induit et lucide, le sujet endormi engageant avec le soignant un dialogue curatif efficace (1784). Ce fut pour moi une longue recherche, m'y faisant un devoir de la plus grande rigueur. J'y éprouvai combien l'intérêt pour un tel domaine peut susciter de méfiance.

C'est en homme des Lumières que Puységur s'est assigné à ces expériences, et dans le souci de faire progresser les savoirs et la science. Ces capacités des sujets, entrés en somnambulisme artificiel, il en attribue l'apparition à une instance intérieure qui ne peut se manifester chez un malade que pour autant que le sommeil magnétique l'a détaché de tous ses sens ordinaires. Ce sens interne prend le relais, et mobilise toutes les ressources de l'âme. Cette aptitude fait du somnambule le support actif d'un

échange généralisé entre les hommes, les choses et lui. Grâce à cette ouverture soudaine, le sujet se répare lui-même dans son esprit et dans son corps.

C'est pourquoi Puységur fut constamment attentif, avec ses malades, à les laisser parler dans leur état d'hypnose (ce vocable est plus tardif) et à les écouter. Ce sont eux qui savent. C'est bien ce qui l'impressionne, et lui fait réprouver vivement tout recours à la « suggestion ». Face à un malade dont les troubles consistent pour une part en une baisse de son autonomie, Puységur se contente de diriger vers lui un mouvement de sa propre volonté active, offerte comme une force mise à la disposition de celui qui en manque, et capable de réanimer en lui sa propre puissance de vie. C'est ce qui, à mon sens, fait de l'épisode puységurien un moment intéressant de l'histoire des libertés. Une première prescience aussi, bien avant Freud, du domaine de l'inconscient. Parmi les pages les plus fécondes figurent celles qui nous restituent les dialogues de Puységur avec le jeune Alexandre Hébert, un enfant psychotique de douze ans qui, dans ses crises, se lançait la tête contre les murs au risque de se tuer. Ce fut, de l'été 1812 à l'été 1813, une des plus marquantes tentatives de thérapie du marquis, alors âgé de plus de soixante ans. Acceptant que cet enfant vécût jour et nuit auprès de lui pendant plusieurs longs mois (Alexandre partageait sa chambre), prenant en charge des crises délirantes à peu près quotidiennes, Puységur les suspendait par la mise en sommeil magnétique, et dialoguait alors avec la part lucide du garçon endormi mais vigile, avec sa conscience raisonnable. Il l'amena ainsi à négocier pas à pas son libre, progressif et difficile retour à une meilleure disposition de soi. Il sut et put faire se retrouver, chez l'enfant, l'être sensé, longtemps reclus dans l'espace dérangé de sa déshumanité. En fait ce fut, en ce qui concerne les désordres mentaux, la première psychothérapie par la parole réalisée dans l'espace européen : un pari sur les potentialités de l'écoute, du dialogue, permis par le magnétisme et l'état de somnambulisme artificiel, pour rasseoir la raison encore présente dans un esprit dissocié. ■



C'était au mois d'août 1998, sur l'avenue des Champs-Élysées, à Paris. Sur le chemin de son domicile, Diane s'arrête pour faire une course au Monoprix. « Je l'ai vue au fond du magasin, adossée au mur. Une jeune femme maigre, vêtue d'un tablier, se souvient Diane. Deux enfants d'une dizaine d'années la bouscullaient, la poussaient, lui criaient dessus. Et elle, elle pleurait. » Diane s'approche de la jeune femme. « Je lui ai demandé si ça allait. Les enfants l'on tirée loin de moi. Dans la file des caisses, ils ont continué à la martyriser. Autour, les gens regardaient ailleurs. » Diane décide de suivre la jeune femme et les enfants. Ils pénètrent dans un grand hôtel, à quelques pas de là. Diane contacte le CCEM. Des membres du comité se rendent sur place, accompagnés de policiers. La jeune femme maigre du Monoprix s'appelle Amina. Elle est originaire d'un

petit village du Sri-Lanka. Un an plus tôt, elle a accepté l'offre d'un « recruteur ». Dans l'espoir de gagner de l'argent pour nourrir ses trois enfants, elle l'a suivi jusqu'au Liban. Là, elle est entrée « au service » d'une famille de diplomates. « Je l'ai accompagnée à l'hôpital, raconte Diane. Elle était couverte de bleus. Elle nous a dit que sa patronne la battait, que les enfants la frappaient. Pendant un an, elle a vécu rouée de coups, travaillant de six heures du matin à minuit, sans repos, sans salaire. » Trois semaines après la scène du Monoprix, Amina est repartie dans son pays. Sous la pression de leur ambassade, les diplomates ont accepté de lui verser une indemnité. Puis eux aussi sont repartis.

Retrouvez en 2^e de couverture la présentation de l'artiste et de l'auteur des textes accompagnant les photos.

Invisible ?

Le terme « invisible » recouvre ici non seulement ce qui nous échappe, mais aussi ce qui est invisibilisé socialement, ce que nous ne regardons pas. Si une part essentielle du contenu du travail est toujours invisible, celui des femmes reste exemplaire d'un ostracisme qui perdure depuis la nuit des temps. L'assignation de « genre », construction éminemment culturelle, maintient les femmes à l'ombre d'un pouvoir masculin qui les délègue aux aspects les moins valorisés des activités humaines. Elles assument encore aujourd'hui l'essentiel des fonctions liées à la survie de l'humanité et à la construction du lien social. Aborder la question « féminine » et son « invisibilité » à partir du soin interroge bien au-delà du soin lui-même. Lieu privilégié d'observation des mouvements de société, l'univers des soins est majoritairement habité par les femmes.

Les femmes ont toujours tenu un rôle central et reconnu dans la famille en assurant au quotidien la prise en charge des enfants, des plus âgés dépendants, ainsi que de l'intendance du foyer. Cependant, on ignore le plus souvent leur influence sur la pacification des peuples. Dans le monde du travail, il leur est toujours difficile de revendiquer leur juste place et de la voir reconnaître, ne serait-ce que par une rétribution égale à celle des hommes. —

De quelques dimensions de l'invisibilité des soins

Le travail des soignants, celui qui a pour objet de soigner et /ou de prendre soin de la personne, est-il particulièrement invisible, et pourquoi ?

■ **Françoise Acker**, sociologue, EHESS – Cermes3, Centre de recherche médecine, science, santé, santé mentale et société
■ **Paulé Bourret**, sociologue, cadre de santé, Institut de formation des cadres de santé du CHU de Montpellier

Une grande partie des professionnels du travail « sur autrui », ou plutôt « avec autrui » déplorent que leur travail ne soit pas « reconnu », pas pris en compte comme il le faudrait, qu'il semble invisible. Mais est-ce l'ensemble du travail qui est invisible ? Quel travail ? Un travail réalisé par qui et pour qui ? Le travail en général, le travail de soins en particulier se caractérisent par de multiples formes d'invisibilité, mouvantes, et qui se combinent de nombreuses façons.

De l'invisibilité du travail en général

Pour Star et Strauss, la visibilité et l'invisibilité du travail sont dialectiquement liées. S'intéresser à une écologie du travail visible et invisible conduit à étudier le travail et son inscription dans son environnement, à analyser les rapports entre le travail et cet environnement, ainsi que la visibilité qui en découle. Dans toute société, dans toute organisation, ce qui compte comme travail est une question de définition. La question est alors de savoir qui déclare qu'une activité constitue un travail, peut avoir le statut de « travail » et d'autres pas.

Ceci donne lieu à des discussions, à des négociations ou à l'imposition d'un point de vue, celui des groupes dominants le plus souvent. Ce qui compte comme travail pour les uns ne compte pas pour d'autres. On en a vu un exemple lors de la mise en place des 35 heures, des discussions sur le travail « effectif »... Ce qui compte pour les médecins, pour les infirmières, ne compte pas forcément pour les gestionnaires, ce qui compte pour les infirmières ne compte pas forcément pour les médecins, ce qui compte pour les malades ne compte pas forcément pour les différents professionnels qu'ils rencontrent. Cela renvoie à des intérêts différents pour les tâches – identifiées, attendues, ou non –, intérêts qui ren-

voient eux-mêmes à des mondes sociaux différents. Notre culture, notre formation professionnelle et notre monde d'appartenance nous ont conduits à développer certaines compétences à déchiffrer le monde, mais nous ont aussi doté d'incompétences à en appréhender certains aspects (Zerubavel). Notre façon de reconnaître ce qui constitue un travail est socialement et professionnellement apprise et nous conduit à ne pas reconnaître certaines actions comme un travail. C'est le cas notamment des tâches dont les professionnels ne parlent pas spontanément, « parce que cela va sans dire », parce que « ça va de soi ». Ces types de travail renvoyés au silence sont en même temps souvent ceux qui témoignent d'une façon de conduire son travail que les professionnels voudraient voir reconnue.

Le travail salarié est un travail qui se définit par un temps échangé contre rémunération. Cette dernière correspond à une quantité de travail. Les « actes » des professionnels de santé, leur valeur « marchande » se définit ainsi. Mais en même temps, tout travail fait l'objet d'une simplification, d'une rationalisation – dont l'approche taylorienne encore bien présente – qui tend à contenir, voire à dénier l'intelligence du travailleur et son expertise, en définissant le travail de l'extérieur.

« Des *guidelines*, des protocoles, des guides de bonnes pratiques encadrent de plus en plus l'activité, y compris l'activité soignante. »

Aujourd'hui, de nouvelles formes d'organisation et d'évaluation du travail contribuent à accentuer l'invisibilité de certaines de ses dimensions. Des *guidelines*, des protocoles, des guides de bonnes pratiques encadrent de plus en plus l'activité, y compris l'activité soignante. Ces façons d'organiser le travail opèrent des découpages en fonction des acquis de la science et d'une gestion à distance du travail et de ses risques. Ces outils définissent des modes opératoires.

toires pour des entités stabilisées, et en toute généralité. Le travail est dans ce cas considéré comme contrôlé d'avance.

Mais ces découpages ne se superposent pas aux exigences du travail de l'opérateur dans une organisation, une situation donnée. Ce dernier doit en fait recombinaison ses différents savoirs, arbitrer entre plusieurs règles et des exigences multiples, ce qui l'oblige à établir des priorités. La mise en avant du travail prescrit comme seul travail « légitime », qui fera l'objet d'évaluation – notamment sur l'écart entre travail prescrit et travail réel – peut renvoyer certains types de travail à la clandestinité.

Évaluer, c'est sélectionner un certain nombre d'éléments constitutifs du travail, de certains types de travail en faisant plier la réalité pour qu'elle s'intègre à une logique prédéterminée. Et c'est penser que l'on a traduit cette réalité en la chiffrant. Les indicateurs habituellement mobilisés pour décrire l'activité représentent celle-ci d'une façon « extérieure », dans ses dimensions les plus objectivables (effectifs, actes effectués, équipements mobilisés...) et dans des catégories bien stabilisées (conventions). Mais si ces indicateurs peuvent alerter sur des diversités de pratiques (mesurées à partir d'eux), ils n'apportent pas, à eux seuls, les éléments qui les expliquent. S'intéresser aux résultats et non aux processus effectifs conduit à ne pas prendre en compte l'exigence de mobilisation de soi physique, cognitive et intellectuelle exigée pour atteindre la performance exigée. L'intérêt se porte moins sur l'ensemble du travail que sur la vérification des résultats et des performances.

Ce qui est occulté dans les démarches de rationalisation, de simplification, de segmentation du travail et de décomposition des tâches, dans les formats de prescription et d'organisation du travail, de diversification des intervenants, ce sont les multiples formes de l'intelligence au travail et l'invisible mais indispensable travail d'articulation, travail entrepris pour que le travail alloué soit faisable, et si possible tenable.

Le travail d'articulation, c'est le travail qui ramène les choses sur les rails face à ce qui est inattendu et qui modifie l'action pour s'accommoder de contingences inattendues. Ainsi, les infirmières déploient un travail qui a non seulement pour objet de pouvoir poursuivre le travail en cours, prévu, mais aussi un travail de rattrapage (après erreur...). Ce travail a pour fonction d'assurer la fluidité de l'ensemble du travail de soins et constitue un travail pour l'institution autant que pour le malade. Ce travail pour l'institution est rarement pris en compte, alors qu'il permet à l'institution de fonctionner, notamment dans le cadre de temps plus contraints, imposés sans porter atten-

tion aux effets d'une temporalité essentiellement définie en fonction d'une durée d'actes additionnés ni au travail d'articulation en augmentation. Cette activité de mise en cohérence représente une part importante du travail des cadres de santé. Une partie de leurs actions vise à rattraper des oublis, des actes qui échouent, des situations qui se dégradent. Ce travail de « rattrapage » nécessaire pour que les équipes puissent travailler « malgré tout » est passé sous silence. Parfois, les cadres eux-mêmes le disqualifient, considérant que ce n'est pas « un vrai travail ». Le travail d'articulation est particulièrement invisible aux modèles rationnels du travail parce qu'il remet en cause la toute puissance de l'approche rationnelle. Prendre en compte le travail d'articulation aurait pour effet de fragiliser le tout formalisé, le tout sous contrôle, le tout anticipable et anticipé.

Division du travail et invisibilité du travail

La visibilité du travail est aussi fonction du statut et de la place des travailleurs dans l'organisation sociale du travail. La visibilité est alors liée au prestige de la fonction, à sa place dans l'échelle hiérarchique, sa valeur sociale. Les médecins sont plus visibles que les infirmières, elles-mêmes plus visibles que les aides-soignantes, qui le sont plus que les aides à domicile...

Une certaine invisibilité du travail des infirmières est à rapprocher de celle observée par Shapin pour le travail des techniciens de laboratoire au XVII^e siècle. Il a noté que les techniciens et leur travail étaient très rarement mentionnés dans les écrits scientifiques. Comment expliquer cela ? Ce sont pourtant les techniciens qui effectuaient le travail de préparation des matériels nécessaires aux expériences et qui faisaient des observations, et des enregistrements pendant le déroulement des expériences. Ce sont des tâches qu'accomplissent aussi les infirmières aujourd'hui. Il a été possible d'occulter ce travail parce que sa dimension instrumentale paraissait sans importance dans la production des savoirs. Les techniciens exécutaient le travail demandé par leurs maîtres et ne pouvaient pas légitimement apparaître comme les auteurs des écrits scientifiques. Le maître avait l'autorité, commandait le travail qualifié, définissait les frontières entre savoir-faire et savoir, et le travail des techniciens était inclus dans celui des scientifiques, ces derniers parlant pour eux et recouvrant leurs voix. Le modèle individualiste de l'activité scientifique explique aussi le phénomène d'occultation du travail des techniciens. La science est produite par un scientifique solitaire en contact avec la réalité ou ses sources d'inspiration. Ce modèle ne rend pas justice de la complexité et de la dimension concrète du travail scientifique,

« Le travail d'articulation est le travail qui ramène les choses sur les rails face à l'inattendu. »

.../...

.../... de son organisation, de la division du travail sur laquelle il repose. Il en va de même pour le travail médical et son organisation sociale.

Les effets peu visibles des rationalisations et réorganisations du travail

Aujourd'hui, le travail médical et de soins est un travail de plus en plus distribué entre des professionnels de plus en plus spécialisés. Mais, au-delà de l'appel à une coopération entre professionnels, à une interprofessionnalité qui semblerait aller de soi, sans conflit de territoire, de frontières, de conception du travail à réaliser, que reconnaît-on du travail nécessaire pour que cela puisse se faire ? La mise en place de coordinateurs, qui témoigne d'une certaine prise en compte des effets de la segmentation des parcours, des prises en charge, peut-elle tout résoudre ? Quels sont les transferts de tâches qui s'opèrent entre professionnels, quelles sont les tâches, les attentions, les façons d'entrer en relation, de suivre la personne malade, qui ne peuvent pas être déléguées ? Peut-on déléguer le souci de l'autre ? Peut-on ne pas être attentif à certaines demandes, à certaines difficultés, au moment où elles s'expriment, au motif que cela relève de la compétence d'un autre professionnel, alors que le problème est prégnant, peut empêcher le soin lui-même ? Question à laquelle sont confrontés tous les professionnels de première ligne des secteurs de service, les professionnels de la santé en particulier.

Le travail de soins : soigner et/ou prendre soin

Peut-on réduire la question du « prendre soin » à une approche complémentaire de celle qui serait de « soigner » ? S'agirait-il d'un travail en plus, d'un travail interstitiel comme le disent certains ? Ou bien plutôt d'une posture, d'un souci qui se traduit dans des actions, dans une modification de la configuration des actions ? Y aurait-il d'un côté des soins à l'acte, les « soins techniques », des soins liés à la mise en œuvre des prescriptions médicales, des soins liés à la maladie et à son traitement et de l'autre des soins qui correspondraient au « prendre soin » et ces types de soins seraient-ils distincts ? Correspondraient-ils à des moments distincts, à des lieux distincts ? Ces différents soins seraient-ils dispensés par des soignants distincts ? Prendre soin de l'autre se concrétise dans des actions qui semblent aller de soi, qu'on fait en faisant, mais qui, de ce fait, sont peu discutées collectivement. Le souci du patient est peu visible parce qu'il se déploie selon un processus continu, celui du souci de la situation d'une personne et parce

qu'il se traduit dans des actions imbriquées dans d'autres, de natures différentes (Davies 1994). La cohérence des actions est liée à cette préoccupation continue, à la compréhension de la situation dans son contexte local et au souhait de répondre aux attentes de la personne malade. La visée du « prendre soin » se déploie au cours de l'ensemble du travail de soin, elle en constitue l'horizon en même temps que le fil conducteur. Mais cette visée fondamentale, les actions qu'elle génère n'ont que très peu de visibilité institutionnelle, surtout lorsque cela se traduit par des « petits riens » : installation du malade visant à soulager un inconfort, discussions et négociations avec la

famille pour la suite de la prise en charge, appel à l'assistante sociale ou projet d'accompagnement du malade, objectifs de progression qui ne figurent pas dans le dossier, mais peuvent éventuellement être partagés avec des collègues...

On a donc affaire à un temps continu du souci de l'autre et à un temps discontinu des actions spécifiques qui y correspondent.

Cette visée prend forme dans un cadre organisationnel et institutionnel où se rencontrent des

approches professionnelles, managériales, des attentes des patients qui façonnent aussi l'objet du travail de soin.

« Prendre soin de l'autre se concrétise dans des actions qui semblent aller de soi, qu'on fait en faisant, mais qui, de ce fait, sont peu discutées collectivement. »

Un travail de soins occulté par différentes couches d'invisibilité

Certains types de travail sont enfouis sous des couches de silence (Strauss & Star), qui traduisent l'empilement de facteurs d'invisibilité ou de faible visibilité du travail.

Le travail de soins, travail professionnel et marchand, partage avec d'autres types de travail salariable les dimensions intrinsèquement invisibles de ce travail. Les infirmières occupent une position intermédiaire dans l'organisation sociale du travail médical. De ce fait, l'attention portée par les institutions à leur travail (et à leur fonction ?) n'est pas sans rappeler la faible attention portée au travail des techniciens de laboratoire au XVII^e siècle mentionnée plus haut.

Le travail quotidien effectué par les infirmières est occulté de la même manière. Il s'agit du travail qui a pour objet de permettre que le travail programmé par l'institution puisse se dérouler sans trop d'accrocs, sans retards ou reports qui mettraient en péril la gestion des flux de malades. Il s'agit aussi du travail nécessaire pour mener à bien leur travail de soins anticipé. Il s'agit encore du travail qui consiste à répondre aux demandes des patients lorsqu'elles s'expriment, à prendre en compte leurs craintes, leurs espérances, leurs joies

et leurs peines, à laisser advenir un monde souvent tenu à distance. Ceci est facilité lorsque les conditions pour le faire sont réunies : existence de collectifs de travail et d'un encadrement médical et soignant qui souhaite soutenir et accompagner les infirmières et l'ensemble des soignants dans ces démarches.

De plus, ce travail de soin est principalement assuré par des femmes et, de ce fait, affecté par l'invisibilité qui caractérise le travail féminin en général, le travail qui s'apparente au travail domestique en particulier. Lorsqu'en plus il s'agit d'un travail considéré comme « non qualifié », son invisibilité s'en trouve fortement augmentée. Comme le notent Star et Strauss, non seulement le travail n'est pas visible, mais la personne qui effectue le travail peut aussi devenir une « non-personne ». C'est le cas notamment du travail des aides-soignantes, des aides à domicile, des auxiliaires de vie...

Mais faut-il donner de la visibilité à tout le travail ? Est-ce possible ? Est-ce souhaitable ? La demande de visibilité traduit une demande de reconnaissance. Elle a pour but d'attirer l'attention sur l'effort consenti, sur la mobilisation de soi au plan physique, cognitif ou psychique qui passe inaperçue et est pourtant indispensable pour atteindre la performance attendue par l'institution.

Mais les directions n'ont pas envie ou intérêt à reconnaître cette part mise par chacun dans le travail, cette inventivité sans laquelle l'application stricte des procédures conduirait à l'échec.

Les professionnels n'ont pas toujours intérêt à la mettre en avant par peur d'une dépossession, d'une forme de rapt de leur savoir (cf. expérience des cercles de qualité), par peur que cette part créatrice de leur activité ne soit encadrée. La recherche d'une mise en visibilité vise plusieurs composantes des institutions. Les soignants réclament une reconnaissance des dimensions invisibles des soins – des soins aux personnes, et de l'attention portée au bon fonctionnement de l'institution – de la part des directions d'établissements, de la part de leurs pairs, mais aussi de la société.

Mais l'invisibilité du travail qui consiste à prendre soin et non seulement soigner, l'invisibilité de ce fait social total appelle peut-être que soient mises en lumière certaines dimensions des soins pour l'instant rejetées dans l'ombre par les indicateurs et autres outils d'évaluation, de codification du travail afin que puisse advenir une appréhension et une compréhension du travail de soin tel que le conçoivent et le conduisent les professionnels. Cela permettrait aussi que s'ouvre un débat sur les types de soins que la population souhaite voir se développer et se maintenir. ■

Bibliographie

- Acker F., 2010, « Prendre soin Prendre soin dans la société : une fonction sociale aux figures multiples, aux compétences distribuées, aux cadres de référence brouillés », à paraître dans Actes du colloque de Cerisy : *Prendre soin : savoirs, pratiques, nouvelles perspectives*, Cerisy, 11-21 juin 2010.
- Bourret P., 2005, *Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible*, Seli Arslan.
- Collière M.-F., 1986, "Invisible Care and Invisible Women as Health – care-providers", *Int. J. Nurs. Stud.*, Vol 23, N°2, p. 95-112
- Davies K., 1994, "The tensions between Process Time and Clock Time in Care Work. The example of day nurseries", *Time & Society*, Vol 3(3) : 277-303.
- Dujarier A.-M., 2006, *L'idéal au travail*, PUF.
- Schwartz Y., « La conceptualisation du travail, le visible et l'invisible », *L'homme et la société* /2, N° 152, p. 47-77.
- Shapin S., 1989, "The Invisible Technician", *The American Scientist*, 77, 554-563.
- Star S. L., Strauss A., "Layers of silence, Arenas of Voice : The ecology of visible and invisible work", *Computer Supported Cooperative Work* 8 : 9-30, 1999.
- Zarifian P. « Le souci éthique dans la prise en charge des activités de service ». Intervention aux journées nationales d'étude des cadres de santé, 18 janvier 2007.
<http://pagesperso-orange.fr/philippe.zarifian/page160.htm>
- Zerubavel E., 1997, *Social Minscapes, An Invitation To Cognitive Sociology*, Harvard University Press, Cambridge Massachussets.

Comment rendre le travail invisible

Histoire en trois actes

§Travail, conditions de travail,
§Femmes, Condition féminine,
Droit des femmes,
§Histoire,
§Luttes sociales, contestation

De l'antiquité au XIX^e siècle, le travail des femmes doit rester invisible, pour les empêcher d'accéder à l'autonomie et à l'égalité des droits.

I Dominique Louise Pélegrin, journaliste, écrivain

Du travail des femmes, on pourrait dire qu'il est invisible par définition. Ensuite, voir comment il s'est rendu peu à peu visible, au fil des siècles. Et comment le déni et la menace d'un retour à l'invisibilité est permanent, parce que l'invisibilité du travail des femmes n'est pas seulement un moyen de mieux les exploiter, ou de créer de la compétition en leur défaveur, mais un soubassement de l'ordre social...

Au commencement, donc : organisation de l'invisibilité, résumée par je ne sais plus quel taliban de l'Antiquité grecque : une femme bien, c'est une femme dont il n'y a rien à dire et qu'on ne voit pas. Le patriarcat répartit les femmes en catégories étanches, en fonction des intérêts des groupes dominants masculins : les esclaves qui travaillent à toutes sortes de productions, les concubines et les épouses, seules accréditées à la fabrication des héritiers mâles et censées exister le moins possible en dehors de cette tâche spécialisée. Il est impensable que les femmes forment des groupes qui s'affirmeraient par eux-mêmes, défendraient leurs intérêts et leurs moyens de subsistance. Le psychanalyste Michel Tort définit ce schéma patriarcal comme une organisation cumulant « pouvoirs, domination masculine, maîtrise de la reproduction, monopole des attributs de filiation, maîtrise des rapports mère enfant, violence sexuelle sur les femmes et les enfants, définition des normes sexuelles. » Dans ce cadre-là, comment se situe le travail des femmes ? Comme l'explique Olwen Hufton dans le tome 3 de la magistrale *Histoire des femmes* (Plon, 1994) : « On attendait des femmes des couches populaires qu'elles travaillent pour subvenir à leurs

besoins ». Les historiens nous montrent des femmes qui gagnaient leur vie souvent loin de chez elles : domestiques, colporteuses. Les jeunes filles du Forez et du Dauphiné allaient s'employer comme ouvrières du textile, dormant sous le métier de leur maître, cette main-d'œuvre bon marché expliquant le développement de l'industrie textile européenne. Comme l'a si bien montré Arlette Farge, au XVIII^e siècle, le peuple vit, gagne dans la rue ses moyens de subsistance, comme aujourd'hui dans les pays pauvres : les femmes bricolent, lavant du linge ici, vendant des légumes par là, fabriquant des gâteaux que leurs enfants vendent etc. ; « La majorité des familles européennes vivaient d'expédients, et la femme jouait un rôle déterminant », écrit toujours Olwen Hufton. Il y a eu aussi des femmes artisanes, des artistes respectées – souvent, faut-il le dire, oubliées ensuite bien plus vite que leurs homologues masculins –.

Les femmes exerçaient donc toutes sortes de métiers sous l'œil vigilant des corporations qui, selon la situation économique, les excluaient ou non de telle ou telle profession : elles avaient le droit, par exemple, de fabriquer des vêtements, ou seulement des tabliers et de la lingerie. « Au cours du XVIII^e siècle, les possibilités de travail pour les femmes s'élargissent », note toujours Olwen Hufton, « mais il est frappant de constater que dès qu'un marché s'ouvrait, le nombre des postulantes augmentait, entraînant une baisse de salaires. Le travail était alors considéré comme « réservé aux femmes » et les salaires fixés en conséquence ». C'est-à-dire globalement moitié moins que les hommes. Là, on tombe sur une question vraiment intéressante. Pourquoi, par définition, les femmes sont-elles moins payées, au Moyen-Âge... comme aujourd'hui ? Dans le cadre patriarcal, l'autonomie des femmes

« Pourquoi, par définition, les femmes sont-elles moins payées, au Moyen-Âge... comme aujourd'hui ? »

est impensable : un père ou un mari est censé leur procurer un toit, autrement dit une femme est toujours supposée ne pas travailler directement pour assurer la subsistance de sa famille ou d'elle-même, même quand elle le fait, alors qu'un homme est toujours supposé être en charge de famille, même quand il ne l'est pas.

Surtout : il est d'ordre public que les femmes ne puissent se rendre autonomes. C'est un principe fondateur, on ne transige pas. Au ^{xx}e siècle, toujours dans cette logique on parlera de « salaire d'appoint ».

Deuxième acte, 1789, la Révolution produit une rupture fondamentale qui va se traduire, contrairement à ce qu'on aurait pu imaginer, par une terrible aggravation de la situation. C'est parfaitement analysé par Geneviève Fraisse dans son livre clé *Muse de la raison*. D'abord, le contexte : désormais, tous les hommes se valent, l'aristocrate égale le paysan, égale le riche bourgeois, égale le tâcheron. Imaginez le choc, par rapport au monde antérieur où les positions s'acquièrent par la naissance, sont étroitement hiérarchisées et figées parfois depuis des siècles, avec le Roi surplombant le tout.

En 1789, les femmes jouent le jeu, réclament pour elles aussi : liberté égalité fraternité. Que croyez-vous qu'il arriva ? Juste le contraire. Geneviève Fraisse, qui a codirigé le tome 4 de l'*Histoire des femmes*, l'explique très bien : « La démocratie portait en sa structure la possibilité de l'égalité des femmes. Cette égalité a été récusée pour des raisons de principe. Les hommes ont eu peur de l'autonomie des femmes. Ils ont craint la confusion des sexes, ils ont pensé que les femmes allaient devenir des rivales, ils ont cru que la moralité allait se perdre. » Chacune de ces propositions mériterait des analyses approfondies. Disons simplement que l'acharnement contre elles a été grand (par exemple, en 1804, l'épisode d'un projet de loi « portant défense d'apprendre aux femmes à lire »). On en reste suffoqués : qu'est-ce que ça pouvait bien faire, que les femmes lisent, étudient, occupent des métiers ? La réponse est nette et sans fioritures : « Au ^{xviii}e siècle, les femmes lisent et quelques-unes écrivent », dit Geneviève Fraisse, « mais à cette époque une exception ne fait pas la règle. Au ^{xix}e siècle une femme auteur devient insupportable, parce que si elle le fait, pourquoi pas toutes les autres ? ».

Donc, à peine le germe de l'égalité semé, le ^{xix}e siècle va en rendre l'accès impossible pour les femmes. Un énorme travail théorique et juridique a été fait pour qu'elles n'aient aucun accès au pouvoir, aux savoirs, aux métiers. Donc aucune place dans la vie économique ou artistique. Pour ce faire, on a verrouillé leur incapacité juridique (« incapables » avec les enfants et les fous). On a créé une opposition qui existe toujours (partiellement) : un domaine public la citoyenneté, le travail, réservé aux hommes, et

un domaine privé, réservé aux femmes, placé hors vie politique et économique.

Pour mettre au point une organisation aussi vigoureuse, le ^{xix}e siècle va créer de toutes pièces deux personnages inventés pour les besoins de la cause, deux personnages qui n'existaient pas jusque-là : la Mère entièrement chargée de l'éducation et de la santé des enfants, et la Ménagère s'occupant entièrement de son foyer, les deux souvent confondues, évidemment. Là où les femmes des villes et celles des campagnes étaient mères et ménagères entre autres tâches, les femmes du ^{xix}e siècle sont verrouillées dans des rôles créés sur mesure, pour bloquer toute possibilité d'être autres, ou de faire autre chose.

A point nommé, les hygiénistes mettent en lumière les risques encourus par les enfants placés en nourrice, l'importance des soins matériels, l'importance d'une organisation familiale centrée autour de la mère (pardon, la Mère) tandis que tous les machos de service réactualisent les vieux discours sur la mollesse du cerveau des femmes, ces humains de deuxième zone, leur morphologie douteuse les vouant exclusivement à l'enfantement (vous trouverez l'original chez Aristote et quelques autres).

Le ^{xix}e siècle pose donc la disparition des femmes comme travailleuses, comme maîtresses dans des arts ou des métiers. « Une femme qui se met à travailler n'est plus une femme » écrivait Jules Simon en 1860. CQFD. Au ^{xix}e siècle, la femme qui travaille empiète sur l'espace public (masculin), ce qui porte atteinte à l'ordre social et à la moralité. Sauf que... c'est la période de la révolution industrielle : en réalité, les femmes travaillent, dans l'industrie, et ailleurs, comme elles l'ont toujours fait... Des milliers, des millions de gens qui ne sont pas censés exister où ils sont (les paysans sans droit en Chine d'aujourd'hui, ou les femmes au ^{xix}e siècle, c'est la même histoire, organisée avec une précision politique sans faille), mais qui travaillent quand même, c'est une situation très profitable : précarité totale et salaires très bas.

Les hommes, y compris les syndicalistes, vont défendre la vieille idée patriarcale selon laquelle un homme doit pouvoir nourrir sa famille alors qu'une femme devant nourrir sa famille est quelque chose qui n'est pas censé exister. Dans les années soixante (du ^{xx}e siècle), Jeannette Laot, première femme en situation de visibilité à la CFDT – alors encore syndicat ouvrier chrétien – rencontrera cette incompréhension quand elle posera cette question : d'accord, les femmes sont censées être au foyer, mais quid des veuves, des femmes seules avec famille à tel ou tel titre ? La revendication portée très timidement au début du ^{xx}e siècle de leur

« Au ^{xix}e siècle, la femme qui travaille empiète sur l'espace public (masculin), ce qui porte atteinte à l'ordre social et à la moralité. »

.../...

.../...

donner, à elles, le même salaire que les hommes, bizarrement n'a jamais abouti. Personne semble-t-il n'a revendiqué que les ouvriers mâles célibataires soient payés comme les femmes. N'oubliez pas qu'à l'époque, avant de monter à la tribune pour s'exprimer, la femme qui avait le courage d'être syndiquée devait demander une autorisation écrite de son mari...

Le fait que les femmes ne sont pas censées travailler est donc la base de leur invisibilité – et de leur exploitation. On voit à travers tous ces exemples qu'il n'y a aucune raison proprement économique ou sociale dans cette invisibilisation des femmes, dans cette lutte permanente pour les empêcher d'exister sur quelque scène publique que ce soit : la raison est politique, symbolique.

Troisième acte, à la suite des luttes féministes entreprises – avec quelles difficultés, et quel courage ! – dans les années 1830, et particulièrement efficaces dans la seconde moitié du xx^e siècle, les femmes semblent avoir conquis, peu à peu, les droits inscrits dans le projet Liberté, égalité, fraternité, qui, lui, est toujours d'actualité. La plupart de nos contemporains imaginent un mouvement en continuité depuis le début du xx^e siècle, vers une « émancipation » des femmes, quittant le « foyer » pour accomplir une « massive entrée dans le monde du travail » à partir des années 60... et Christine Delphy de s'étonner à juste titre que dans les représentations sociales, les femmes semblent toujours surgir d'ailleurs comme des hordes venues soudain investir le salariat (les femmes représentées comme « de l'extérieur », autre moyen efficace de les invisibiliser, de les compter pour rien dans le débat démocratique)... En réalité, plus d'un tiers des ouvriers du textile en 1900 étaient des femmes, et le moment le plus creux du xx^e siècle en ce qui concerne l'emploi féminin a été au tout début des années soixante.

Le problème, c'est que l'invisibilité des femmes dans l'histoire du travail reste invisible (même chose en politique, et avec quelle insistance, voir l'excellent travail de Marie Joseph Bertini, *Femmes le pouvoir impossible*).

A la fin du xx^e siècle, des sociologues femmes, (Margaret Maruani, Danièle Linhart par exemple) ont attiré l'attention sur le biais produit par les présupposés : par exemple, pour tout le monde, sociologues inclus, l'ouvrier type était un homme, travaillant dans la grande industrie. En réalité, l'ouvrière du textile aurait été un modèle type plus pertinent. Sauf qu'on ne l'a pas vu, on ne l'a pas vue...

Une histoire « neutre » du travail est nécessairement masculiniste, « elle ne peut être qu'aveugle, ampu-

tée, non pertinente », écrit Delphine Gardey, qui a étudié dans la période de naissance le salariat employé – dans les banques, à la poste, etc. – en cherchant à repérer « comment s'élaborent et se sédimentent certaines formes de division sociale et sexuelle du travail ». Son livre, *La Dactylographe et l'expéditionnaire*, est passionnant. A La Poste, par exemple, les femmes apparaissent parce que les hommes se révoltent contre les bas salaires. On les vire, on met des femmes, payées moins, au mois, sans primes (puisqu'on vous dit qu'elles ne sont pas censées travailler !). Le mot « féminisation » date de cette fin du xix^e siècle. Delphine Gardey montre très précisément cet entêtement à toujours différencier (les femmes ne passent pas par le même escalier d'entrée que les hommes, etc.) et dévaloriser ce que font les femmes à qui sont réservées sans humour les tâches de reproduction, les tâches répétitives conçues délibérément comme telles : « C'est parce que ces métiers sont définis comme féminins qu'ils perdent leur valeur indépendamment des tâches effectuées » écrit-elle. Un exemple : lorsque la

« Une histoire neutre du travail est nécessairement masculiniste, elle ne peut être qu'aveugle, amputée, non pertinente. »

première machine à écrire Remington apparaît aux Etats-Unis en 1883, sténographe paraît un métier noble, masculin et moderne, qui demande « intelligence et discrétion », qui suppose des capacités de collaborer avec le patron. On organise des concours de vitesse sur machine à écrire, sur le modèle des courses automobiles ! Les participants, placés sur une estrade, rivalisent de virtuosité sur leur clavier, face à la foule admirative. Mais très vite le modèle de la machine à coudre (les deux machines sortent des mêmes ateliers) l'emporte, aux Etats-Unis puis

en France : la technique dactylographique, soudain, n'époustoufle plus les foules, la vitesse n'évoque plus les audacieux vertiges de la course automobile, mais le charme un peu inutile d'un piano... Le secteur entre-temps s'est entièrement féminisé, il s'agit de compresser les coûts en organisant les dactylos en pools et en les faisant taper au kilomètre, aux alentours des années 20, on ne parle plus de la maîtrise technique : il faut taper de plus en plus vite, mais que ce soit normal. Bel exemple d'invisibilisation. Qu'on retrouverait partout.

Comment un tel escamotage est-il construit ? se demande Delphine Gardey « comme dans le cas des linotypistes, il est possible de dire pour les dactylos que la qualification est conceptualisée comme quelque chose que les hommes ont et dont les femmes manquent » (puisqu'on vous dit qu'elles n'ont rien à faire là !). Tous les discours, du fabricant aux chefs de service, aux journaux, visent à invisibiliser la qualification en la niant... Il faut lire cette histoire, et y réfléchir. Elle est toujours à l'œuvre aujourd'hui.

Ce qui est frappant, c'est que les clichés aveuglants qui se perpétuent ne sont pas liés au deuxième épisode de notre histoire, le moment révolutionnaire – porteur d'un dynamisme vers égalité et justice –, mais au vieux fonds patriarcal dont notre époque se croit un tout petit peu vite débarrassée. Le voilà bien vivant, et pas du tout archaïque, comme l'explique magnifiquement Michel Tort, il est d'ailleurs embusqué, en chacun de nous, hommes et femmes, dressés au fond de nous à justifier « le père archaïque », à lui redonner sa place « éternelle », garante d'ordre et de protection, et si dure à contester... Les figures fabriquées pour mieux invisibiliser les femmes aujourd'hui se lisent dans le conflit entre la Mère

et la Travailleuse, censées se débrouiller entre elles pour régler les problèmes aussi politiques et importants que la fabrication de nouvelles générations de citoyens... Historiciser tout ce qui semble un invariant, une donnée « naturelle » est la première chose à faire pour poser les problèmes de façon politique, comme le rappelle Michel Tort. Les aberrations des discours du XIX^e siècle sur les femmes peuvent faire sourire, il serait intéressant de tenter de comprendre comment notre époque organise aussi des pièges en en portant aux nues ou en rendant invisibles et archaïques des manières de se représenter chacun sous forme de la Mère, la Ménagère, la Travailleuse, – le Père, le Ménager et le Travailleur. ■

■

1. Michel Tort, *Fin du dogme paternel*, Flammarion Aubier col Champs, 2005.
2. *Histoire des femmes* en 5 tomes, sous la direction de Michelle Perrot et Georges Duby, Plon. Tome 3 sur le XIX^e siècle, dirigé par Geneviève Fraisse et Michelle Perrot. Les autres traitent de l'Antiquité, du Moyen-Age, des XVII^e et XVIII^e siècles, du XX^e siècle.
3. Geneviève Fraisse, *Muse de la raison, la démocratie et l'exclusion des femmes*, Folio histoire. Paru en 1989.
4. Arlette Farge, *Vivre et travailler dans la rue au XVIII^e siècle*, Archives.
5. Jeannette Laot, *Stratégies pour les femmes*, Stock, 1976.
6. Christine Delphy, *L'ennemi principal, Economie politique du patriarcat*, Syllepses, 2008. Publié en 1970.
7. Margaret Maruani dirige la revue *Travail, genre et société*, Danièle Linhart est l'auteur de nombreux ouvrages sur le travail.
8. Delphine Gardy, *La dactylographe et l'expéditionnaire. Histoire es employés de bureau, 1890-1930*. Belin, 2003.
9. Marie-Joseph Bertini, *Femmes, le pouvoir impossible* (Pauvert, Fayard 2002). Voir par exemple compte-rendu : <http://sisyph.org/spip.php?article1919>

Brevets ou « trouvailles » ?

■ **Natalia Calderón Beltrán**, étudiante en histoire et en sciences politiques

En tant que nounou par intermittence et historienne en herbe, j'ai découvert que je faisais un travail invisible.

Pour moi, laver le nez d'un enfant est très simple : je fais tomber une petite goutte sur la joue, puis sur le front, puis une autre sur la bouche, deux ou trois dans la narine, puis une autre sur le front et ainsi de suite pour réussir à laver le nez d'un tout petit.

Une amie médecin m'a incitée à raconter ce geste quotidien parce que cela ne brutalisait pas l'enfant. Tenir un enfant bloqué entre les jambes pour réussir à injecter du sérum physiologique dans ses narines ne me semblait pas humain. C'est pourquoi j'ai cherché à le faire sans violence, en attirant son attention sur d'autres parties de son visage, pour que cela passe aussi inaperçu pour lui que pour moi.

Après avoir gardé plusieurs enfants, je vois que l'implication n'apparaît pas par génération spontanée. Elle naît d'une relation de confiance avec les parents, où la nounou est une vraie partenaire de l'éducation et pas une simple exécutante des consignes des parents. Par exemple, pour les filles que j'ai le plus longtemps gardées, les mercredis, je

choisissais toutes sortes de musées ou d'autres activités qui me plaisaient et dans lesquelles je pouvais leur faire partager mes goûts. Plusieurs années après, nous gardons contact et c'est un vrai plaisir de nous retrouver.

Bien sûr, il est toujours possible de réduire une nounou à une « prestataire de service » qui est responsable de l'enfant pendant quelques heures par jour et évite qu'il ait des accidents. Mais les enfants voient très vite quand une nounou est considérée comme une employée qui comble les créneaux où les parents ne peuvent pas être présents. Dans ces cas-là, même avec de la bonne volonté, il n'y a pas besoin de faire appel à la créativité, et il s'agit juste d'être « responsable » et « professionnelle ».

L'investissement dans l'éducation et le bien-être de l'enfant ne peut venir que de la voix et la place qu'a la nounou au sein de la famille, et tout d'abord de sa relation avec les parents.

Malheureusement, pour les laboratoires, ce genre de trouvaille ne risque pas d'être breveté, car on ne peut pas tirer d'autre profit que le bien-être de l'enfant. ■

Sage-femme, un métier sous contrôle

Comment un métier exclusivement féminin, autrefois valorisé et respecté, s'est transformé au fil des siècles en une profession d'assistant technique de la naissance.

■ **Jeanne Bethuys**, sage-femme, membre de la Société d'Histoire de la Naissance

Pratiques : Pouvez-vous nous faire un historique du métier de sage-femme ?

Jeanne Bethuys : S'essayer à rendre compte de l'histoire des sages-femmes est un exercice délicat. Métier ? Art ? Fonction ? Qu'est-il au juste ? Quels que soient les mots pour les désigner, sages-femmes, matrones, tous prirent au cours des âges des connotations négatives...

Métier de femme, partageant le sort des femmes de leur époque ; peu de témoignages directs existent ; leur nombre va croissant à mesure que nous approchons d'aujourd'hui. La scolarisation des filles est quasi contemporaine ! Métier de femmes relevant du monde clos de l'intime, dépositaire des « funestes secrets », objet de soupçon ; il a de tout temps voulu être mis sous contrôle par les pouvoirs politiques, religieux et médicaux.

De façon schématique, quatre périodes : celle antérieure au XVI^e siècle ; celle qui va jusqu'à la Révolution ; celle allant du début du XIX^e à la seconde guerre mondiale et la période contemporaine.

La pratique à Paris est définie dès 1350 : « La ventrière est une femme qui a l'art d'aider à la femme quand elle enfante, à fin qu'elle ayt l'enfant légèrement et que l'enfant ne soit pas en péril ». Ces sages-femmes participaient à la police des mœurs. Elles prêtaient serment devant le Prévôt, un médecin, deux chirurgiens, deux sages-femmes jurées. Elles étaient alors autorisées selon le règlement à mettre enseigne. Des archives des XIV^e et XV^e siècles attestent de « matrones jurées du roy » « chargées de visiter une jeune fille qui se plaignait d'avoir été violée ». Aucun homme n'était autorisé à examiner une femme ou à l'assister lors de ses couches selon la fameuse formule « viros non decet ». Aussi elles participèrent aux congrès mis en place au XVI^e siècle par l'Église pour prononcer

la validité ou l'annulation de mariage.

Dès 1348, l'Hôtel Dieu de Paris fait mention de celle que l'on appellera la « dame des accouchées » chargée de délivrer et de protéger les indigentes ou les femmes désireuses de cacher leur grossesse. Elle formera des « apprentisses ». Son Office des accouchées deviendra « La Maternité ». Les matrones seules sont autorisées à assister les femmes « par tradition et par pudeur ». En province, les accoucheuses-avorteuses-sorcières ou hexenheban sont parfois accusées de sorcellerie. Cependant, les chirurgiens, ne connaissant de l'obstétrique que ce que les matrones leur en apprennent, seront appelés pour les accouchements difficiles et pour les expertises ; c'est-à-dire lors du constat de leur incapacité. Ils sauront tirer profit de ces situations en s'imposant petit à petit auprès des femmes en mal d'enfant. Il est vrai que du fait de leur sexe, qui les empêche d'être autonomes, les sages-femmes sont alors rattachées à la corporation de Saint Cosme et Damien depuis le Moyen-Age, corporation des barbiers et des chirurgiens. Les édits royaux de 1692 et 1730 rappelleront à ces derniers les obligations à l'égard de leurs subordonnées...

Les deux autres pouvoirs, politique et religieux, sont tout aussi contraignants. L'édit d'Henri II de 1556 oblige les femmes non mariées à déclarer leur grossesse. Il punit sévèrement les rebelles et leurs complices. Cet édit sera régulièrement relu en chaire jusque à la fin du XVIII^e siècle.

Les sages-femmes doivent prêter serment devant le curé de la paroisse. Le texte diffusé par les évêques dans le royaume, outre les devoirs d'aide, de secret, engage à la fidélité envers l'église « catholique, apostolique et romaine ». Le concile de Trente exige que le baptême des nouveau-nés se fasse le plus rapidement possible. Les sages-femmes doivent donc baptiser lorsque l'enfant est trop faible pour aller à

§Sage-femme,
§Histoire de la médecine,
§Formation initiale,
formation continue,
§Politique de santé

l'église. De ce fait, elles recevront une délégation sacerdotale, il est donc essentiel de s'assurer de leur loyauté. En 1680, les sages-femmes protestantes sont interdites de profession, la Révocation de l'édit de Nantes aura lieu en 1685... Néanmoins, des régions entières échappent à la prestation de serment. Les matrones arguent du fait que ce n'est pas leur métier, et que c'est peu fréquent... En dépit de ces réglementations, jusqu'au XVI^e siècle, les sages-femmes jouissent d'une indépendance et d'une notoriété incontestées.

Le XVIII^e siècle va voir se déchaîner une campagne de dénigrement. Les matrones érigées en symbole de l'obscurantisme seront désignées comme responsables du « dépeuplement » du royaume. Leurs pratiques « criminelles » sont décrites et dénoncées dans les enquêtes de 1736 et 1786. Les historiens conviennent du parti pris des intendants contre leur supposée malfaisance.

Afin de lutter contre ces matrones « dangereuses, bornées et superstitieuses », une sage-femme jurée du Châtelet, protégée par les intendants et ministres du roi, va entreprendre une mission qui se déroulera sur vingt-cinq ans de 1758 à 1783. Elle délivrera son enseignement dans la plupart des villes de province. Avec son célèbre mannequin, elle forme plus de cinq mille accoucheuses. Elles sont recrutées par les curés parmi les sujets « susceptibles d'intelligence », puis prises en charge par l'intendant. Leur formation dure deux mois, elle est basée sur les manœuvres « c'était à leurs yeux, à leurs mains qu'il fallait parler ». Elle forme aussi cinq cents chirurgiens dont deux cents deviendront démonstrateurs... auprès des sages-femmes... L'épopée de madame Du Coudray, appelée « la sage-femme errante » est grandiose. Il est cependant difficile d'en apprécier les effets, la Révolution venant tout bousculer. L'abolition des privilèges met fin aux corporations, les facultés sont fermées.

Au cours du XIX^e siècle s'élaboreront des textes de loi visant à redéfinir les statuts des médecins, chirurgiens, sages-femmes et officiers de santé.

Entre 1800 et 1850, on estime à près de trente mille le nombre de sages-femmes formées. Véritables « institutrices du système de santé », leur nombre sera, à la fin du siècle, supérieur à celui des médecins. Leur exercice est majoritairement rural. Possédant de solides bases en obstétrique, en petite chirurgie, en botanique, pratiquant encore la saignée, elles sont de grandes praticiennes de la vaccination antivariolique. Malgré l'interdiction formelle, nombreuses sont celles qui appliquent les forceps avec l'acquiescement tacite des autorités médicales. Elles sont reconnues pour leur compétence à dispenser des soins généraux auprès des malades. En 1873, elles sont autorisées à prescrire le seigle ergoté et les solutions phéniquées. Cette situation se pérennisera aussi longtemps que l'accouchement se fera à domicile. Les

hospices sont réservés aux misérables qui servent à la formation des élèves. Leur développement correspondra à l'industrialisation et aux conditions insalubres du logement dans les villes ouvrières. Le danger des épidémies de fièvre puerpérale dans les maternités, cause de mortalité maternelle, favorise l'exercice libéral, jusqu'à ce qu'on applique les découvertes de Semmelweis et de Pasteur.

La fin de la seconde guerre mondiale, avec l'arrivée de l'écrasant arsenal technologique américain et l'application d'une politique sociale de santé, pose les bases d'une ère nouvelle. La concentration des accouchements pour des raisons d'évolution technique, en particulier pour lutter contre la prématurité, conduit à la fin de l'accouchement à domicile, donc au salariat massif des sages-femmes. L'avancée inestimable que représente la prise en charge de la contraception hormonale en 1966, la légalisation de l'avortement en 1974, viendra modifier en profondeur la condition féminine. Les sages-femmes, par essence, voient le socle de ce qui avait fait leur identité osciller. En 1980, les études sont ouvertes aux hommes. Simultanément l'échographie, la péridurale, la fécondation in vitro bousculent les approches de la grossesse, du travail, de l'accouchement. Ce dernier terme semble d'ailleurs avoir disparu au profit de celui de naissance. La place du bébé est prédominante, la réanimation néonatale a éloigné le spectre de la mortalité infantile. Au couple sage-femme - accoucheur s'est substituée une équipe pluridisciplinaire rendant la réalité de la grossesse, de l'accouchement, des soins au nouveau-né très complexe. Quant aux sages-femmes issues depuis 2003 des filières communes aux médecins, elles sont prioritairement préposées à des tâches techniques.

Peut-on considérer qu'autrefois le métier de sage-femme était plus un service rendu qu'un travail ?

A la question de savoir si les sages-femmes d'autrefois rendaient un service plutôt qu'elles exerçaient un métier, la réponse est oui. Les rapports des intendants au XVIII^e siècle au sujet des matrones (ou autre terme local) étaient rédigés ainsi : « elles s'accouchent entre elles ». Bien sûr, dans chaque communauté villageoise, il y avait une femme ayant eu des enfants, âgée, mariée, souvent veuve, qui était reconnue comme étant la sage-femme. De rémunération, il n'y en avait pas pour plusieurs raisons. La première étant que d'argent, les paysans formant la majorité de la population en avaient rarement. La seconde étant que la grossesse était un état naturel, fréquent et qu'accoucher malgré la forte morta-

« Les accoucheuses sont recrutées par les curés parmi les sujets "susceptibles d'intelligence". »

.../...

lité était le lot commun de toute épouse. Aussi ce destin de femmes, vécu dans le monde clos de l'intime, ne pouvait faire l'objet d'une rémunération, mais bien plutôt d'échange de services ou de dons en nature comme du bois pour le feu, des céréales pour ceux qui pouvaient... Les seules sages-femmes « pensionnées » étaient celles qui faisaient fonction d'auxiliaire de police ou qui venaient missionnées par les autorités municipales prendre en charge les indigents dans les hospices. Dans ce cas, elles veillaient aux bonnes mœurs ou participaient à l'assistance des « miséreuses ».

Outre que les hommes n'étaient pas autorisés à examiner les femmes, pourrait-on dire que c'est parce qu'il s'agissait d'un service et non d'un travail qu'ils ont longtemps laissé de côté cette profession ?

La difficulté de saisir la place de cette profession exclusivement féminine réside me semble-t-il dans le statut de la femme restée sous tutelle depuis des temps immémoriaux. La femme présente comme l'énonce Françoise Héritier l'immense pouvoir de faire les enfants, dont des mâles, et de ce fait doit être dominée de crainte de mettre en danger le sexe dit fort. Or les femmes qui étaient au plus près de cette puissance du sexe dit faible ont de tout temps été surveillées et souvent pourchassées comme sorcières.

L'arrivée des chirurgiens barbiers (et non des médecins) dans le domaine de l'obstétrique est lié pour notre pays, ainsi que pour l'Europe, aux avancées des savoirs médicaux des Temps Modernes, c'est-à-dire depuis la diffusion des techniques par l'imprimerie. Il suffit de se remémorer la fameuse séance d'anatomie de Rembrandt. Ils se sont intéressés à l'accouchement pour son aspect mécanique et spéculatif comme objet de science, ce qui n'était pas du tout le cas des sages-femmes positionnées dans un ressenti, un vécu immémorial.

A notre époque les sages-femmes sont reléguées à des tâches techniques et ont, en quelque sorte, perdu le « pouvoir » qu'elles détenaient au bénéfice des gynécologues-accoucheurs, en majorité des hommes.

Pourrait-on dire que le seul métier féminin qui avait une valeur est devenu moins valorisé depuis cet état de fait ? Les sages-femmes seraient-elles tombées dans le piège de notre époque rendant invisible et archaïque leur travail et leur service ?

Après cette domination officielle des accoucheurs,

les sages-femmes perdront petit à petit leur autonomie. Dans le milieu rural très dense jusqu'au milieu du xx^e siècle, elles jouissaient encore d'un statut de notable. La mise en place de la Sécurité sociale ayant pour effet la migration des femmes en travail vers les maternités dans les années 50-60 conduira les sages-femmes vers le salariat ; sous la surveillance des accoucheurs et parfois à leur service. N'ont-elles pas, pour celles qui sont employées dans les cliniques privées, assuré le suivi du travail pour appeler l'obstétricien pour l'accouchement ? Entre temps, la rémunération du forfait accouchement des sages-femmes libérales est devenue dérisoire... Beaucoup d'entre nous se souviennent encore de l'air étonné de nombreuses personnes disant : sage-femme ? Ça existe encore ? Le fait de ne pas avoir de lisibilité dans la cité à la suite de l'exode des années 50 vers les hôpitaux et autres cliniques nous a amenées à devenir des salariées au statut comparable à celui des infirmières et à la rémunération un peu plus importante.

Tous les métiers autrefois masculins qui se féminisent perdent de leur valeur, le métier de sage-femme semble être le seul à échapper à cette constatation. Êtes-vous d'accord avec cela ?

L'entrée des hommes dans la profession reste encore très minoritaire et il s'est fait une fois la technicisation du métier réalisé.

L'arrivée des garçons dans la profession est concomitante au développement technique (monitoring, échographie, péridurale, scopes, perfusions et autres matériels), au passage à quatre années d'études... Ils sont peu nombreux, mais présents dans les syndicats professionnels, représentations d'étudiants, cadres de service. ■

■ Bibliographie

- Scarlett Beauvalet-Boutouyrie, *Naître à l'hôpital au xx^e siècle*, Belin, 1999.
- Jacques Gelis, *L'arbre et le fruit*, Fayard, 1984. *La sage-femme ou le médecin*, Fayard, 1988.
- *Accoucheur de Campagne sous le Roi-Soleil*, Imago, 1989.
- Mireille Laget, *Naissances, l'accouchement avant l'âge de la clinique*, Seuil, 1982.
- Fernand Leroy, *Histoire de naître*, De Boeck, 2002.
- Nathalie Sage-Pranchère, *Mettre au monde- Sages-Femmes et accouchées en Corrèze au xx^e*. Etudes historiques corréziennes, 2007.
- « Sages-femmes d'hier à aujourd'hui. Pour quel avenir ? » Colloque de la Société d'Histoire de la Naissance – Nantes septembre 2004.

Brève histoire des femmes médecins

Si aujourd'hui les filles représentent plus de 60 % des étudiants sur les bancs des facultés de médecine, il n'en a pas toujours été ainsi.

■ **Sylvie Cognard**, médecin généraliste

L'histoire de l'Antiquité révèle que dans l'art de soigner, les femmes étaient omniprésentes, que leur pouvoir et leur savoir étaient reconnus. Avec plus ou moins de facilité, elles continuèrent d'exercer jusqu'aux débuts du christianisme, où quelques-unes furent même portées en triomphe. Le Moyen-Age, malheureusement, vint effacer cette première période faste, pour interdire aux femmes de pratiquer la médecine. Les « médiennes » se voient assimilées aux épouses de Satan, menacées d'excommunication et de bûcher. Toute personne du sexe féminin qui se mêle de traiter les malades est réputée sorcière et condamnable. Malgré tout, constate Michelet, « l'unique médecin du peuple, pendant mille ans, fut la sorcière. »

Au XII^e siècle naissent les universités, mais les femmes en sont exclues. Cependant, les diplômés ne sont pas assez nombreux pour assurer les soins de toute la population, une médecine marginale s'installe donc qui s'apprend en entrant en stage chez un médecin. Les femmes s'engouffrent dans cette brèche, on les nomme « médiennne » ou « miresse », beaucoup exercent sans demander d'honoraires. Plusieurs édits ou réglementations émanant des universitaires ou de l'Etat viendront mettre fin à leur activité. Malgré une sévère répression, les femmes se défendent et résistent. Bien sûr, en temps de guerre, on est bien content d'accepter leur dévouement et leurs services et les époques chevaleresques regorgent de chirurgiennes et de médiennes.

De la Renaissance à la Révolution, les femmes n'ont pas accès à l'instruction. Celles qui osent revendiquer le droit de s'instruire, « les femmes savantes », sont raillées. Quelques écrivains masculins prônent l'éducation intellectuelle des femmes et l'égalité des sexes. Certaines vont ainsi s'initier aux

sciences et à la philosophie, mais elles restent des exceptions. Quelques marginales ont la volonté de prodiguer des soins, elles sont en France d'éminentes sages-femmes, mais rarement médecins.

Le XIX^e siècle est le siècle du combat. Pour les femmes médecins, il s'agit d'abord de conquérir le titre de docteur en médecine, puis l'accès à l'hôpital et enfin le droit de passer le concours de l'internat. Elles vont ruser, payer pour parvenir à leurs fins tout en affrontant les attaques du corps médical masculin. La Révolution a trahi les femmes, elle a prôné des droits égaux pour tous les êtres humains, mais en a exclu la moitié ! Olympe de Gouges a réclamé le droit de vote en 1791, il a fallu attendre 153 ans pour que son souhait se réalise... Mais les femmes ont appris que pour obtenir quoi que ce soit, il faut demander encore et encore et se battre. Dans le dernier quart du XIX^e siècle, les femmes médecins vont apparaître un peu partout. Les étudiantes françaises vont pour la plupart faire leurs études à l'étranger dans des pays plus cléments. Le diplôme du baccalauréat n'est préparé dans les lycées féminins qu'à partir de 1901 et pour faire des études de médecine, il faut le bac. Au XX^e, siècle les femmes ont enfin obtenu le droit d'entrer dans la carrière. En 1900, elles ne sont qu'une centaine, quarante sept mille en 1988 avec une augmentation de 10 % en 2003.

Il reste que cela semble être une constante, quand une profession se féminise, elle se dévalorise. En matière de salaire, les inégalités hommes/femmes n'épargnent pas la profession. En médecine générale, les femmes ont, toutes choses égales par ailleurs, des honoraires inférieurs de 34 % à ceux de leurs homologues masculins. C'est un mieux, bien sûr, comparé aux autres professions libérales où l'écart de revenus est de 44 % ! ■

§ Histoire de la médecine,
§ Formation initiale, formation continue,
§ Femmes, Condition féminine,
Droit des femmes

J. Dall'ava-Santucci,
Des sorcières aux mandarines, Histoire des femmes médecins,
Ed. Calmann-Lévy, août 2004 et J. Michelet,
La Sorcière, Flammarion,
1966, 1^{re} édition chez Hertz, 1862.



Au premier procès, l'avocat des époux a souligné que, bien que non déclarée et non rémunérée, Henriette bénéficiait « d'affection et d'amour » chez ceux qui l'employaient. Qu'elle vivait dans une atmosphère « familiale et chaleureuse ». Pendant quatre ans, de 1994 à 1998, Henriette a travaillé douze heures par jour, sept jours sur sept. Elle a dormi par terre sur une natte dans la chambre des enfants, se relevant la nuit pour donner les biberons au bébé. Sa nourriture : une boîte de cornflakes par mois, et « l'autorisation » de racler les restes dans les assiettes de la famille, après le repas. Au second procès, ceux qui ont « recueilli » cette jeune Togolaise de 15 ans, débarquée à Paris sans papiers, ont défendu leur réputation d'humanistes. Le mari dirige une grande maison d'édition qui, historiquement, affiche

une ligne éditoriale éthique, « d'inspiration chrétienne ». Si Henriette n'était pas payée, si elle n'avait pas le droit de sortir, c'était pour éviter qu'elle se fasse racketter. Dans le grand appartement, on recevait souvent. Henriette, qui faisait le service, qui ne s'asseyait pas à table, était présentée comme une « cousine ». Il a fallu quatre ans pour qu'une voisine remarque sa maigreur, et prévienne la police. Il a fallu ensuite cinq années de procès pour que les époux soient condamnés. Une simple amende civile de 15 245 euros. En 2005, la Cour européenne des Droits de l'Homme a reproché à la France son attitude dans cette affaire, rappelant que les Etats ont « l'obligation de réprimer » tout acte tendant à maintenir une personne dans une situation de servitude.

Ça ne se dit pas

Pourquoi les infirmier(e)s s'autocensurent quand ils parlent, même entre eux, de situations vécues dans leur travail.

Frédéric Launay, enseignant en Institut de Formation en Soins Infirmiers

On connaît le biais par lequel un(e) infirmier(e) expérimenté(e) ne valorise qu'une partie de son travail. Or, le travail « occulté » n'est pas nécessairement « invisible ». Ces situations ne sont ni « indicibles », ni « impensables » ni « inaccessibles » à la sagacité d'un observateur attentif.

Un autre phénomène peut en revanche échapper à l'observation d'un tiers, même avisé. Il se révèle indistinctement chez les hommes comme chez les femmes à l'occasion de l'élaboration du travail de fin d'études sous une forme généralement sous-estimée.

Huit étudiant(e)s infirmiers m'entourent pour la première guidance collective du travail de fin d'études. Je leur propose d'exposer – pour ceux ou celles qui le veulent – leur « situation de départ » à partir de laquelle doit s'élaborer la réflexion, et naître la « question de départ ».

Virginie prend la parole spontanément et raconte l'histoire d'un patient à qui l'on n'a pas annoncé l'issue fatale à court terme. Les infirmier(e)s savent et souffrent de cette situation qui les met en difficulté lorsque le patient les interroge...

Le débat s'engage sur l'annonce du diagnostic, le rôle des uns et des autres...

– *A mon avis* – précise Cécile – *c'est surtout aux infirmières que ça pèse le plus, et c'est plus à leur confort qu'elles pensent quand elles souhaitent que le pronostic soit annoncé. D'une certaine manière, elles se retranchent facilement derrière le médecin qui doit annoncer le diagnostic pour se dégager de leur responsabilité de la prise en charge psychologique du patient dans cette période charnière qui précède l'annonce.*

– *J'y ai pensé* – ajoute Virginie – *mais je n'ai pas osé en parler...*

Je reprends la parole.

– *Pourquoi n'avez-vous pas souhaité l'écrire ? C'est dommage...*

– *C'est du jugement* – semble regretter Virginie.

– *Et ce n'est pas bien le jugement ?* dis-je provocateur. *On juge toujours, ce n'est pas le problème. Ce qui est important, c'est de savoir sur quoi l'on juge et pourquoi l'on juge, quelles sont nos représentations et nos avis respectifs sur la question. Tout cela se discute...*

– *En effet, mais pourquoi n'avez-vous pas écrit tout ça ? Ça me semble intéressant...*

– *Oui, c'est vrai...*

Je saisis l'occasion.

– *Y en a-t-il d'autres qui n'ont pas écrit quelque chose à quoi ils pensent, mais qu'ils ont délibérément occulté dans leur récit ?*

Les paroles se libèrent. En quelques minutes, plusieurs étudiant(e)s prennent la parole. Sandra avoue qu'elle a changé de situation au dernier moment. Elle nous explique que les infirmières du service l'ont dissuadée de parler d'un patient à propos duquel les infirmières étaient en désaccord avec l'attitude des médecins. Elles procédaient à couvert, faisaient comme elles pensaient devoir faire, étaient dans la confiance mais ne souhaitaient pas que ça s'ébruite. Tout cela ne se dit pas.

– *Mais pourquoi ? Où figure donc ce qu'elles font réellement ?* demandais-je naïf.

– *Nulle part. Elles avaient peur d'être jugées...* me répond Sandra.

Jérémy enchaîne avec humour. L'ambiance est décontractée.

– *Dans la saga « On vous cache tout », moi aussi je n'ai pas tout dit !*

Il nous raconte alors une histoire similaire où il est question du jugement que des infirmier(e)s pourraient avoir les un(e)s à l'égard des autres ou dont ils/elles pourraient faire l'objet de la part des médecins ou des aides-soignantes, ou encore qu'ils/elles hésitent à partager entre pairs à propos de tel ou tel patient, de telle ou telle famille... Il explique librement comment il a occulté des éléments de sa situation de départ pour ne pas être jugé, à son tour, par le formateur chargé de sa guidance, par le jury du mémoire, par les infirmier(e)s du service à qui il a promis de donner un exemplaire de son travail.

Je m'interroge. Quel travail des infirmier(e)s est ainsi volontairement occulté, caché, enfoui ? Quelle part de « l'invisible » ne souhaitent-ils/elles pas dévoiler alors qu'ils/elles en ont pleinement conscience et qu'ils/elles le regrettent eux/elles-mêmes ? Comment et pourquoi les étudiant(e)s intègrent-ils si facilement cette culture de l'autocensure alors qu'ils/elles ne l'approuvent pas ? ■

§Infirmières infirmiers,

§Travail, conditions de travail,

§Hiérarchie, Rapports médecins infirmières,

§Formation initiale, formation continue

Mise à l'index

Être homme et infirmier aux urgences mène parfois à des quiproquos.

■ **Didier Morisot**, infirmier psychiatrique

15 avril, 14 h 30. La voiture se gare devant l'entrée. Comme annoncé par téléphone, une dame s'extrait du véhicule et aide une jeune fille à effectuer le même exercice. Pour cette dernière, l'extraction est plus délicate, une gêne certaine la faisant marcher à demi courbée...

« C'est une élève de cinquième... ses parents sont injoignables et depuis ce matin elle a de plus en plus mal au ventre... je vous la confie, je dois retourner au collège... »

Malgré l'affluence, nous l'installons de suite en pédiatrie ; vu les symptômes, nous préférons ne pas la laisser moisir trop longtemps. Elle évite ainsi la salle d'attente (où plusieurs personnes entament un lent processus de momification) et se retrouve allongée sur une table d'examen.

La jeune fille, que je reconnais soudainement, a de beaux cheveux roux. Elle a également les accessoires fournis avec : de jolies taches de rousseur et un caractère de cochon ! Afin de l'apprivoiser, en la rassurant, je lui parle de nos connaissances communes (en fait, elle est dans la même classe que ma fille !) et je lui explique de quelle manière elle va être découpée en morceaux...

Mes commentaires sur son avenir proche ne la détendent qu'à demi. Marc, le médecin assistant, s'occupe de l'autre moitié et commence à l'examiner. J'en profite pour aller voir ce qui se passe en salle d'attente et je récupère une momie souffrant d'une entorse à la cheville ; j'installe le pharaon dans la pièce réservée à la traumatologie. En sortant, je percute Marc qui me tire par la manche.

« ... Ah, tu tombes bien ; je dois faire un toucher rectal à la gamine. Je préfère que tu restes avec moi... »

On le comprend. Cet examen ne présente aucune ambiguïté sur le plan médical, mais il touche un domaine si particulier de la personne qu'il vaut mieux prendre ses précautions ; je mets donc mon costume de témoin de moralité et nous retournons en salle de pédiatrie. J'aurais mieux vu une de mes collègues femme jouer ce rôle à ma place, mais aujourd'hui le sexe faible (qualifié ainsi par certains crétins...) est absent du planning : le soin au féminin, cette icône maternelle immaculée et au dessus de tout soupçon, nous fait quelque part défaut. Il nous reste donc notre sympathie brute de décoffrage et nos gros sabots masculins, c'est toujours ça...

La situation me laisse le temps de repenser au fottage de gueule d'un autre toubib, me disant que je faisais un boulot de bonne femme. Et plus si affinités... Ce blaireau avait en effet tendance à prendre tous les infirmiers hommes pour des pédés ; un homme, un vrai, ça commande, ça met des tuyaux dans le corps des gens et ça tape sur la fesse des infirmières... entre nous, ça leur fait tellement plaisir. Le soin au masculin, sans doute...

... Dans un autre registre (pas plus intelligent), je ne parle pas des fantasmes inconscients qui assimilent les mâles en blouse blanche à des bêtes de sexe ; merci les séries télé à la con... vous comprenez, avec la pression qu'ils endurent, il faut bien qu'ils se défoulent. Projections, quand tu nous tiens...

Bref, notre jeune patiente se retrouve dans un monde de brutes en panne de finesse ; j'allège cependant l'ambiance en puisant dans mes réflexes paternels, également immaculés et au-dessus de tout soupçon. Mes trois gamins m'ont en effet éloigné au fil du temps de l'âge de la pierre taillée. Je ne vous apprend rien ; changer les couches et donner le biberon fait abandonner peu à peu la masse pour chasser l'ours des cavernes...

Pour l'heure, je me place donc devant notre invitée pour lui faire la causette. Pendant que Marc approfondit la question, la jeune fille roule des yeux de merlan frit. L'heure n'est pas au débat politique ; je trouve plus à propos de commenter la situation en insistant sur le caractère indispensable de cet examen. Je souligne également le côté désagréable de la chose (nous sommes bien d'accord) et je valorise le stoïcisme dont elle fait preuve.

Finalement, nous avons l'heureuse impression de lui avoir évité un stress post-traumatique parfaitement superflu... Tout est OK.

La suite des événements se déroule dans une sérénité radieuse (à part la prise de sang vécue de façon assez morose) et notre jeune amie se retrouve bientôt couchée en chirurgie avant d'être opérée de l'appendicite. Bientôt, la journée se termine : Toutankhamon repart dans sa pyramide avec une attelle plâtrée et, pour ma part, je réintègre mon deux pièces cuisine. Fin de l'épisode.

23 septembre, 19 h 45. Motivé par un appétit féroce, je franchis allègrement l'entrée de la pizzeria. Ma chère et tendre, qui partage le même

objectif, m'accompagne gaiement. Quelques minutes plus tard, nous attaquons les spaghettis bolognaises. Tout baigne. Je remarque à peine les personnes qui s'installent à côté de nous. Du moins, dans un premier temps. Un je ne sais quoi me fait lever la tête ; je reconnais alors une copine de ma fille, d'autant plus facilement qu'elle a de magnifiques cheveux roux. Puis, le calme se fait, chacun retient son souffle. Le garde-champêtre arrive et bat le tambour... « Avis à la population... »

La jeune fille prend la parole ; d'une voix très posée et parfaitement audible, elle claironne à la cantonade : « ...Oh, mamie, je le reconnais... c'est lui qui m'a mis un doigt dans le derrière ! »

Mon épouse fait tomber sa fourchette. Je manque de m'étrangler. Mon intérêt pour la gastronomie italienne chute brutalement. Je me fais un peu l'effet du Grand méchant loup confondu par le Petit chaperon rouge ; vingt sourcils froncés se tournent vers moi. Nif-Nif, Naf-Naf et Nouf-Nouf remontent leurs manches... en fait, je ne suis pas au restaurant : je suis dans la merde. Deux secondes plus tard, un flash spécial en direct de mon cortex cérébral relie cette affirmation gênante à mon vécu professionnel : je revois la scène à l'origine de ce (putain) de malentendu... je m'empresse de rétablir la réalité historique.

Premièrement : ce n'est pas moi.

Deuxièmement : ce n'est pas ce que vous croyez. Mère-grand m'écoute en se grattant la tête. Parfaitement détendu (tu parles...), j'en mets une couche en souriant et j'interpelle la jeune fille à la mémoire défaillante : voyons, ma grande, j'étais en face de toi pendant l'examen... et ta sœur, elle tricote un pull au facteur ?

La mamie hésite un instant avant de m'étrangler. Heureusement, un éclair de lucidité illumine sa petite fille ; celle-ci confirme bientôt ma version des faits. « Ah oui... peut-être... c'était pas vous ; c'est le docteur qui m'a examinée... »

L'atmosphère, lourdement chargée, s'allège un peu. Mère-grand se fend d'une grimace qui ressemble à un sourire et mon épouse arrête la procédure de divorce... Le dîner reprend son cours ; mes voisines entament leur galette et leur petit pot de beurre tandis que nous finissons nos spaghettis. Naf-Naf continue cependant à nous regarder de travers ; apparemment, il a très bien entendu l'annonce du garde-champêtre, mais un peu moins le dialogue avec Mère-grand. J'arrive quand même à avaler ma pizza sans que les carabiniers me tombent dessus. Ceci dit, le charme de la soirée a du plomb dans l'aile. Je décline l'offre de boire un café et je me sauve avec ma femme sous le bras.

En sortant, Nouf-Nouf (qui doit avoir une très bonne audition) m'adresse un sourire XXL. Dehors, il fait doux. Ça ne m'empêche pas de relever mon col de veste. Je mets également mes lunettes de soleil, malgré une luminosité très relative...

... Putain de métier ; et la tendresse, bordel ! Avant-guerre, les suffragettes se sont bougées la rondelle pour obtenir le droit de vote, mais les mecs d'aujourd'hui ont aussi du pain sur la planche : ils n'ont pas encore obtenu tout à fait le droit de prendre soin. Sans suspicion... Ceci dit, les femmes sont-elles réellement prêtes à abandonner leur chasse gardée ? Quand j'en vois certaines en plein syndrome de Stockholm avec des blaireaux qui leur piétinent la tronche, j'en doute un peu. Mais c'est une autre histoire ; nous parlerons de choses qui fâchent un autre jour... ■

Angèle, le trompe-couillon et la T2A

■ Marie D'Umigna, psychologue dans un service de gériatrie à Marseille

Angèle, dans le temps, quand elle faisait les toilettes aux vieilles patientes de mon service de gériatrie, prenait toujours le temps de plaisanter, y allant de mots crus et de sourires. « Alors, maintenant, on va s'occuper de la fofoune... », « Et puis un peu de trompe-couillon pour finir », en mettant du rouge aux joues en fin de toilette. Quand la patiente à la fin était toute propre, elle était contente, et Angèle aussi.

Aujourd'hui, avec la tarification à l'activité, les nouvelles aides-soignantes, les remplaçantes d'Angèle, sont méprisées, dévalorisées, elles courent après le temps, prises dans un système où la galéjade n'existe pas, n'est plus comptée, ni reconnue. Alors rares sont celles qui arrivent à trouver encore le temps et l'énergie de plaisanter, et les toilettes sont devenues tristes.

Et si c'était la T2A, le trompe-couillon ? ■

Après la guerre

Comment un moment-clé de l'histoire récente de l'Europe cristallise les enjeux liés à la fois au genre et à l'instauration de la paix, autour d'un constat d'échec de la violence guerrière.

I Christiane Vollaire, philosophe

§Guerre,
§Femmes, Condition féminine,
Droit des femmes,
§Histoire, §Société

En 1999, la guerre du Kosovo venait de se terminer. Une rencontre fut organisée en France par la revue *Transeuropéennes*, intitulée « Pour de nouvelles perspectives dans les Balkans ».

Elle réunissait des femmes de toutes les régions de l'ex-Yougoslavie, décidées à se rencontrer et à se parler, par-delà les frontières qu'on avait suscitées entre elles. Des femmes décidées à s'occuper de la paix, dans un contexte où les hommes venaient, avec la plus grande violence, de se faire la guerre. Des femmes dont la guerre avait rendu non seulement invisible, mais illicite, le désir de paix. Des femmes dont le militantisme antinationaliste était une occasion d'opprobre et de persécution dans leur propre pays.

Réalisant, pendant ces jours de rencontre, une série d'entretiens avec elles pour la revue *Transeuropéennes* qui organisait ces journées¹, j'ai été saisie de ce que cette question de la guerre mettait en jeu de la relation homme-femme, des représentations du féminin et de la question du genre dans les affirmations du nationalisme et dans le travail de pacification.

Prendre soin d'une région blessée, restaurer les liens fracturés, n'était-ce pas aussi interroger les fonctions attribuées au genre ?

Une politique du lien

Dans un moment où le standard médiatique de la représentation des femmes dans la guerre oscillait entre celle du viol ethnique et celle de la *mater dolorosa* portant l'enfant accroché à son sein, ces femmes, qui avaient eu leur part des violences, des fuites et des persécutions, refusaient avec une détermination sans faille les représentations victimaire du féminin dont les noms les plus célèbres du journalisme en général, et du photojournalisme en particulier, ne cessaient de se faire l'écho. Theodora Tabacki, étudiante, le disait ainsi : *Il y a un rôle spécifique des femmes, mais pas dans un sens biologique. On doit construire le féminin en termes de pouvoir, de solidarité et de sujet. Il semble que les femmes aient de meilleurs moyens de communiquer, de surmonter les différences ethniques, de produire les réseaux transnationaux et transethniques.*

Et Zarana Papic, anthropologue originaire de Belgrade, ajoutait : *Dans la tradition des Balkans, les hommes ont toujours fait la politique, mais ils font toujours la guerre. La politique des hommes les mène ainsi à l'échec, puisqu'ils sont contraints à la guerre. Il y a donc un espace social pour politiser l'énergie des femmes ; mais il y a nécessité pour les femmes d'en prendre conscience et d'agir.*

Deux éléments fondamentaux sont ici affirmés. D'une part la répartition des rôles ne repose nullement sur des critères biologiques, mais bel et bien sur des critères culturels, socialement déterminés et non pas naturellement donnés. C'est dans la tradition de l'éducation des femmes que l'aptitude au lien, au suivi relationnel, est transmise comme un acquis culturel. Et cet acquis est en effet un atout, qu'il faut, en tant que tel, valoriser. Lorsque Théodora vise à « construire le féminin », c'est de cette éducation à la solidarité qu'elle parle, et de l'incidence positive qu'elle peut avoir sur les processus de reconstruction. De même lorsque Zarana décrit les femmes comme des « êtres obligés de dialoguer, de gérer les tensions, d'aider à la socialisation ».

Il y a donc bien une partition initiale. Mais celle-ci n'est pas infériorisante : elle peut au contraire être exploitée comme un acquis positif. Elle est ici pensée quasiment en termes de supériorité stratégique. Il ne s'agit pas de présenter les femmes comme plus douces ou plus aimantes, mais comme plus éduquées à tisser les liens, et de ce fait plus aptes à construire, là où les hommes ont été plus délibérément programmés pour détruire. D'où la remarque essentielle de Zarana sur un conditionnement masculin à l'échec.

La guerre, originellement montrée comme manifestation de puissance et de virilité, apparaît ici au contraire comme la marque même de l'impuissance : celle des impasses de la destruction, et de l'impossibilité de les résoudre par la violence. Une représentation du viril associée à la brutalité est donnée ici non pas dans les termes valorisants de la fascination ou même de la terreur, mais dans les termes discréditants de l'échec : quelque chose qui est associé non pas à la crainte, mais au mépris.

Et c'est de cette inversion des valeurs que procède une véritable puissance du féminin, dirigée non pas contre les hommes, mais contre les standards de la virilité et des traditions machistes de l'Europe centrale. Ce que signifie la formule de Zarana : *Il y a donc un espace social pour politiser l'énergie des femmes.* C'est-à-dire pour faire de cette puissance que donne l'aptitude au lien la forme d'un nouveau rapport au politique d'un nouveau régime de socialisation. L'historienne Svetlana Slapsak le dit autrement : *Il y a eu rencontre entre le féminisme et la dissidence dans les années 80. Les femmes n'ont jamais déserté le domaine de la communication. Ma meilleure amie, Natasa Kandic circulait pendant la guerre parmi les Albains. Elle faisait le travail des journalistes. Ce sont toujours les femmes qui font le travail de communiquer. Dans le modèle culturel spécifique aux Balkans, le système patriarcal laisse un espace marginal aux femmes. Mais elles connaissent les langues et communiquent : ce sont les marginaux qui fondent l'échange.*

Un autre concept de la reconstruction

Cette idée, que la marginalité des femmes dans les affrontements de pouvoir est ce qui leur donne la place centrale dans la gestion du post-conflit, dit à quel point le vrai pouvoir ne peut être conçu que comme nécessairement pluriel. Un concept discriminant du pouvoir, incarné dans le « système patriarcal » que dénonce Svetlana, est mis en échec par la violence même qu'il suscite. Et cette mise en échec ouvre l'espace à un concept pluriel de la relation politique. Non pas évidemment le concept d'une harmonie ou d'un accord parfait, mais celui de la possibilité reconnue du dissensus, du débat et de la différence. Un désaccord possible qui ne mène ni à la domination ni à la guerre, et mette fin au cycle infini de la soumission et de la revanche. Un dissensus qui puisse abolir les alternances binaires de la nation-victime et de la nation-vengeresse.

Mais Florina Krasniqi, architecte kosovare, pointe du doigt la réactivation des jeux de pouvoir non pas seulement au sein des nationalismes belliqueux suscités par les conflits dans les Balkans, mais au sein même des instances internationales supposées promouvoir la paix : *L'un de nos problèmes majeurs, à nous qui intervenons sur la question de l'éducation, est que celle-ci n'est pas considérée par les responsables internationaux comme prioritaire : elle est très accessoire par rapport à la liste de leurs priorités.*

Ainsi, alors que les Kosovars devraient s'organiser et se partager les responsabilités pour reconstruire la société, ce sont les ONG qui se combattent entre elles pour la reconstruction. J'ai donc à combattre des initiatives étrangères, plus grosses et plus fortes, pour le Kosovo.

Ici s'affrontent précisément deux concepts de la reconstruction : l'un, purement matériel, met en présence des intérêts économiques et des rapports

de profit dans les passations de marché concernant l'urbanisme et l'immobilier : toute guerre, générant de la destruction, génère par là-même les profits florissants de la reconstruction, comme le montrait déjà par exemple, dans la France des années cinquante, la reconstruction de villes comme Dunkerque ou le Havre.

L'autre concept, essentiellement mental, intellectuel et moral, traite de cette reconstruction symbolique que représente la question de l'éducation, comme possibilité de réhabiliter mentalement une génération sabordée par la guerre, et de préparer l'avenir de la suivante. Le discours de Florina, tenu juste après la guerre du Kosovo, est clair : les ONG internationales font passer l'imédiateté des rapports de pouvoirs économiques entre puissances mandataires bien avant l'écoute des besoins de la population. Mais aussi les ONG font passer l'intérêt de leurs subventions, et des rapports de rivalité qu'elles génèrent, bien avant la préoccupation d'une amélioration des conditions d'existence des populations auxquelles elles sont supposées fournir un soutien.

Et, plus généralement, les rapports de domination imposés par des sociétés patriarcales, qui ont abouti à la guerre, se retrouvent dans la domination imposée par les intervenants internationaux à une population infériorisée par sa faiblesse économique, et dont les représentants de la société civile ne sont de ce fait pas même écoutés. Après avoir subi la domination des nationalistes, il faudra subir celle des internationaux, dont les manières de faire, pour être moins évidemment violentes, n'en sont pas moins aussi discriminantes.

Ainsi se répètent en série ce que la philosophe Rada Ivekovic appelle des « faux universels » : comportements qui, pour être universellement répandus, n'en sont pas moins destructeurs de l'idée même d'universalité. Le faux universel est ce qui invisibilise le processus de discrimination en le naturalisant, en faisant de la faiblesse une essence féminine, et de l'attention à l'autre la marque même de cette faiblesse.

Les faux universels

Milka Tadic, journaliste du Montenegro, montre ainsi comment la revendication d'un « droit des femmes » fonctionne à l'encontre de ce qu'elle prétend protéger : *Ce que je défends, ce sont les droits de l'Homme fondamentaux, pas les droits des femmes. Certains types d'abus concernent plus spécifiquement les*

« Les ONG font passer l'intérêt de leurs subventions bien avant la préoccupation d'une amélioration des conditions d'existence des populations auxquelles elles sont supposées fournir un soutien. »

.../...

.../... *femmes : les viols, les violences domestiques, la situation dans les prisons, les pressions sur les enfants. Mais la lutte contre ces abus est inscrite dans les droits de l'Homme, et les femmes n'ont aucune spécificité juridique à défendre.*

Ce qui est dénoncé ici est précisément ce faux universel que représente « la femme », dissociée en tant que telle d'un universel humain. Que des abus puissent concerner majoritairement des femmes ne signifie nullement qu'ils leur soient attachés par essence, pas plus que la dénonciation de l'esclavage ne devrait concerner les droits « des Noirs ».

Refuser d'essentialiser, c'est précisément inscrire la question du droit dans un possible universel issu non pas de la nature, mais d'un possible accord culturel. C'est donc par là même aussi la recontextualiser dans son ancrage historique. C'est parce que, historiquement, une part de l'humanité a pu être exclue de l'exercice du pouvoir, qu'elle a pu aussi, du moins en partie, être éduquée à des formes différentes d'exercice de la responsabilité.

Dans le moment historique qui est le nôtre, les formes patriarcales de la responsabilité politique ne sont pas seulement en échec dans les régions visiblement dévastées par la violence de la guerre. Elles le sont aussi dans les territoires occidentaux où s'amorcent les dévastations consécutives à ces combats de crocodiles que permet la dérégulation financière et la destruction des systèmes juridiques et institutionnels. On voit bien que la guerre que se mènent les puissances financières, donnant lieu aux « OPA » (Offres Publiques d'Achat) comme à des actions-commando, est moins une guerre entre ces puissances qu'une

guerre menée par le marché de la finance contre le marché du travail. Elle conduit, à travers les reconfigurations imposées aux entreprises, aux phénomènes de délocalisation et d'attaques massives contre le droit du travail. Mais elle conduit aussi, par les phénomènes de privatisation, à une progressive disparition de la protection sociale et des institutions. Quel serait, en ce sens, l'équivalent du véritable combat que menaient, il y a un peu plus de dix ans, les femmes militantes des Balkans non pas pour faire la paix (elle venait d'être faite), mais pour, véritablement, l'instaurer et lui permettre de perdurer ? Slavica Inzevska, journaliste macédonienne, y apportait une réponse : *Il faut créer un ciment pour que les femmes n'acceptent pas cette position d'auxiliaires politiques. Il existe des possibilités d'agir différemment pour les femmes. Elles ont expérimenté leur propre pouvoir, elles sont capables d'être leaders. Mais il y a une impossibilité pour les femmes macédoniennes d'accepter les femmes d'autres ethnies. Les femmes en Macédoine sont traditionnalistes, rigides, tournées vers le passé. Il faut combattre cette manière de ne pas accepter l'autre et la différence.*

Le faux universel, qui essentialise la différence entre hommes et femmes, est celui-là même qui pousse les femmes à s'identifier aux représentations qui confortent la ségrégation. Et Slavica montre ainsi l'intériorisation du comportement machiste chez les femmes macédoniennes traditionnalistes comme le premier obstacle à la possibilité d'une émancipation. Elle met en évidence le fossé qui se creuse entre l'expérience que les femmes peuvent faire de leur propre pouvoir, et le refus où elles se tiennent de l'assumer. Dans toute guerre, pendant que les hommes sont au front, les femmes assument le suivi de la vie quotidienne, incluant aussi le fonctionnement des activités de production assumées par les hommes en temps de paix. Elles maintiennent, par la position sociale où elles se trouvent, la continuité des activités vitales, aussi bien dans leur dimension domestique que dans leur dimension économique. Bref, elles sont conduites à assumer les fonctions généralement attribuées aux hommes, et par lesquelles les sociétés patriarcales définissent précisément la supériorité masculine, tirant argument de la place subalterne assignée au genre féminin pour en déduire une infériorité naturelle.

« La guerre pourrait apparaître comme un révélateur de la capacité des femmes à assumer des rôles réputés masculins, et la preuve donc que ces rôles ne sont que l'objet d'une assignation sociale. »

menté leur propre pouvoir, elles sont capables d'être leaders. Mais il y a une impossibilité pour les femmes macédoniennes d'accepter les femmes d'autres ethnies. Les femmes en Macédoine sont traditionnalistes, rigides, tournées vers le passé. Il faut combattre cette manière de ne pas accepter l'autre et la différence.

Le faux universel, qui essentialise la différence entre hommes et femmes, est celui-là même qui pousse les femmes à s'identifier aux représentations qui confortent la ségrégation. Et Slavica montre ainsi l'intériorisation du comportement machiste chez les femmes macédoniennes traditionnalistes comme le premier obstacle à la possibilité d'une émancipation. Elle met en évidence le fossé qui se creuse entre l'expérience que les femmes peuvent faire de leur propre pouvoir, et le refus où elles se tiennent de l'assumer.

Dans toute guerre, pendant que les hommes sont au front, les femmes assument le suivi de la vie quotidienne, incluant aussi le fonctionnement des activités de production assumées par les hommes en temps de paix. Elles maintiennent, par la position sociale où elles se trouvent, la continuité des activités vitales, aussi bien dans leur dimension domestique que dans leur dimension économique. Bref, elles sont conduites à assumer les fonctions généralement attribuées aux hommes, et par lesquelles les sociétés patriarcales définissent précisément la supériorité masculine, tirant argument de la place subalterne assignée au genre féminin pour en déduire une infériorité naturelle.

La guerre comme révélateur

La guerre, en ce sens, pourrait apparaître comme tout autre chose qu'une parenthèse : un révélateur de la capacité des femmes à assumer des rôles réputés masculins, et la preuve donc que ces rôles ne sont que l'objet d'une assignation sociale, pas d'une essence masculine ou féminine. C'est, par exemple, durant la guerre d'Algérie que nombre de femmes algériennes, impliquées dans les activités du FLN et concourant, par leur rôle économique ou même par leurs actions militaires, à ses succès, ont eu l'espoir que leur situation sociale pourrait changer et qu'elles ne seraient pas renvoyées, après la fin des combats, à leur condition domestique. Mais ce révélateur n'a pas fonctionné comme tel, et les femmes, une fois la paix venue, ont été renvoyées à la condition asservie que la guerre leur avait provisoirement fait quitter. Le processus de décolonisation n'a pas fonctionné comme un processus d'émancipation des femmes. Et ce en partie parce qu'une majorité de femmes, pas seulement manipulées, mais souvent aussi profondément identifiées à leur condition traditionnelle, ont refusé de prendre acte de ce que la guerre avait révélé.

Mais les paroles de Slavica montrent, plus encore, comment ce refus épouse aussi les formes de la discrimination ethnique pour légitimer celles de la domination machiste. Car l'analyse commune à toutes les femmes militantes des Balkans réunies cette année-là était bien celle d'une étroite corrélation entre ethnicisation et discrimination sexiste. Le nationalisme ethniciste, dans sa revendication raciale et biologique, est fondé sur une partition fondamentale, qui se prétend elle-même biologisée : celle de la dissociation entre féminin et masculin.

Rada Ivekovic le montre dans *Le Sexe de la nation*², il y a une violence de la raison, qui est celle de son partage, c'est-à-dire de sa partition excluant le féminin. Et cette partition constitue aussi l'essence même de la guerre.

Or c'est exactement dans la même volonté de partition que le nationalisme ethnique veut casser la temporalité, nier la durée du vécu commun entre des sujets d'origine différente, pour imposer la discrimination. Il faut ainsi nier l'histoire elle-même, et refabriquer une pseudo-histoire à partir de cette dénégation. Ce déni de l'histoire réelle s'appuie nécessairement sur une fiction des origines, c'est-à-dire sur une volonté, pour déshistoriciser, de naturaliser le processus historique de la constitution des communautés, en particulier par leur ethnicisation : renvoyer des sujets à une identité ethnique, c'est les renvoyer à une pseudo-naturalité négatrice de la réalité de l'histoire, de la même manière que les renvoyer à une identité sexuelle biologique comme marqueur de leur vie sociale.

Ainsi, dans l'expérience que donne Slavica, la crispation des femmes sur les comportements traditionnels du féminin, loin de produire un lien ou un adoucissement, est au contraire l'un des ressorts de la guerre, dans la mesure où elle s'appuie sur la discrimination ethniciste qui la fonde : une femme anti-nationaliste n'est pas véritablement une femme, et la haine ethnique, comme refus de l'altérité de la différence, produit, dans le sein même des représentations du féminin, une triple

hostilité : contre la femme étrangère, contre la femme de même nationalité qui refuse la barrière ethnique, contre toute femme qui refuse de se soumettre aux processus de soumission machiste auxquels le féminin est supposé s'identifier.

Ce sont ces comportements féminins « traditionnalistes, rigides, tournés vers le passé », que Slavica, Macédonienne, considère comme un obstacle majeur, non seulement à l'émancipation des femmes, mais à l'élaboration même du processus de paix.

Instaurer la paix, établir les conditions d'une protection sociale et d'une authentique sécurité, ce sera d'abord récuser les fondements mêmes de cette double partition : celle qui divise les sexes et celle qui divise les « races » (ou les « ethnies »). Et de ce point de vue, les leçons données par ces militantes sont bien loin de concerner seulement les Balkans des années 2000 : elles nous donnent à penser sur les vrais universaux de notre présent.

En ce sens, ce que Rada Ivekovic appelle « le différend des sexes » va bel et bien à l'encontre de ce que des pensées naturalisantes qualifient de « différence des sexes ». Le différend n'est pas fondé sur une différence originelle, mais sur un désaccord culturel qui, lui, peut faire l'objet de débats et trouver, dans la reconnaissance d'une égalité, la source d'une authentique convivialité.

Prendre soin d'une société, c'est d'abord penser son avenir non pas en termes spécifiquement féminins, mais dans les termes de ce que l'expérience culturelle de la relation, dans le vécu de nombreuses femmes, peut produire de ressources, à l'encontre d'une autre expérience culturelle, qui est celle de la domination. ■

-
- 1. Voir *Transeuropéennes* n° 17, « La Fragilité démocratique », paru en 2000, d'où sont tirées les citations des entretiens.
- 2. Rada Ivekovic, *Le Sexe de la nation*, Ed. Léo Scheer, coll. Non & Non, 2003

Professionnelle

■ **Martine Lalande**, médecin généraliste

Salomé vient du Liban. Rejetée par sa famille après la mort de son mari, elle s'est engagée comme jeune femme au pair dans une riche famille étrangère qui l'a maltraitée. Au cours d'un voyage de cette famille en France, elle s'est échappée et demande l'asile politique. Elle vit dans des hôtels sociaux, prend des cours de français et cherche un emploi, pour avoir plus rapidement une carte de séjour « avec autorisation de travailler ». « Je peux tout faire, le ménage, garder des enfants, la cuisine, je range ta maison, je nettoie tout ». Elle a trouvé une femme âgée qui lui proposait de l'héberger en échange de travaux ménagers. Elle a essayé quinze jours, mais elle n'est pas restée, préférant retourner à l'hôtel et chercher des heures de ménage. « Je veux rester indépendante. C'est dommage pour la vieille dame, elle n'avait jamais vu quelqu'un faire les vitres aussi bien que moi. Il faut dire que c'est mon métier. Dans mon pays, je suis architecte d'intérieur. » ■



Pendant quatre ans, Violette a dormi sur le carrelage de la cuisine d'un de ces appartements du XIII^e arrondissement parisien, sans matelas, avec juste un drap. On avait établi pour elle un emploi du temps bien précis. Le matin, lever à 4 heures, pour préparer le petit déjeuner de sa « patronne », Sahondra, et de son fils. Ensuite, direction le centre de Paris, où elle embauchait à 6 heures dans la société de nettoyage du beau-frère de Sahondra. A 10 heures, retour chez Sahondra : ménage, préparation des repas du midi et du soir. A 16 heures, elle devait être à Massy-Palaiseau, dans l'appartement de Mamy, le frère de Sahondra, pour une nouvelle séance de travaux ménagers. De retour dans le XIII^e arrondissement vers 22 heures, la journée n'était pas finie : une pile de vaisselle et

de repassage l'occupait jusqu'à minuit, soit chez Sahondra, soit chez la soeur de celle-ci, locataire d'un appartement voisin. Pendant quatre ans, à peine nourrie, Violette a survécu à ce rythme : dix-huit à vingt heures de travail quotidien. Elle avait quitté Madagascar à 22 ans, dans l'espoir de gagner un peu d'argent pour nourrir sa fille, restée au pays. Elle n'a touché aucun salaire pour ses quatre emplois simultanés. Aidée par le CCEM, Violette a porté plainte. Son « dossier », jugé en 1999 par le Tribunal de grande instance de Paris, est la première affaire d'esclavage moderne traitée en France par une juridiction pénale. Ses « employeurs » ont été condamnés à lui verser 150 000 francs de dommages et intérêts, assortis de peines d'amende et de prison avec sursis.

La place des femmes

La servitude à laquelle ont été éduquées les femmes est toujours d'actualité sous des formes différentes selon les milieux. Si d'aucunes ont réussi à s'extraire de la maison pour travailler, c'est au prix de journées doubles, travail salarié plus travail gratuit, voire grâce à d'autres femmes, moins favorisées, qui effectuent à leur place les tâches liées à l'entretien de la maison, la garde des enfants ou l'assistance aux vieux parents. Ce travail, non reconnu tant qu'il n'est pas salarié, n'exige pas de formation professionnelle puisqu'il s'appuie sur les savoir-faire traditionnellement exigés des femmes. Il s'inscrit d'ailleurs dans une catégorie à part, celle dite du « service », nouvelle classe de précaires, souvent immigrées, qui assurent ce qui reste incontournable et toujours très peu partagé par les hommes : l'entretien du foyer. La notion de *care* voudrait englober et revaloriser la multitude des gestes élémentaires du prendre soin de l'autre, en les nommant, mais il y a encore loin du désir à la réalité. Le travail invisible, difficile à compter dans l'espace privé, prend une toute autre signification et exige une autre reconnaissance lorsqu'il devient un métier. A la rue ou sur le trottoir, une autre invisibilité des femmes perdure... ■

Servitude et inégalités

En passant du service domestique au service à la personne, assurés le plus souvent par des femmes, quel type d'invisibilité produit-on ?

Entretien avec **Geneviève Fraisse**, philosophe

Propos recueillis par **Martine Lalande** et **Anne Perraut Soliveres**

Geneviève Fraisse est l'auteure de *Service ou servitude – Essai sur les femmes toutes mains* publié en 1979 et réédité (augmenté) en 2009 ; *Du consentement*, Seuil, 2007 et *Les deux gouvernements, la famille et la cité*, Folio-Gallimard, 2000

§Femmes, Condition féminine, Droit des femmes, §Luttes sociales, contestation §Travail, conditions de travail, §Aide, soins à domicile

Pratiques : Vous avez travaillé sur les femmes employées de maison... voyez-vous un parallèle avec les services à la personne ?

Geneviève Fraisse : Je n'ai pas travaillé sur les *personnes*, pas plus que sur le *travail domestique*, j'ai voulu réfléchir à la notion de *service*.

L'invisibilité se décline comme les marches d'un escalier ; il y a plusieurs niveaux. En énonçant le mot « service », je désigne quelque chose d'abstrait. Servir quelqu'un implique une relation de travail déjà soumise à une hiérarchie sociale (quelle que soit la classe sociale...) Ce n'est pas faire le ménage, faire le chauffeur ou conduire quelqu'un, c'est « être au service de ». C'est difficilement visible : quelle est la part de la relation de service dans l'effectuation d'un travail dans un espace privé ? Les choses se sont inversées en trente ans. Ce qui était un phénomène marginal, la fin du service domestique, la fin de la proximité des servantes et des gens servis, a été remis au centre avec le « service à la personne » comme emploi ordinaire. On a permuté la personne vulnérable. Dans le service domestique, c'est le serviteur qui est vulnérable, dans le service à la personne, il y a désormais deux vulnérables. C'est une critique que j'adresse au *care*. On ne peut pas dire qu'il faut s'occuper des vulnérables en occultant le fait que ceux qui s'en occupent sont socialement vulnérables. Il s'agit plus que d'une invisibilité, c'est une occultation.

Le deuxième niveau de l'invisibilité comprend deux directions : l'axe homme/femme et l'axe salarié/non salarié. Pourquoi avoir écrit ce livre sur le service domestique, à la fin des années 70, dans une période du mouvement des femmes très active et dans laquelle j'étais très impliquée ? Pour dire à mes amies féministes : « Vous parlez du salaire ménager ou du travail domestique qui n'est pas quantifié, mais vous oubliez qu'il y a un million de personnes qui sont payées pour ça, et cette catégorie n'entre même pas dans celle des « travailleurs ». » L'invisibilité est alors épistémologique, même si les raisons politiques ne sont pas critiquables. Il était, en effet, urgent de montrer que le travail domestique est un travail gratuit, jamais quantifié. On pouvait dire que les femmes étaient

toutes des domestiques, en occultant le fait que certaines personnes étaient salariées pour cela. J'ai découvert alors une autre invisibilité : le fait que la libération des femmes se faisait en cascade d'aides de femmes à femmes. Je cite dans mon livre les congrès féministes de 1900 où l'invisibilité de la hiérarchie des femmes était déjà pointée : une femme reste à la maison quand l'autre en sort. C'est une histoire entre femmes, pensée un temps par les féministes, puis impensée. D'où une nécessaire réflexion sur la hiérarchisation des femmes, réflexion contradictoire puisque le féminisme repose sur le fait qu'on peut énoncer des choses qui concernent l'ensemble des femmes. Il y avait là une invisibilité interne au féminisme. Que fait-on avec l'idée qu'on exploite une femme, qu'on l'emploie pour faire des tâches qu'on ne veut plus faire ? Même si l'on se dit qu'il faudrait qu'hommes et femmes participent aux tâches domestiques. De fait, trente ans plus tard, rien n'est résolu. Quand j'intervais Suzanne Ascoët, élue prud'homale, ancienne employée de maison, j'ai découvert l'invisibilité à l'intérieur de la classe ouvrière : la question des domestiques n'est pas vue comme une question ouvrière. Ce sont les termes des années 1900. Mais en 1970, c'était la même chose dans les syndicats des employées de maison, notamment la CFDT. L'invisibilité spatiale, géographique et sociale est liée au fait que ce travail est féminin et propre à l'espace privé.

« Nous sommes des travailleurs comme les autres », disaient les employées de maison des années 1970. C'est drôle, car ce sont exactement les termes de la revendication des prostitué(e)s aujourd'hui. Elles ne sont pas au bon endroit dans la classe ouvrière. Aujourd'hui, il y a une telle flexibilité de l'emploi, une telle destruction de l'emploi salarié que la question ne se pose même plus de s'identifier à un élément de la classe ouvrière. Il faut alors aborder la question du contenu du travail. Le « service à la personne », ce n'est pas ce qu'on nous vante aujourd'hui : « Je fais vos courses, je taille votre haie, je vous explique Internet et je vous aide à ranger vos papiers... » ; mais, comme disait une employée de maison des années 1970 : « La première

chose qu'on vous montre quand on vous embauche, c'est les toilettes ». Cela passe aussi par « le rapport à la crasse », le rapport à la saleté, c'est-à-dire au corps, au corps de l'autre. Le travail domestique, ce n'est pas seulement faire la vaisselle, mais nettoyer une baignoire sale, ramasser les petites culottes des ados par terre... plein de choses peu sympathiques au regard de notre représentation du travail.

Ainsi s'enchaînent les invisibilités, politiques et sociales certes, mais aussi structurelles à la question domestique.

Par ailleurs, une autre affirmation se décline dans sa complexité : « le privé est politique » ; cela s'analyse de plusieurs façons. A ne pas confondre avec « l'intime est politique ». J'ai des amis qui seraient prêts à dire, dans la défense des sexualités, que l'intime est politique. Moi je dis : « le privé est politique ». Encore une invisibilité : fera-t-on la différence entre le privé et l'intime pour poser la question du politique ? C'est une discussion actuelle. Je fais la distinction entre l'intime, par exemple ma vie sexuelle, et le privé, c'est-à-dire ma vie dans l'espace domestique. Mais je suppose que certaines choses ne peuvent pas être dites : par exemple, quelle est ma vie sexuelle, peut-elle être discutée publiquement ?

C'est comme un escalier : à chaque marche se pose la question de la visibilité et de l'invisibilité. Avec le bouleversement récent, où l'on passe du service domestique au service à la personne, d'un emploi « périphérique » à un emploi mis au centre, la question de l'invisibilité perdure. Je me bats contre les tenants du *care* qui ignorent la réalité sexuée et inquantifiable du service. Ignorer l'enracinement du *care* dans l'histoire de la question du service domestique est une erreur. Il faut penser la division du travail, sexuelle, et salariée/non salariée, si l'on veut parler du *care*. On nous répond : qu'à cela ne tienne, on va changer tout cela, c'est justement ça la révolution, revaloriser le service, y inclure les hommes... Mais je suis trop connaisseuse de la tradition, à force de travailler cette question et d'avoir un regard sur l'histoire du XIX^e siècle. Le *care* ne sera un idéal, c'est-à-dire jouable politiquement, que si l'on reconnaît la division sexuée du travail. Le service à la personne est assuré par 97 % de femmes. Le faire passer pour neutre est un geste de prestidigitateur. Un exemple : une aide-soignante en zone rurale fait trois fois deux heures dans une maison de retraite, à 40 km de chez elle. Que fait-elle pendant ses temps de pause : elle rentre chez elle ? Elle dépense en essence ce qu'elle va gagner ? Ou bien elle attend dans sa voiture ? Depuis quinze ans, on sait que le

temps partiel soi-disant adapté au temps des femmes (être à l'heure pour les enfants) est une vaste arnaque. L'invisible, ici, c'est que les conditions de travail sont en contradiction avec l'énoncé idéologique ; le temps partiel est globalement contraire à la disponibilité des femmes pour la vie de famille. Mon exemple corrobore ce que les sociologues analysent sur le terrain : pour faire ses six heures par jour, cette aide-soignante va être absente de chez elle très longtemps, sans possibilité d'utiliser ce temps pour elle. Si on veut changer la société, ce qui est le projet des tenants du *care*, on ne peut pas construire une théorie qui ne tienne pas compte, sauf à prendre ses désirs pour des réalités, de cette terrible tradition qui est celle de l'emploi au service.

Un deuxième élément mérite discussion sur le plan théorique, toujours à propos de l'invisible. On nous explique que les gens sont des atomes isolés, des électrons libres dans la société, et il faut créer, ou recréer du lien. Le *care* serait le souci de refabriquer du lien entre les êtres qui en sont désormais privés : l'individu consommateur, l'individu entrepreneurial, l'individu solitaire, le vieux... ou le jeune célibataire. Là encore, ma lecture sexuée des choses fait que je vois ce qu'on ne voit pas. Pour deux raisons, de nombreuses femmes sont étrangères à cette réalité d'autonomie négative. Du côté des droits, on l'a vu avec la réforme des retraites récemment, elles sont encore dans un système de dépendance. Elles ne vont pas quitter leur jules à 60 ans parce qu'elles n'ont pas les moyens de le faire. L'hétéronomie des femmes est encore une réalité sociale, leur autonomie économique est fragile. L'individualisation complète des femmes, les

« L'hétéronomie des femmes est encore une réalité sociale, leur autonomie économique est fragile. »

juristes l'expliquent très bien, n'est pas réelle dans les pays européens. La deuxième chose, les médecins le savent bien : si quelqu'un est présent au moment de la naissance et de la mort des êtres, ce sont les femmes. Elles accompagnent le nouveau-né et le mourant. Les femmes n'ont pas cessé de faire le lien. Sans parler des familles monoparentales, où ce sont les femmes qui font le lien avec les enfants en l'absence des pères. Pour identifier l'individu dans son isolement, si on prend la loupe des deux sexes, on est obligé de dire qu'il y a deux histoires vraiment distinctes. Le nier ne peut être une bonne chose pour changer les choses justement ! Si je me passionne pour la question des sexes (cf. le livre récemment publié *A côté du genre, sexe et philosophie de l'égalité*), c'est dans l'idée de montrer qu'on escamote l'enjeu sexué en pensant que c'est un obstacle à la pensée. Pour penser le *care*, croit-on, il faudrait laisser ces contingences malheureuses et avoir une vision universaliste, donc neutre. En fait, je propose de penser l'universel avec la ques-

.../...

.../... tion des sexes. Les sexes ne sont pas un obstacle, c'est ce avec quoi on peut penser ; ce n'est pas une question contingente, anecdotique, juste bonne pour les sciences psychiques et la psychanalyse. J'ai envie de dire : ne faites pas comme s'il n'y avait rien à voir.

In fine, à propos de l'invisibilité : ce problème est au cœur même d'une démarche épistémologique et politique. Si je commence à voir les sexes dans leur disparité et leur inégalité, cela ne doit pas empêcher de penser l'universel. Avec le *care*, certains pensent qu'on peut changer le réel : le travail sera revalorisé et il y aura des hommes pour le faire... c'est une sorte de pratique magique. D'autres veulent penser en termes neutres comme si c'était possible de produire de l'universel sans réel. Ici, je raisonne à partir du concept d'égalité, et non avec la tradition anglo-saxonne du concept de justice. Faisons un peu plus de justice, dit-on. Et l'égalité ? Ce qui me tracasse dans le mot « service », comme dans le mot « consentement » d'ailleurs, c'est l'asymétrie (en plus de la hiérarchie). Comment pense-t-on la démocratie et l'asymétrie, la démocratie et la hiérarchie ?

« Toutes les philosophies du *care* sont des philosophies de l'amélioration d'une situation et non pas de l'égalité démocratique. »

C'est un casse-tête. Toutes les philosophies du *care* sont des philosophies de l'amélioration d'une situation et non pas de l'égalité démocratique. Le plus surprenant, c'est qu'on y voie de la subversion.

Les infirmières sont toujours dans une problématique de servitude à l'égard du patient, mais aussi d'assentiment au médecin.

Le livre *Service ou servitude* s'appelait au départ *Femmes toutes mains*. En 2007, j'ai publié un livre sur le « consentement ». Le consentement, comme service et servitude, pose la question de l'égalité en démocratie. Est-ce réciproque, mutuel ou hiérarchisé ? Quand on me parle du « service mutuel », le « soin mutuel », expression employée par Martine Aubry, les bras m'en tombent. Avec les exemples : je taille ta haie, tu me donnes un cours d'allemand... On est bien loin de la vaisselle. Or le problème est justement de réfléchir à l'absence de mutualité. « Consentement », cela a deux sens. Soit « si je veux » soit « je n'en peux mais ». L'expression « consentement mutuel » arrive à partir du XVII^e siècle avec le divorce, alors que dans le mariage de l'époque, les parents consentent pour leur enfant, dans la hiérarchie des générations. Sur la question du viol, on l'entend bien, sur la prostitution, sur la question du foulard... Consentement et service posent le même problème vis-à-vis de la démocratie et de l'égalité. Ce sont deux énigmes de la symétrie ; difficile d'ignorer le double sens. Quant

à l'infirmière : est-ce que je consens à cette situation, se demande-t-elle. Elles sont dans une ambivalence incontournable.

C'est la question du consentement. Rappelez-vous l'histoire du viol de cette italienne qui portait un jean très serré : elle avait nécessairement consenti à enlever son pantalon. Le consentement peut soutenir les affirmations : « un enfant quand je veux si je veux », ou « je me marie », « je divorce ». Mais le consentement peut être contraint sans qu'il soit d'ailleurs identifié comme tel. Les infirmières ne sont pas dans la servitude vis-à-vis du médecin, elles consentent à une autorité.

Quand on parle d'invisibilité dans le soin, on se heurte à cette remarque : l'invisible n'est pas seulement dans le féminin.

On a vu qu'il y a des degrés dans l'invisibilité (les marches de l'escalier). En passant au débat théorique et politique autour du *care*, l'invisibilité prend la forme du neutre pour arriver à l'universel : le sexe empêcherait l'universel. Mon pari philosophique est à l'opposé. Dans les discussions avec un metteur en scène de théâtre, j'ai remarqué qu'à chaque fois qu'on abordait la question des sexes, il disait que ce n'était pas le plus important. Il fallait écarter cette question pour montrer le réel, ou le non réel. J'ai proposé de se décaler, non pas de prendre la question du sexe comme un obstacle, mais comme un moyen d'accéder à ce qu'il voulait montrer. Or l'invisibilité est présentée comme une condition de pensée, une condition de dire. Ce n'est pas seulement l'enjeu de la domination masculine. Cela met en danger la possibilité de la pensée. Or, il me semble qu'on peut penser à travers l'invisible.

Le travail de nuit est le lieu même de l'invisible. Pour qui est-ce invisible ? Qui n'a pas envie de voir ?

La nuit est un très beau sujet. Anecdote personnelle : j'ai vécu récemment un moment de nuit où un aide-soignant m'a interpellée ; nous nous lançons alors dans une longue conversation. Il dit exactement cela : « J'ai vu dans vos yeux... ».

J'ai été très frappée, en débattant du consentement, de ce que les gens se sentaient concernés. Dans leur prise de parole, toute leur vie était là : en quoi j'ai consenti, en quoi je n'ai pas consenti... Service, consentement : pour que cela reste invisible il faut qu'il y ait des mécanismes pour ne pas se voir soi-même.

Ce travail invisible-là, avec le peu d'estime qu'on a pour les gens qui travaillent la nuit, c'est leur bénéfice. Mais c'est invisible pour les gestionnaires.

Inversement, le quantifié ou l'identifié n'est pas nécessairement efficace. Quand on parlait du salaire ménager, on savait que ce n'était pas la bonne idée. Une des réponses, autre élément dans la discussion avec les tenants du *care*, renvoie à ce que j'appelle

« les deux gouvernements ». La démocratie s'est construite à la fin du XVIII^e siècle, avec la pensée du contrat social, en référence à Rousseau, sur la fin de l'analogie entre l'espace domestique et l'espace public. Montesquieu parlait de gouvernement domestique et de gouvernement politique. Le père et le roi étaient des images analogues. Avec le contrat social, l'analogie est abandonnée. Car la question de l'égalité est en jeu. Il aurait fallu passer de l'égalité démocratique à l'égalité dans la famille. Or les théoriciens du contrat ne veulent pas perdre le pouvoir familial. Par conséquent, il faut casser l'analogie, de manière à ce que la famille reste hors jeu démocratique. Cette histoire est la nôtre depuis 200 ans. Reprenons donc les deux gouvernements. Qu'ont fait les féministes et les réformateurs ? Depuis deux siècles, ils ont travaillé à faire rentrer l'égalité dans la famille (jusqu'au partage, récent, de l'autorité parentale). Les théoriciens du contrat ont donc perdu la bataille ; l'égalité s'est introduite dans la famille. Il y a à nouveau, aujourd'hui, deux espaces analogiques avec deux gouvernements, dans un espace démocratique. Alors, nous sommes loin du *care*. Il faut plutôt penser l'articulation entre famille et cité. Je n'aime pas le mot « conciliation ». Si on remet la démocratie à l'endroit, on trouve deux espaces de débat et de pouvoir : on voit qui fait quoi, qui s'occupe de qui, et on n'a pas besoin de dire qu'on externalise les vertus féminines qui seraient maintenant dans l'espace public... c'est un changement de paradigme. La question paradigmatique des deux gouvernements, valable pour le PACS, et pour le *care* aussi, est de rendre visible le lien entre la famille et la cité, le lien entre l'espace domestique et l'espace public ; et ainsi de produire leur « articulation ». Il n'y a plus d'invisible. En revanche, on doit réfléchir à la possibilité de l'universel en même temps qu'au traitement de la tradition. C'est un sujet magnifique.

Dans le domaine du soin, on est entre la famille et la cité.

On est aussi entre service et consentement. J'ai aimé cela, non pas réfléchir au travail domes-

tique mais au « service ». Trouver une notion problématique qui rejoint une autre, aujourd'hui celle du consentement. Le consentement est-il une question politique, un « dire » politique ? Le « gouvernement » aussi est un concept pour identifier un problème. Deleuze a un joli passage là-dessus : trouver le mot pour la question posée. Ces mots-là : gouvernement, consentement... Même par rapport à la question du soin, on pourrait chercher le mot. Si je travaillais sur ce sujet, je chercherais le mot qui permette de penser. Les mots proposés jusqu'ici ne m'intéressent pas : soin, sollicitude... ce ne sont pas les bons mots. On pourrait discuter du mot *care* qui est incompréhensible, et intraduisible. C'est comme *gender* : en français, on peut dire « le genre » et « les genres », ce qui n'est absolument pas un enjeu de la langue anglaise. On accepte un petit escamotage et du coup, tout le monde se mélange les pincesaux. On dit « les genres » comme on dit « le genre » en français ; nos pauvres amies américaines, quand elles arrivent ici, ne peuvent pas comprendre. Le « genre » a été fait, à leurs yeux, pour ne pas dire « les », pour éviter la dualité. Mais il y a sûrement un mot qui est le bon pour *care*. Il faut le trouver. Je me méfie de « soin », car soin ne peut pas aller avec service, cela ne permet pas de prendre l'ensemble de la question posée, donc ce n'est pas le bon mot. Quel est le mot ? Il faut chercher du côté du « lien ». Mais au lieu de dire « on va créer du lien social », voyons où il y a déjà du lien. Il y a de nombreux lieux où il y a du lien, et ce sont les femmes qui font le lien depuis longtemps ; ce que personne ne veut vraiment savoir. A la naissance, pour éduquer les enfants, dans les familles monoparentales, à la mort pour accompagner les vieux parents, les femmes font en permanence du lien. Peut-être peut-on faire quelque chose avec ce mot « lien »... ■

« Il y a sûrement un mot qui est le bon pour *care*. Il faut le trouver. Je me méfie de "soin", car "soin" ne peut pas aller avec "service". »

§Femmes, Condition féminine,
Droit des femmes,
§Aide, soins à domicile,
§Travail, conditions de travail
§Infirmières infirmiers

De l'angoisse à la « nature » des femmes

Paraphrasant le titre du célèbre ouvrage de Georges Devereux, *De l'angoisse à la méthode*, on souligne ici la façon dont l'enfouissement du travail de *care* dans la féminité permet d'éviter le sujet angoissant de la vulnérabilité.

■ **Pascale Molinier**, professeur de psychologie à Paris 13

Le travail est invisible. Rien ne se voit. Ni l'énergie, ni les nuits blanches à cogiter ou le mauvais sommeil, ni la peur ou les répugnances à surmonter, ni les solidarités à construire et les confiances à gagner, ni les formes d'intelligence souvent rusée qui sont mobilisées. Mais il existe des cas où le résultat du travail s'objective cependant de façon spectaculaire : les cathédrales, la tour Eiffel, le TGV... L'œuvre finie donne une forme visible à l'effort, à l'ingéniosité, au génie individuel et collectif de ceux qui l'ont conçue. L'œuvre ne permet pas de comprendre l'intelligence en action, mais elle la matérialise, la glorifie, en autorise la reconnaissance.

Il en va différemment en ce qui concerne d'autres activités qui ne donnent pas lieu à des formes en dehors d'elles-mêmes : ces activités sont gestes, regards, paroles, et tout cela s'envole, ne fait pas œuvre dans le monde. Rien n'est déposé, arrêté, figé, sauf que le monde des humains et de leurs interdépendances n'existerait pas sans ces activités que l'on nomme aujourd'hui *care*¹. Un mot emprunté à l'anglais, parce que le français *soin* ne distingue pas l'acte technique objectivable (et que l'on peut mesurer ou compter), du souci, de l'attention qui glisse sans laisser de traces comme une main sur le front, un regard complice ou une plaisanterie au bon moment. L'acte technique est travail, chacun l'admet, un travail nomenclaturé, que tout le monde n'est pas capable de faire, qui implique formations longues et diplômes, avec salaires (plus ou moins) et promotion de carrière à la clé. On dit même « techniquer » un malade ! Mais le souci de l'autre, est-ce que c'est du travail ?² C'est attendu bien sûr, au titre de l'humanisation des soins, comme on dit. Mais comme un plus. Un petit plus. Car désigne-t-on par le souci des autres un au-delà de la technique qui viendrait la transcender ? Ce n'est pas sûr. Au moment de la canicule de l'été 2003, un ministre avait même parlé « des gestes élémentaires d'humanité » qui, en l'occurrence,

selon lui, dans les hôpitaux n'auraient pas manqué. On appréciera le « élémentaire » à sa juste valeur.

Le ministre aurait-il su, comme certaines infirmières de long séjour, vider les flacons de produits à récupérer les éviers ou à nettoyer les vitres pour les transformer en brumisateurs ? Aurait-il eu l'idée et le cran d'ouvrir les portes de sécurité pour ventiler, ce qui est normalement interdit ? Ainsi que l'écrivait déjà le sociologue Everett Hughes en 1956 : « L'infirmière allume aussi parfois les chaudières, répare la plomberie, et accomplit donc la tâche de personnes subordonnées ou extérieures à la hiérarchie des rôles médicaux. Cela ne lui plaît pas, mais elle le fait. Sa place dans la division du travail consiste essentiellement à prendre la responsabilité de faire tout ce qui est nécessaire (quelle qu'en soit la nature) et qui risquerait de n'être pas fait. Les infirmières n'apprécieraient pas cette définition, mais d'ordinaire elles s'y conforment dans leurs activités. »³ L'une des raisons pour lesquelles le travail des infirmières est invisible, c'est qu'il est frappé du sceau de l'ambiguïté (ici des fonctions, mais aussi des sentiments) et qu'elles n'en font pas forcément la publicité.

Des savoirs domestiques

Il s'avère que formaliser le travail de *care* ou le travail attentionné ne va pas de soi. Il est certes plus facile de compter le nombre de chemises qu'une auxiliaire à domicile a repassé en deux heures chrono que de chercher à comprendre comment elle se soucie des vieillards chez qui elle va. Si ceux qui essaient de comprendre le souci des autres ne sont pas eux-mêmes très attentifs, ils risquent de passer à côté, en raison de son caractère précisément non spectaculaire, ordinaire. L'ordinaire, d'ailleurs, nous amène à questionner la catégorie même de « l'invisible » et de son « dévoilement ».

Comme le souligne la philosophe Sandra Laugier, l'ordinaire, c'est ce que nous avons sous le nez et que nous ne voyons pas, non parce qu'il ne serait pas visible, mais parce que nous n'y prêtons pas attention, jugeant que c'est inintéressant. Qu'il n'y a « rien à voir », comme on dit justement.

Voici ce que m'a raconté Jacqueline, une auxiliaire à domicile sans formation, une OS du *care*, pour ainsi dire, qui s'était déplacée pour passer la nuit au domicile d'un couple vivant avec la mère très âgée de l'épouse. Cette dernière se trouvait hospitalisée jusqu'au lendemain pour une intervention bénigne, d'où la garde de nuit. Le monsieur se voyait mal mener sa belle-mère aux toilettes ou lui changer les protections. La vieille dame étant plutôt en forme, Jacqueline fait remarquer qu'elle n'a pas eu le sentiment d'être très utile, elle s'est sentie plutôt comme une « invitée », dit-elle. Au décours de la conversation, je comprends qu'elle a amené ses propres draps de lit. Cela ne me paraît pas un détail ou plus exactement c'est le genre de détail qui compte. Je demande : Pourquoi ? Pour ne pas fatiguer la maîtresse de maison à son retour, répond Jacqueline en claironnant, comme s'il s'agissait d'une évidence. Elle se doute bien que l'époux sait à peine de servir de la machine à laver, quand à étendre le linge correctement, ou même avoir l'idée, tout simplement, de faire la lessive... C'est cela le travail de *care*, cette attention aux autres, cette capacité d'anticiper sur leurs besoins, cette prise en compte des interdépendances... Le savoir de Jacqueline est entièrement domestique. Elle ne l'a pas acquis sur les bancs de l'école, ou dans une formation, mais en élevant ses propres enfants, en s'occupant de son mari et de toute la maisonnée, animaux compris. Après son divorce, contrainte de trouver un emploi, elle a choisi « naturellement » de « s'occuper des autres ». Le gendre de la vieille dame ne dispose pas de ce savoir domestique, il ne l'a pas appris tout aussi simplement. C'est un homme, aussi cela ne choque personne. Débarquant dans un château rempli de courants d'air, en l'absence de cuvette, il n'aurait peut-être pas l'idée saugrenue d'utiliser le bac à légumes du frigo pour donner un bain de pied à la châtelaine. Mais si l'on tourne le regard vers des « aidants » dont la femme est atteinte de la maladie d'Alzheimer, on constate qu'ils ont dû apprendre à faire attention, apprendre à anticiper... On les admire, on n'en revient pas ! Ces savoirs quand ils sont incarnés dans des hommes paraissent exceptionnels, rendent ces hommes dignes d'admiration et de louanges. « Voyez comme il s'occupe de sa femme ! » On remarque à peine que ces aidants se font aider par... une armée de femmes de ménage, auxiliaires, infirmières...

Si le travail du *care* est habituellement à ce point confondu avec des « gestes élémentaires », c'est parce qu'il trouve son origine dans des expériences

qui peuvent être réalisées dans les sphères domestique et institutionnelle, dans des activités rémunérées ou dans du travail gratuit, le seul point commun à l'ensemble de ces activités est qu'elles sont en majorité exercées par des femmes et confondues avec leur féminité. La féminité ici convoquée est celle qui s'affaire « au service de » : la jeune fille gentille, la ménagère avisée, la nounou africaine ou les femmes du Sud nécessairement maternelles... Une femme qui s'occupe de son mari Alzheimer (ou de son père, sa mère, sa belle-mère...) n'a rien d'exceptionnel aux yeux d'autrui ; même si on la plaint sincèrement, « elle fait son devoir ». Comme si les femmes savaient naturellement prendre en charge les dépendances de toutes sortes et que prendre soin s'inscrivait dans la continuité des savoirs domestiques, ni plus ni moins reconnus que ces derniers, une sorte d'émanation mystérieuse de la bonne femme, au même titre que le secret de la pâte à crêpes de tante Suzette. Dans l'enquête qualitative que je mène actuellement dans une association d'aidants de proches atteints de la maladie d'Alzheimer³, enquête qui n'a bien sûr aucune valeur de généralisation, je suis frappée que les aidants se font beaucoup plus aider que les aidantes. Celles-ci d'ailleurs n'utilisent pas ce terme pour parler d'elles. Qu'on l'évoque les fait sourire, elles font remarquer qu'elles restent épouses, aujourd'hui d'un mari dépendant dont elles doivent s'occuper comme avant, mais plus qu'avant. On retrouve la même continuité que dans l'histoire de Jacqueline dont l'activité d'auxiliaire est en continuité avec son activité antérieure de mère de famille. Se faire aider, « prendre du répit », pour utiliser l'expression consacrée dans le milieu des aidants, les femmes y songent moins, elles se sentent moins autorisées à le faire, car la prise en charge, le dévouement sont attendus d'elles comme une seconde nature. Elles-mêmes ont souvent intégré cet idéal social qui a structuré une part importante de leur engagement familial, et puis : « Que diraient les enfants ? » Le travail est ici confondu avec l'amour, alors comment déroger ?

Un mouvement collectif pour les travailleuses du *care* ?

Au Brésil, les personnes salariées qui travaillent au domicile des personnes âgées pour leur délivrer des soins se déclarent « employées domestiques » et non soignantes, ce qui est hautement significatif. La composante domestique du *care* est un problème qui concerne les moins professionnalisées des travailleuses du *care* (nounous, faisant fonction d'auxiliaire...) aussi bien que les plus professionnelles (aides-soignantes, infirmières). Les infirmières françaises, on le sait, ont construit leur professionnalité sur leur appropriation des tech-

« C'est cela le travail de *care*, cette attention aux autres, cette capacité d'anticiper sur leurs besoins, cette prise en compte des interdépendances. »

.../...

.../... niques médicales au fur et à mesure que les médecins les délaissent pour s'intéresser à d'autres techniques plus nouvelles⁵. La greffe culturelle du « rôle propre » emprunté aux sciences infirmières américaines n'a jamais très bien fonctionné et il reste aujourd'hui encore, en France, difficile de justifier un autre savoir sur le soin qui ne soit pas celui des médecins ou des philosophes de la médecine.

Or bien que cela soit une nécessité pour contrer la régression techniciste actuelle, formaliser et promouvoir le travail de *care* peut être vécu, d'une certaine façon, comme une menace pour les infirmières. D'abord parce qu'il est clair qu'elles n'en ont pas l'apanage et qu'elles partagent cette activité avec d'autres femmes moins diplômées, voire pas diplômées du tout. Des femmes qu'elles commandent

de surcroît et sur lesquelles elles ont fait retomber la plupart du « sale boulot ». Cela impliquerait un jeu d'alliance et de solidarité qui remettrait en question les rapports de hiérarchie entre travailleuses du *care* et construirait des rapports inédits entre *care* professionnel et *care* domestique, entre soignantes et familles. Or, la professionnalisation des infirmières est certes acquise, mais sur des bases technicistes où tout retour vers les savoirs domestiques peut être perçu comme délégitimant. Mais surtout, me semble-t-il, dans le contexte actuel, l'analyse de la place du travail de *care* dans les institutions de soins

renvoie aux infirmières une image cruelle de leurs propres pratiques *uncaring*. Je m'explique. D'un côté, le travail de *care*, comme réponse attentive aux besoins d'autrui, est étroitement articulé avec le soin des corps, donc avec le sale boulot dont se sont délestées les infirmières. Je pense à la toilette en particulier, rôle propre des infirmières, mais déléguée aux aides-soignantes. Les infirmières découvrent parfois à regret qu'elles ont de la sorte, en particulier dans certains secteurs comme la gériatrie et la psychiatrie, jeté, pour ainsi dire, le patient avec l'eau du bain, et que leur travail s'est considérablement vidé de son sens. De l'autre côté, la traçabilité, la gestion des dossiers, des sorties et des entrées, la manipulation complexe et risquée des médicaments, solutés et chimiothérapies, finissent par monopoliser le temps et l'attention des infirmières. Car dans un temps qui est compté et morcelé (les infirmières sont interrompues tout le temps), de l'attention, il leur en faut beaucoup pour ne pas se tromper. On touche là le problème, à mon avis crucial et souvent très mal théorisé, des rapports dynamiques voire antagonistes entre le *cure* et le *care*, ou si l'on préfère entre le curatif et le prendre soin.

« On touche là le problème crucial et souvent très mal théorisé, des rapports dynamiques voire antagonistes entre le *cure* et le *care*, ou si l'on préfère entre le curatif et le prendre soin. »

Seule une personne à la fois détendue et très expérimentée peut, par exemple, poser un cathéter à un grand prématuré tout en étant attentive à sa douleur. Pour un jeune interne ou une infirmière novice, la concentration que requiert le geste technique est incompatible avec l'attention à la détresse de l'enfant. En toute bonne logique, dans ce genre de soin, il faut la plupart du temps être deux pour que l'un, au moins, n'oublie pas le patient, pendant que l'autre lui sauve la vie⁶. Le *care* perd toute connotation féminine une fois qu'on a compris que, en particulier dans le contexte du soin hospitalier, il ne peut se maintenir qu'au prix d'une volonté et d'un effort collectif. Il faut alors définitivement renoncer à en faire une qualité personnelle – il suffirait d'avoir les bonnes personnes (des femmes éduquées selon leur « nature ») au bon endroit – pour s'interroger sur les conditions sociales qui l'autorisent ou lui font obstacle. Le *care* ne relevant pas de la nature des femmes, mais trouvant sa source dans certaines expériences, il suffit de supprimer la possibilité de ces expériences pour que le *care* disparaisse. Ainsi des infirmières condamnées à préparer des chimiothérapies très complexes pour des patients en semi-ambulatoire qui sont déjà arrivés quand ceux de la veille ne sont pas encore partis, ces infirmières, surtout les nouvellement diplômées, n'ont pas le temps, quel que soit leur sexe, leur personnalité ou la qualité de leur formation, de déployer le moindre travail de *care* et d'autant qu'elles ont honte du sort qui est fait aux patients attendant debout avec leur cancer et leur valise. Se concentrer sur la préparation du traitement permet aussi, défensivement, d'éviter d'avoir à les croiser. On sait qu'actuellement, autre évitement, les infirmières confrontées à ce genre de contexte tendent à chercher une solution à leur malaise en demandant leur mutation vers un ailleurs, lequel s'avèrera parfois plus pénible encore.

Un choix politique

Il paraît que des animaux de laboratoire à qui des animaliers donnent à manger un artefact de nourriture sont physiologiquement moins stressés que des animaux à qui l'on ne donne rien du tout, bien que les premiers n'aient pas objectivement reçu plus de nutriments que les seconds. Comme le souligne avec ironie la philosophe éthologue Vinciane Despret, « c'est l'intention qui compte »⁷. Si le *care* marche pour les animaux, alors que penser pour les humains ? Je me demande vraiment quel est le pouvoir thérapeutique à court et à plus long terme d'un soin techniquement performant quand il est administré sans attention ? Que se passe-t-il, y compris à un niveau physiologique, quand la médecine fait peur à ceux qu'elle soigne ? Aussi quand les intellectuels du microcosme parisien ricanent sur le « *care* mémère », une « histoire de bonnes femmes », des « nunucheries », on ne

peut que constater l'impact déplorable de l'antiféminisme dans la société française. Une société où l'on nous fait croire que les femmes « auraient tout gagné », mais où l'on continue de penser que les domaines où, pour des raisons historiques liées au patriarcat, les femmes excellent, comme le domaine du *care* précisément, ne méritent pas que l'on s'y intéresse intellectuellement et politiquement. De façon assez acerbe, on nous répond : il n'y a pas d'argent pour ça, il faut faire avec ! Or, je pense que notre capacité à demeurer une société décente repose actuellement sur celle de prendre au sérieux les enjeux du soin, entendu comme attention portée aux besoins et à la personne d'autrui. Pour soutenir cet enjeu de civilisation, il nous faut donc ignorer souverainement les Cassandre de « la crise de l'Euro » et autres effondrements des marchés passés ou à venir, et s'interroger sur ce qu'on pourrait faire, même à moyens constants.

J'ai bien conscience de tenir là un propos pas très politiquement correct. Si je suis convaincue qu'il faut mieux reconnaître, mieux distribuer et mieux rémunérer les activités du *care*, et bien consciente des coupes budgétaires réalisées à tout va, je pense aussi que s'il fallait toujours attendre d'avoir plus de moyens, on ne ferait jamais rien. Les lamentations généralisées qui caractérisent les Français d'aujourd'hui, où chacun rejette sur les autres la responsabilité de sa soi-disant impuissance – « C'est la faute au Directeur, la faute aux Gestionnaires, la faute au Gouvernement ... ou la faute au personnel mal formé et de mauvaise volonté » – font partie intégrante du problème que nous avons à traiter collective-

ment. Tout ne se résume pas à une question de moyens, ni de bonne gestion. Quand les gens se bougent, ils obtiennent des résultats. Je pense par exemple au Réseau Éducation Sans Frontières (RESF). Il faut donc aussi croire que certaines choses sont importantes, plus importantes que d'autres. Pour revenir sur le soin, penser à notre vulnérabilité est certes angoissant et il serait sans doute plus confortable, en apparence, d'en déléguer le souci à des personnes subalternes qu'on ne serait pas obligé d'écouter et qui, de toutes façons, hésiteront à parler publiquement. Rendre visible et compréhensible le travail de *care*, l'extraire de la « nature » des femmes, peut contribuer à nourrir le débat sur l'importance de nos vies et de l'attention qu'il convient d'accorder à ceux, plus souvent celles, qui en prennent soin. ■

- 1. Joan Tronto, 1993, *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*, New York, Routledge, traduction française, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, Éditions La Découverte, Paris, 2009.
- 2. Pascale Molinier, Sandra Laugier, Patricia Paperman, *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2009.
- 3. Everett C. Hughes, 1956, « Division du travail et rôle social », *Le Regard sociologique*, Éditions de L'Ehess.
- 4. Avec Patricia Paperman.
- 5. Marie-Françoise Collière, *Promouvoir la vie : de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, InterÉditions, 1982.
- 6. Margaret Cohen, *Histoires de naissances et de mort*, Autrement. Série Morales. *Le Respect*, 1993, 10 : 67-87.
- 7. Despret Vinciane, *Penser comme un rat*, Editions quae.

Le plaisir d'être au service

Delphine Hubert, médecin généraliste à Paris

Ce que j'aime bien, en fin de consultation, quand on a bien fait le tour de toutes les questions médicales, c'est ce moment délicat où j'aide les vieilles dames à remettre leur manteau. Un geste tout simple, où je leur tiens le manteau et les aide à enfiler les manches. Comme si en me mettant à leur service, c'est toute la noblesse de notre métier qui était ainsi représentée, où au-delà du savoir et du pouvoir médical, ce sont les notions d'aide et d'humanité qui sont mises en jeu. ■

Une après-midi de consultations

Au centre de planification du CHU, les mercredis après-midi, ce sont les « portes ouvertes », un travail imprévisible, varié, non codifiable.

I **Sylvie Cognard**, médecin généraliste

§Planning,

§Adolescent, jeune

§Revenu, Rémunération soignants,

à l'acte, forfaitaire, T2A

Les ados viennent sans rendez-vous, c'est anonyme et gratuit. L'équipe est composée d'une infirmière, d'une secrétaire, de l'interne de médecine générale, d'une conseillère et d'un médecin. Les jeunes viennent chercher des infos, discuter sexualité, faire des tests de grossesse, des dépistages d'infections sexuellement transmissibles, se procurer une contraception. Il s'agit pour l'équipe de partir du visible, de ce que l'on nous donne à voir, pour tenter d'approcher l'invisible, l'intime.

Laura 19 ans vient ce jour avec sa mère. Elle est handicapée mentale. Laura veut que sa mère l'accompagne. Ce qu'elle a à me dire semble compliqué. Je lui avais ôté un implant mal toléré. Elle avait essayé le stérilet et j'avais dû le lui retirer. J'avais alors proposé une injection de progestérone retard, une contraception pour trois mois. Se donner du temps pour réfléchir. Réfléchir à cette contraception difficile, à cette sexualité difficile. Laura ne sait pas dire non et rêve du Prince Charmant à chaque partenaire. Aujourd'hui, il ne s'agit pas de cela. Laura n'est pas allée à la selle depuis un mois, elle a très mal au ventre. Elle est allée trois fois aux urgences. Elle dit avoir été mal reçue, « Ils ne m'ont rien fait ». On lui a prescrit des lavements à faire chez elle, toute seule, c'était difficile... Et pourtant à la radio, il y avait des « taches blanches »... Je les écoute pendant une demi-heure. Les écouter sans les interrompre les détend petit à petit. La souffrance, les angoisses de leurs discours se déversent en cascade. Quand le flot de paroles se tarit, j'explique, je rassure, je donne des conseils et prescris une solution évacuatrice à boire comme avant une coloscopie. Je dis aussi que les neuroleptiques favorisent la constipation, qu'il me semble important d'y associer des laxatifs doux.

Pendant ce temps l'infirmière, l'interne et la conseillère ont reçu plusieurs jeunes. Un des tests de grossesse chez une jeune fille de 15 ans s'est

avéré positif, elle dit souhaiter garder sa grossesse. Je la reçois, nous discutons. Son désir s'avère être plutôt une volonté de montrer qu'elle est grande, pas d'avoir un enfant. Ses parents sont séparés, son père vient d'avoir un petit avec sa nouvelle compagne, elle a l'impression qu'il ne s'occupe plus d'elle. Elle s'est fâchée avec sa mère qu'elle n'a pas vue depuis quatre mois.

L'interne m'a « réservé » un jeune homme qui lui a demandé des tranquillisants en même temps que des tests de dépistage, il l'a trouvé bizarre... Il est venu avec une amie. Je demande à le voir seul. Je lui fais part de mon étonnement à ce qu'il demande des tranquillisants. Il m'expliquera qu'il fait ses études ici et que sa famille est au loin, qu'il n'arrive pas à révéler son homosexualité à son père, que sa mère est affolée de ses fréquentations et que les rares week-ends où il retourne chez lui, c'est l'enfer. En fait, ici aussi c'est l'enfer. Son ami a 40 ans, n'a pas de travail fixe, consomme de nombreux produits illicites et ne lui apporte pas l'affection qu'il recherche.

A la fin de la journée, il me faut coder ces consultations sur l'autel de la T2A, mère de l'hôpital entreprise. Pas rentable de coter une simple consultation spécialisée pour les quarante-cinq minutes passées avec Laura, ni pour la grosse demi-heure passée avec le jeune homme. Le soin invisible ne passe pas au codage et pourtant...

Durant cette après-midi, une jeune externe a accompagné les membres de l'équipe, assistant aux entretiens des uns et des autres avec les ados qui donnaient leur accord à sa présence. Lors du débriefing, je suis étonnée de son esprit d'observation. Elle a compris comment on faisait pour deviner, voir l'invisible, respecter le rythme parfois très lent, écouter les silences. Chaque membre de l'équipe est resté lui-même, on ne lui a pas dit grand-chose. La transmission des savoirs n'a pas eu besoin de mots. Pas de codage pour la transmission, elle est restée invisible elle aussi. ■

La bignolle, une espèce en voie de disparition

Le pigeon est la terreur de la bignolle que l'on voit de moins en moins faire la pipelette de bon matin sur les trottoirs de Paris.

Yveline Frilay, médecin généraliste

La première concierge est arrivée en 1292 à Paris, et ne garda longtemps que les hôtels particuliers. C'est au début du XIX^e siècle que sa fonction se répandit avec la construction des immeubles haussmanniens. Sa fonction initiale était telle qu'elle était vouée corps et âme au propriétaire, et lui a valu les surnoms les plus inhumains : « lourdier », qui met à la porte le mauvais payeur, « pipelette », « le cerbère », qui empêche de rentrer, et une réputation d'informateur du policier qui lui valut ce nom d'argot de « bignolle », qui bigle, louche, lorgne par le trou de la serrure. Pourquoi les écrivains ont-ils fait mauvaise presse aux gardiens ? En 1929, la concierge sera celle à qui on demandera de faire le ménage et distribuer le courrier.

De nos jours, on préfère remplacer Maria (neuf fois sur dix c'est son nom) par le digicode, l'interphone, la vidéo surveillance. Elle est payée à la tâche (en fonction du nombre d'appartements) avec un salaire de misère. Certes, elle est logée pour peu cher, pas toujours très confortablement. Dans ce monde où on évalue chaque activité, celles qui ne rapportent pas sont oubliées et pourtant en 2004, lors de la canicule, personne ne s'est penché sur les morts évitées : c'est elle qui s'aperçoit que les personnes seules ne sortent plus de chez elles, appelle ou accompagne chez le médecin, va chercher les médicaments à la pharmacie. Elle a un rôle social de médiation dans les conflits de voisinage, dans l'éducation des jeunes « Toi, tu m'as interdit des choses, ce que ma mère ne faisait pas, cela m'a empêché de faire des bêtises ». Elles transforment parfois leur immeuble en maison de retraite. Elles font les commissions, préparent les repas, changent les ampoules, appellent le plombier. En 1947, le cordon a été supprimé, sinon on les dérangeait nuit et jour. S'est-on interrogé sur le nombre d'augmentation des cambriolages des appartements parisiens, sur leur rôle de police de proximité bien avant l'heure ? A-t-on mesuré le temps perdu pour chercher les colis, les lettres recommandées à La Poste, alors qu'on supprime les bureaux de poste et les gui-

chets, et qu'il faut faire la queue ? Même présent chez soi, le postier ne monte pas. Combien de fois ai-je retrouvé dans ma boîte aux lettres une enveloppe avec « code empêchant l'entrée de l'immeuble » ?

Un jour Maria, angoissée m'appelle, « Venez, je suis chez Madame, elle meurt ». Lorsque j'arrive, je retrouve une femme assise sur une chaise qui se plaint d'une douleur thoracique, la gardienne l'avait trouvée inanimée « J'ai fait comme à la télé, j'ai massé devant ». « Pas grave » lui dis-je, « une côte cassée, mais la vie est sauve ». Appel au 15 et direction l'hôpital pour la pose du pacemaker.

Maria joue l'entremetteuse : Laura avait perdu la tête car son amant qui venait toujours la chercher pour aller au restaurant ou chez le médecin mourut ; Maria la récupérait et la ramenait dans la loge. Laura resta triste, j'allai la voir chez elle, je compris alors sa grande histoire d'amour. Son mari qui perdait aussi la tête, devenait de plus en plus violent. Je fus appelée par Maria pour le calmer. Ne pouvant l'approcher et n'étant pas son médecin, j'ai appelé le CMP (centre médico-psychologique), bien sûr, en juillet personne ne se déplace. Devais-je expédier le « vieux » à l'hôpital psy ? Un peu dur. Avec la complicité de Maria, j'ai prescrit la « soumission chimique » qu'elle lui fit ingurgiter, et dès le jour même, il ne fut jamais aussi doux et caissant.

Elles sont corvéables à merci, et quand approche la retraite ou la maladie, il faut virer la gardienne, sans état d'âme. Au prix du mètre carré à Paris, vendre ou louer la loge, cela rapportera. C'est ainsi que pour Maria, menacée d'expulsion, trop fatiguée pour quérir un logement à la mairie où l'assistante sociale n'avait pas été à la hauteur, les hospitaliers ont dû reculer sans cesse la chimiothérapie jusqu'au jour où ils se sont décidés. A la deuxième cure, Maria aura de la fièvre, ne m'appellera pas, ira tardivement à l'hôpital où elle décèdera deux semaines avant le passage au tribunal pour expulsion, évitant ainsi la honte de sa vie. ■

§Aide, soins à domicile,
§Logement, Banlieue, Politique urbaine,
§Pratique médicale,
§Ecoute, empathie,
Relation soignant soigné

§Qualité des soins, technicité,
§Femmes, Condition féminine,
Droit des femmes, §Société,
§Travail, conditions de travail

De quoi le *care* est-il le nom ?

En quoi le soin rencontre-t-il la question du genre, et plus particulièrement la place des femmes dans la société ?

▮ **Fabienne Brugère**, philosophe, professeur à l'Université de Bordeaux

On sait que les femmes et les hommes ne sont pas si différents, mais qu'ils ont des vies quotidiennes et sociales souvent très dissemblables. Qui prend soin des nouveau-nés, s'occupe des enfants, des personnes âgées, opte pour les métiers de service à la personne ? Les femmes, surtout les femmes. Qui a droit à une double journée de travail dépensée entre une activité professionnelle et des tâches domestiques, familiales ? Encore les femmes. Qui entreprend des démarches de réinsertion sociale, fait des courses, accompagne ? En général les femmes. La société naturalise les dispositions au soin associées à une capacité qui serait toute féminine à compatir, à s'occuper d'autrui et à déployer de bons sentiments. Naturaliser revient à effacer l'aspect professionnel du soin, les compétences qu'il requiert au profit d'un brouillage du privé et du public, d'un maintien d'une sphère informelle du soin et de l'oubli de la nécessité de politiques publiques innovantes pour pallier le manque de reconnaissance de ces professions.

La question des activités de soin et de leur reconnaissance est au cœur de l'éthique du *care* américaine qui s'est développée depuis le début des années 80 dans l'Amérique de Reagan. Face à la célébration de l'individu entrepreneur, intéressé à posséder toujours davantage dans une société de marché autorégulée, elle vient rappeler que les croisades conquérantes des uns ne sont possibles que parce que d'autres, des femmes mais aussi des gens qui ont besoin d'un gagne-pain, des migrants, se portent garants des tâches de soin (des enfants, des personnes âgées, des individus entrepreneurs, etc.). Au moins faut-il soutenir que les tâches de soin, largement invisibilisées ou euphémisées, doivent être reconnues comme condition sine qua non de l'activité économique. Mais, au-delà de cette meilleure intégration économique du soin, que nous disent les doctrines contemporaines qui reposent sur les valeurs de confiance, d'attention et de prise en charge de la vulnérabilité ou de la dépendance ? Comment

mieux prendre en compte le projet d'une société nouvelle, loin de la marchandisation globalisante comment refuser de faire de nos corps, de nos esprits et de nos relations sociales des produits ?

La définition du *care*

Pour définir le *care*, on peut évoquer facilement le livre de Gilligan, *Une voix différente*¹, qui revient à penser une morale minoritaire associée au souci des individus trop vulnérables, à la perception des conflits dans les rapports humains. Cette éthique du *care* est généralement portée par des femmes, par opposition à une morale majoritaire, d'inspiration kantienne, réactualisée dans le libéralisme politique de John Rawls et la psychologie du développement moral de Kohlberg, généralement liée au vécu des hommes, à la figure de l'individu autonome ou désintéressé qui sert de fondement à une éthique de la justice. Evoquer le *care* revient à laisser la parole à une morale des femmes, à la construction d'un sexe de la morale, où à ce que l'on peut désigner en français sous l'expression « le sexe de la sollicitude », longtemps condamné au silence². Pour la spécialiste de psychologie du développement qu'est Gilligan, se mettre à l'écoute de la voix des femmes, c'est donc comprendre la réalité du *care* comme un ensemble de conduites morales qui reposent sur la mise en commun, la prise en charge d'autrui dans un contexte instable, l'expérience d'un moi relationnel plutôt que sur la séparation des sphères subjectives et le culte d'un moi distancié, nettement séparé des autres. On peut alors remarquer que les femmes se construisent psychiquement à travers une conscience de soi structurée par une « capacité d'empathie »³.

En général, les femmes sont beaucoup plus investies que les hommes dans les relations de soin, d'attachement, bref de sollicitude, qui supposent un fort engagement affectif. Les hommes portent plus d'intérêt à leur construction individuelle et établissent des relations laissant davantage de

Fabienne Brugère est l'auteur de *Le sexe de la sollicitude*, Seuil, 2008.

place à la compétition, aux règles et aux lois qui permettent l'établissement d'une distance affective dans le rapport aux autres. Alors, comment mieux penser le *care* pour qu'il devienne une affaire d'humains avant d'être une désignation des femmes, d'autant que sa reconnaissance non sexuée porterait en même temps la possibilité de le sortir de « l'invisibilité sociale »⁴ ?

Définir le *care* ne saurait se faire sans reconnaître son statut d'activité générique. Le *care* désigne certes l'assignation d'une morale à un sexe, mais il porte en même temps le vœu politique de rendre visible une voix réduite au silence, celle du soin. En même temps, celui-ci se réalise dans des pratiques sociales. Plus explicitement, le *care* n'est pas seulement une relation dyadique de soin à travers laquelle une activité est réalisée dans un état affectif particulier. Selon Joan Tronto, dans *Un monde vulnérable*, le problème essentiel concerne un ensemble de pratiques ou d'activités collectives sous la forme d'un soin ou d'une protection ; d'où, une définition très large du *care* : « Une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie »⁵.

Le *care* et ses pratiques

Dans l'esprit de Tronto, il s'agit d'envisager le *care* comme une morale pragmatique enracinée dans un monde social qu'il faut corriger, transformer et rendre plus à même de faire voler en éclats les relations de pouvoir ou de paternalisme souvent présentes dans le soin. Cette pensée est fondée sur l'ensemble des pratiques concrètes et sociologiquement attestées que recouvre le *care*. Elle s'accompagne d'une anthropologie de la vulnérabilité et d'une philosophie du sujet comme porteur de besoins. S'il existe bien des usages du *care*, c'est dans la perspective d'une philosophie soucieuse du monde social et de ses transformations, dans le cadre d'un tournant particulariste de la philosophie morale.

Le *care* doit impérativement être analysé par la référence au travail, ce qui suppose d'aborder la question des compétences – du bon *care* – et de la place accordée au travail de *care* dans nos sociétés capitalistes. Le livre de Tronto explore magistralement ces deux pistes à travers une décomposition des phases du travail de *care* et une critique sociale du *care*.

Qu'est-ce qu'un bon *care* ? Selon Joan Tronto,

« L'attention, la responsabilité, la compétence et la capacité de réponse constituent une grammaire éthique de l'acte de *care*. »

« nous avons noté qu'en tant que processus actif, le *care* comportait quatre phases, analytiquement distinctes, mais intimement liées. Ce sont les suivantes : se soucier de, prendre en charge, prendre soin et recevoir le soin »⁶. La première phase enclenche le processus du *care* ; définie comme *caring about*, elle consiste en cette disposition qu'est l'attention comme reconnaissance d'un besoin qui demande à être satisfait. La seconde, *taking care of*, implique de voir que le besoin peut être effectivement satisfait et de concevoir les moyens adéquats pour ce faire ; elle désigne la prise en charge, le fait

d'assumer une responsabilité. Avec la troisième, *care-giving*, c'est la mise en avant du travail effectif du soin et de sa « compétence » dans la réponse effective au besoin. Enfin, un bon *care* passe par le *care-receiving*, la capacité de réponse du bénéficiaire. Ce dernier moment fonctionne comme la vérification du bon *care* : on s'enquiert auprès de celui qui a bénéficié du *care* que celui-ci était bien adéquat à son besoin.

L'attention, la responsabilité, la compétence et la capacité de réponse constituent une grammaire éthique

de l'acte de *care*⁷. Mais, Joan Tronto n'en reste pas à cette dimension éthique du bon *care*. Elle en appelle à une analyse politique qui nous fait rejoindre plus explicitement le registre du soin et de l'interrogation sur la place du soin dans nos sociétés. Evoquer la dimension du soin dans le *care*, c'est alors faire surgir toute une approche sociale et politique du *care* à partir des questions suivantes : quelle place laissons-nous au soin dans nos vies ? Nos sociétés sont-elles vraiment démocratiques, ce qui supposerait à la fois un partage du *care* entre tous les citoyens et une vraie reconnaissance des pratiques concernées par le soin ? Bref, le livre de Tronto engage une réflexion sur le sens à donner à une démocratie du soin. En ce sens, l'originalité du livre ne repose pas seulement sur l'ambition de fournir une théorie générale du *care*, elle réside également dans le déploiement d'une théorie critique qui dénonce et exhibe les mécanismes par lesquels s'est opérée, dans nos sociétés, une marginalisation du *care*, principalement de ses pratiques et des personnes qui le fournissent. Ainsi, faut-il penser un contexte idéologique du *care*. Il est symptomatique de remarquer que, plus le *care* s'écarte de la prise en charge (sur le modèle du médecin qui prend en charge un patient) et plus il prend la forme du souci de préoccupations privées ou locales (comme l'aide-soignante qui nettoie un malade), plus il est délaissé par les puissants⁸. Par exemple, faire l'histoire des tâches de nettoyage liées aux fonctions corporelles, éléments centraux des soins dévolus aux plus dépen-

.../...

.../... dants (petits enfants, personnes âgées, etc.), c'est rappeler que ces tâches ont principalement été dévolues aux femmes – mais pas à toutes les femmes –, aux gens de couleur, aux classes ouvrières. Le *care* est l'objet d'un partage social selon le genre, la race et la classe. Il peut alors devenir l'objet d'un travail mal rémunéré (travail des dominés ou des faibles au service des puissants) et peu considéré, alors même qu'il constitue un rouage essentiel du fonctionnement de la société de marché. Alors que le soin concerne une grande partie de notre vie de tous les jours, nous

n'en reconnaissons pas la valeur et ne donnons pas à cette dimension l'attention qu'elle mérite.

« Alors que le soin concerne une grande partie de notre vie de tous les jours, nous n'en reconnaissons pas la valeur. »

Cette dévalorisation systématique du *care* s'enracine dans une association constante avec la sphère privée, l'affectivité et la proximité ; le *care* est ainsi naturalisé et sa reconnaissance comme travail difficile annulée. Il faut ajouter l'absence d'une compréhension unifiée du *care* dont le signe le plus visible est la fragmentation de ses activités.

Comment, dès lors, saisir sa place structurellement centrale dans la vie sociale ? Par l'affirmation d'une dimension politique du *care*. Redéfinir le *care*, c'est dénoncer un processus de marginalisation de ses activités. Plus fondamentalement, l'idéologie libérale de tradition kantienne reprise par John Rawls, qui fait de l'individu autonome une valeur morale et la figure magistrale d'une égalité abstraite, cache une distribution inégale du pouvoir, des ressources et des distinctions sociales. Un autre modèle de société, structuré par une véritable prise en compte politique et sociale du *care*, est possible. Ce modèle refuserait la naturalisation féminine de ces questions, il n'en reste pas à l'analyse interpersonnelle et identifie des « dispositifs de soin »⁹ à repenser dans des politiques publiques qui ne considéreraient plus les destinataires du *care* comme des éléments passifs du processus de soin. Il s'agit de dessiner avec le *care* un programme politique, de viser l'élaboration d'une théorie critique enracinée dans une prise en compte des mouvements politiques contestataires américains, européens ou autres, minoritaires mais extrêmement actifs, soucieux de rétablir des relations sociales plus horizontales. Ainsi, l'article de Nancy Fraser « *After the Family Wage : A Postindustrial Thought Experiment* »¹⁰ vaut-il comme la tentative de proposer un modèle poli-

tique et social du *care* en reconceptualisant la division du travail qui caractérise les politiques communes des pays capitalistes. Nancy Fraser identifie deux approches, la première reposant sur un travail du *care* institutionnalisé, mais mal rémunéré, et la seconde sur un programme politique qui reconnaît toute tâche de *care* comme un vrai travail et une sphère séparée ou autonome. Ces deux politiques du *care* ont chacune un inconvénient : la première suppose un Etat distributeur d'argent, qui place toutefois le travail du *care* en bas de l'échelle sociale – simple gagne-pain –, ce qui ne peut que renforcer les inégalités de genre, de classe et de race ; la seconde valorise la reconnaissance du *care* mais risque de le laisser entre les mains des femmes exclusivement, de telle sorte que, sans politique d'éducation des hommes au *care*, les tâches liées au soin risquent de rester plus que jamais une affaire de femmes. On peut alors imaginer un troisième modèle dans lequel serait privilégié le lien entre le fait de travailler et de donner des soins. Dans ce scénario, la place du travail doit devenir moins centrale qu'elle n'est dans nos sociétés, pour les femmes mais surtout pour les hommes, afin que chacune et chacun puisse consacrer du temps au *care* : un *care* intégré à la vie de tout humain en quelque sorte. Il s'agit bien alors de viser une critique de la division capitaliste du travail pour proposer un modèle idéal de *care* vers lequel devraient tendre les politiques publiques. ■

1. Carol Gilligan, *In a Different Voice*, Cambridge Mass, Harvard University Press, 1982, dernières traduction, *Une voix différente*, Paris, Champs essais Flammarion, 2008.
2. Je me permets de renvoyer à Fabienne Brugère, *Le sexe de la sollicitude*, Paris, Seuil, 2008.
3. *Ibid.*, p. 22.
4. Guillaume le Blanc, *L'invisibilité sociale*, Paris, PUF, 2009.
5. Joan Tronto, *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*, New York, Londres, Routledge, 1993, traduction : *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte, 2009, p. 143.
6. *Ibid.*
7. *Un monde vulnérable*, *op. cit.*, p. 147-150. Les quatre phases du bon *care* ont d'abord été décrites dans un article que j'ai rédigé pour le site La vie des idées, « Pour une théorie générale du *care* ».
8. *Un monde vulnérable*, *op. cit.*, p. 158-159.
9. *Un monde vulnérable*, *op. cit.*, p. 185.
10. Nancy Fraser, « After the Family Wage : A Postindustrial Thought Experiment » in *Global Dimensions of Gender and Carework*, Zimmerman, Litt and Bose edition, Stanford University Press, 2006.



Avant le procès, un médecin a été chargé d'examiner Bernadette. Le certificat médical relève : « Des cicatrices rondes du diamètre d'une cigarette sur les mains et les avant-bras (environ une dizaine). Sur les pieds, des cicatrices ponctiformes (environ une vingtaine). Sur les avant-bras, des cicatrices fixes et rectilignes (huit sur le bras gauche), et des cicatrices plus larges (8 mm) et plus longues (6 cm l'une et 4 cm l'autre), plus une cicatrice de 3 cm sur huit millimètres, de couteau très foncée. Sur le dos : cicatrices multiples, six rectilignes, onze rondes et une plus importante de cinq centimètres de long sur 1,5 cm de large. Sur le visage, trois cicatrices très fines près des yeux : deux à droite et une à gauche. » A son procès, Bernadette a raconté : « Cela a commencé par des gifles, des coups de poings, puis elle me frappait avec un balai. Elle m'écrasait les

pieds avec ses talons aiguilles, ou éteignait ses cigarettes sur mes bras. Deux fois, elle m'a appliqué le fer à repasser sur les avant-bras. Une fois, elle a appuyé mes mains sur les plaques électriques allumées. Elle les a maintenues jusqu'à ce qu'elles deviennent gonflées et suintent du liquide. Une fois, elle a pris mon avant-bras et l'a lézardé de onze coups de couteau. Trois fois, elle m'a forcée à me déshabiller, elle a écarté mon vagin et elle a versé de la purée de piment dedans. » Enfermée dans un appartement d'une barre d'immeubles de Gennevilliers, le supplice de Bernadette a duré 10 mois. Quand elle s'est enfuie, sa tortionnaire a recruté une autre « bonne à tout faire » togolaise et lui a fait subir les mêmes sévices. Le 4 avril 2006, la cour d'assises des Hauts-de-Seine l'a condamnée à six ans de prison pour viol et agression sexuelle avec torture.

Des travailleuses comme les autres ?

Il y a depuis quelques années des discussions autour de la prostitution, une reconfiguration des perceptions qui met en lumière des courants de pensée opposés.

I Dominique Louise Pélegrin, journaliste, écrivain

Dans la mouvance d'un grand courant féministe, la question de la prostitution est posée depuis les années 70 sous deux angles. Celui des féministes, avec l'hypothèse que personne ne voudrait se prostituer s'il avait le choix, que la prostitution est pour les femmes une situation maltraitante, une exploitation. Dans la même période, des femmes prostituées s'intitulent, d'abord aux Etats-Unis et en Angleterre, « travailleuses du sexe » et défendent leurs droits en tant que tels, intervenant directement dans le débat. Dans les années 90 apparaissent les prostituées étrangères, avec une précarisation accrue. Tandis que les féministes s'efforcent d'obtenir que la France se dote d'une politique répressive, un autre courant assez vigoureux défend l'idée que se prostituer peut être une activité tout à fait normale, et qu'en stigmatisant celles et ceux qui l'exercent, on les prive de leurs droits fondamentaux – ainsi, au début des années 2000, les lois Sarkozy criminalisant le racolage ont encore fragilisé les prostitué-es.

Un-e prostitué-e ne « se » vend pas, mais propose un service

En Europe, les visions les plus opposées cohabitent : la Suède criminalise depuis quelques années les clients et estime que quelqu'un qui se prostitue est forcément une victime, même si elle se dit consentante... D'autres pays comme le Danemark ont fait de la prostitution et de la pornographie des industries à forte valeur ajoutée. La prostitution légale et organisée se développe et s'accompagne le plus souvent d'une opportune euphémisation : les actionnaires de bordels œuvrent dans une « industrie de loisirs », la prostitution s'intitule « sexualité récréative », le proxénète est un manager, entrepreneur en érotisme.

Les tenants de ce courant critiquent l'imaginaire ancien de la prostitution – vue comme une aliénation pour la femme contrainte de « se vendre ».

Pour eux, un, une prostitué-e ne « se » vend pas, mais propose un « service ». C'est ce que défendent notamment les personnes interviewées par le cinéaste Jean-Michel Carré dans son film sur les *Travailleuses du sexe*. Les prostitué-e s interrogé-es soulignent les réelles capacités professionnelles mise en jeu dans cette activité : contrôle de soi, réflexion sur sa propre sexualité, attention à l'autre etc., comme dans d'autres métiers tels que théâtre, psychothérapie, massage etc.

Un sous-courant pousse encore plus loin la logique et tire la prostitution du côté du « soin à la personne ». Il s'agirait de faire reconnaître, comme c'est déjà le cas dans certains pays, des métiers d'« assistants sexuels » qui offrent des prestations rétribuées et remboursées par la Sécurité sociale à des personnes en situation particulière, par exemple handicapées.

Il s'agit, on le voit, d'une vision extrêmement libérale du corps et des activités de service dans une société ouverte et pragmatique. Ce point de vue est représenté aussi par un certain nombre de théoriciens, comme la juriste Marcela Iacub. Dans son *Antimanuel d'éducation sexuelle* (Bréal 2005), elle attaque la vision traditionnelles du sexe : « C'est en faisant de la « sexualité » non seulement une valeur en soi, mais quelque chose que l'Etat doit protéger qu'on reconduit une morale sexuelle restrictive et autoritaire ». La féministe Gail Pheterson, dans *Le Prisme de la prostitution* (Harmattan 2001) invite à replacer la prostitution dans un cadre plus général des rapports hommes-femmes : « Quatre institutions réglementent les relations entre hommes et femmes : l'hétérosexualité obligatoire, le mariage, la reproduction et la prostitution ». C'est asymétrique, dit-elle. « La classe hommes a davantage d'autorité, d'autonomie, de droits d'accès aux ressources et de statut que la classe femmes. Les femmes doivent fournir des services aux hommes. La violence sert à inti-

mider, contrôler et s'appropriier les femmes ». Elle note aussi que « le déshonneur qu'on attribue aux prostituées a de très grosses conséquences légales : les femmes sont autorisées à donner de la sexualité gratuitement, mais pas à la négocier ». Elle propose des réflexions sur le rapport entre prostitution et systèmes familiaux et note que « la fonction explicite des conventions de l'ONU est de maintenir le contrôle adulte masculin et étatique sur les jeunes, les femmes et les migrants. Ce contrôle est enrobé sous les termes « protection », « prévention », « réhabilitation », « réinsertion » des « victimes », mais la logique du message est celle d'une interdiction de l'autodétermination des femmes ».

Le courant « abolitionniste » et féministe traditionnel se trouve donc un peu dépassé quand il fait forcément des femmes des victimes – c'est sans doute ce qui passe mal aujourd'hui. Faire des femmes des victimes, c'est, d'une certaine manière, accepter le système patriarcal, qui a tant d'intérêt à classer : les femmes « honnêtes » d'un côté, les prostituées en « femmes perdues » de l'autre... De fait, des femmes migrantes peuvent se mettre à leur compte dans la prostitution pendant un temps, par choix. D'autres peuvent devenir des souteneurs compétents... Dans le film de Jean-Michel Carré, on entend une charge vigoureuse contre les « féministes » et les abolitionnistes, qui feraient plus de mal que les souteneurs (lesquels, on le sait, n'existent pas...) ! Les travailleurs du sexe ont désormais des syndicats et des représentants assez médiatisés. Gail Pheterson note en 2003 que le Bureau international du travail (BIT) a commencé à considérer la prostitution comme un secteur d'emploi faisant partie du revenu national des pays. Comme le note Suzy Rojzman, membre de la CADAC (Collectif des Associations pour le Droit à l'Avortement et à la Contraception) : « Lors de la 4^e Conférence mondiale de l'ONU sur les femmes (Pékin, 1995) est apparue dans les textes officiels une distinction entre la prostitution "libre" et la prostitution "forcée". La prostitution "forcée" concernerait les personnes victimes de la traite, alors que la prostitution "libre" concernerait la prostitution "locale" et serait le fait de personnes qui ont "choisi" de se livrer à une telle activité »... Ainsi cheminent les idées, et les courants...

Dans un petit livre tout récent, *Féminismes au pluriel* (Syllepses) dirigé par trois jeunes chercheurs et militants, Pauline Debenest, Vincent Gay et Gabriel Girard, on trouve des interviews de prostituées militantes d'associations qui, dans les mêmes termes que les personnages du film de Jean-Michel Carré, récusent les courants abolitionnistes, et ne se sentent pas reconnues par les « féministes ». Ainsi, Isabelle : « L'abolition était basée sur l'idée qu'en chassant les proxénètes, aucune femme ne se livrerait à la prostitution de son propre choix. Or le proxénétisme

a reculé en France, mais les prostituées ont continué. Quand j'ai commencé, j'ai bénéficié de ces avancées et dans ma génération, nous avons souvent fait le choix de la prostitution ce qui doit fâcher le mouvement abolitionniste... ». Une autre prostituée, Camille, militante de l'association toulousaine Grisélidis dit, elle aussi, quelque chose d'intéressant : « Les féministes avec lesquelles nous travaillons acceptent que des femmes puissent faire des choix : le choix de porter le voile ou de ne pas le porter, le choix de se prostituer ou de ne pas se prostituer... on peut parler librement sans se censurer. »

Ce télescope entre liberté de porter « le voile » et liberté de se prostituer ou pas semble étonnant. Mais ce rapprochement entre deux luttes de femmes marginalisées existe depuis le début des années 2000. Des associations ont à la fois défendu les unes et les autres... Qu'est-ce que cela signifie ? Les femmes d'une nouvelle génération partent de leur propre subjectivité, et s'expriment dans des espaces méconnus et maltraités par les courants dominants – fussent-ils féministes. Elles renvoient parfois les femmes des classes moyennes blanches à leur prétendu « universalisme » où elles ne se retrouvent pas. Ces jeunes femmes viennent télescoper les cadres de pensée, notamment des féministes de la génération précédente. On doit en tirer les conséquences pour éviter une occultation majeure : un débat sur la prostitution résumé à une querelle entre jeunes femmes pragmatiques dans un monde ouvert, et vieilles féministes dépassées – tandis que se développe, en réalité, une prostitution très « forcée » et très profitable pour certains groupes.

Dans le cadre d'une réflexion sur l'invisibilisation des femmes, il faut donc bien voir ce que cache ce débat, ce qu'une approche individuelle, individualisante, libérale de la prostitution occulte en réalité. Partout dans le monde, l'imaginaire de la pornographie prend beaucoup d'importance, un haut niveau d'excitation érotique marchande traverse les sociétés et les organise. Le sociologue canadien Richard Poulin résume très bien la situation : en France, la prostitution est vue sous l'angle de la liberté individuelle, des droits civils, et sous l'angle « artiste » (je fais ce que je veux, et je peux gagner ma vie, dans ce métier qui doit être reconnu autant que les autres). Dans son livre *La Mondialisation des industries du sexe* (Imago 2005), il démontre que s'il existe ça et là des poches d'artisanat indépendant, dans sa réalité mondialisée la prostitution relève du droit – ou plutôt du non droit – commercial.

« Faire des femmes des victimes, c'est accepter le système patriarcal, qui a intérêt à classer : les femmes "honnêtes" d'un côté, les prostituées en "femmes perdues", de l'autre... »

.../...

.../... Car en France comme ailleurs, la majorité des prostituées sont étrangères. Très peu « libres », pour la plupart. Mais on n'a pas vraiment envie de voir ça. Elles semblent déparier dans le paysage et dans le discours libéral. Dans le film de Jean-Michel Carré, l'une des intervenantes s'insurge contre le fait qu'on montre toujours une image tragique et glauque de la prostitution, avec des filles sur le trottoir... Dans le livre *Féminisme au pluriel* déjà cité, une prostituée, Camille, parle, à son arrivée dans la rue en 2003, d'un début de solidarité entre filles « indépendantes » contre d'autres qui l'étaient moins. Voici

« En dix ans, le trafic d'être humains a augmenté de 400 %, et les profits représentent sept à treize milliards de dollars par an. »

comment elle formule les choses : « Je pense qu'elles étaient indépendantes dans leur façon de travailler mais après, peut-être qu'il y avait du proxénétisme derrière aussi, et des enjeux qui nous dépassaient un peu, une violence avec laquelle on n'avait pas envie de se confronter. » Voilà bien résumée une volonté – collective – de ne pas voir. Dans un rapport de l'UNICEF, 2002, Barbara Limanowska écrit que 90 % des femmes du sud est de l'Europe qui migrent sont victimes de traites – ce qui n'est reconnu que dans 30 % des cas. Matiada Ngalikpima, dans

son rapport de 2005 sur l'esclavage sexuel, indique qu'en France, 70 % des prostituées sont d'origine étrangère, à peu près comme en Belgique, en Autriche ou en Angleterre. Elle donne ce chiffre encore, dont la source est la commission antimafia italienne : en dix ans (entre 1995 et 2005), le trafic d'être humains a augmenté de 400 %, et les profits représentent sept à treize milliards de dollars par an. En Bosnie, par exemple, écrit Matiada Ngalikpima, le salaire mensuel est de 200 euros, une maison de passe avec dix filles, comme il y en a des centaines, représente 1,25 millions de dollars par an. De son côté, en s'appuyant toujours sur des sources et des chiffres officiels, Richard Poulin écrit que 80 % de l'argent estimé de la prostitution ne va pas aux prostituées. Et ainsi de suite... Si on regarde la prostitution sous l'angle non pas d'un artisanat ou d'une entreprise individuelle, mais sous son angle industriel, on arrive à une tout autre vision.

Dans un monde où il y a 1,3 milliards de très pauvres, dont 70 % de femmes, tous les trafics peuvent se développer et, note Poulin « ce qui pouvait être perçu comme à la marge est désormais

au centre » : la corruption, l'extorsion, la marchandisation de l'humain, les trafics en tous genres. Les réseaux de grande criminalité ont évidemment intérêt à un discours soft, clean et dépassionné sur la prostitution en tant qu'activité totalement normale. A lire Poulin ou des rapports officiels sur le trafic des êtres humains et l'esclavage sexuel, on comprend bien que la prostitution est d'abord une vaste circulation de marchandises produites illégalement (par enlèvement, viol et contrainte) de façon mondialisée, et profitant à de grands groupes dits « du crime organisé ». Reste que cela ne passionne ni les foules, ni les gouvernements. Comme l'exprime une note de l'Office des nations unies contre la drogue et le crime en marge d'un rapport mondial sur la traite des personnes daté de 2009 : « De nombreux gouvernements restent dans le déni. Certains négligent même de signaler les cas de traite ou d'engager des poursuites. (...) pour la période 2007-2008, deux cinquièmes des pays visés par le rapport de l'UNODC n'avaient pas enregistré la moindre condamnation. »

La prostitution en tant qu'industrie, écrit Poulin, « profite plus que les individus de la poussée de l'individualisme hédoniste et consumériste où le corps est marchandisé, elle est pour ainsi dire adossée à lui. Toutes ces paillettes jettent un aveuglement certain sur la réalité des trafics mondiaux. » Le libéralisme moderne a promu une éthique permettant tous les mécanismes de contraintes marchandes et oppressives. Ce qu'on voit à l'œuvre à propos de la prostitution, l'invisibilisation des vrais débats peut se lire dans bien d'autres secteurs de l'économie, de la vie sociale et politique. ■

Bibliographie

- Richard Poulin a publié l'année dernière *Les jeunes et la pornographie*, www.scienceshumaines.com/les-jeunes-et-la-pornographie_fr_24482.html
- Matiada Ngalikpima, *L'Esclavage sexuel : un défi à l'Europe*, Ed. de Paris/Fondation Scelles, 2005. Les autres rapports cités sont consultables en ligne.
- Voir aussi le n° 101 de la remarquable revue *Travail Genre et société* : « Prostitution, marchés, organisations, mobilisation », Harmattan 2003, où se trouve un intéressant historique des débats autour de la prostitution depuis les années 70.

La rue, comme un voile !

Les femmes « tombées à la rue », formule dite par ces femmes elles-mêmes, sont devenues un phénomène social visible. Comment tisser un lien ?

I **Jean-Pierre Martin**, psychiatre

La visibilité est une notion des plus relatives car, comme perception objective, elle est profondément traversée par la subjectivité et ses fictions. La subjectivité est également une tension conflictuelle entre ce qui s'exprime comme représentation sociale et identification, elle-même consciente et inconsciente.

Vingt pour cent des personnes en errance sont des femmes. Plus que pour les hommes, la sympathie « pour leur bien » fait qu'elles sont plus facilement accompagnées dans des lieux d'accueil. Bien visibles, également, ces regards où se lisent le scandale, la réprobation et la compassion : atteinte bouleversante des représentations dominantes sur ce qui fait féminité, dégradation de l'image de la mère et l'enfant. Cet état fait violence et évoque immédiatement un statut de victime, comme une conséquence des violences subies par les femmes qui rend compte de la domination masculine, visible et invisible, vécues au quotidien, résonnantes dans nos propres vies et nos propres actions et dans le récit des itinéraires de violences : abus sexuels (40 % abusées, 60 % violentées physiquement). Cette sympathie ambivalente est d'abord l'expression de cette représentation de la domination masculine, qui entraîne leur soumission et leurs résistances.

Il se décline d'abord avec celle de la pauvreté, plus pauvres que les hommes, même si le constat est fait, au quotidien, qu'elles sont plus en capacité d'accéder aux minima sociaux. Si les femmes ont la « réputation » d'aller plus vers leurs droits et les prestations que les hommes, de moins se réfugier dans des positions d'abandon, les situations de pauvreté sont accrues pour les femmes – plus grande fragilité économique dans tous les champs du travail, plus grande dépendance dans la vie familiale et dans la charge d'éducation des enfants. A la rue ou dans les foyers (peu nombreux), elles apparaissent comme discrètes, peu demandeuses de soins, dans une réticence à se livrer qui traduit la honte et la culpabilité, mais aussi crainte de

retrouver des violences subies. Les violences familiales et conjugales sont rarement évoquées comme un mode d'accroche. Les enfants ont été déposés, hors de la chute, même si certaines femmes les revendiquent dans une identité de mère.

L'institution d'accueil est ainsi marquée par la reproduction de cette domination. Elle apparaît dévorante car elle se fonde sur des activités de normalisation qui stimulent tout ce qui va éveiller un autre regard sur soi : vêtements, coquetterie, éducation de la « femme d'intérieur » avec ses servitudes et protections, comme palliatif et remède à l'exclusion sociale. Cette visée éducative concerne en particulier la sexualité, objet d'une préoccupation beaucoup plus forte que pour les hommes.

La mise à l'abri, normalisation impérative, fait contrainte au féminin par le conflit entre l'imposition à se reconnaître dans un dispositif marqué par la domination masculine et celui d'être reconnue dans son « être femme ». La violence de ce cours entraîne des résistances adaptatives à la situation d'être pauvre et femme : intégrité du corps, liberté et indépendance revendiquée, « être bénéficiaire » dans les échanges, discrétion sur l'histoire personnelle, « tenir en respect », appropriation de valeurs masculines comme protection et appartenance au monde de la rue. De fait, la violence est un moyen de défense démultiplié par la crainte de l'autre. Les femmes apparaissent ainsi plus dans l'être que dans l'avoir, disent les ethnologues¹.

Cette approche interroge nos critères de protection, dans la représentation du féminin, quand ces femmes nous opposent une façon d'être en résistance, ou cèdent avec fatalisme, sans réel investissement. Comment entendre une façon d'être dans la souffrance et la liberté revendiquée ? Com-

§Femmes, Condition féminine, Droit des femmes, §Inégalités, exclusion sociale, §Psychiatrie, santé mentale, psychiatrie de secteur, §Violence, §Travail social, assistante sociale

« Si les femmes ont la "réputation" d'aller plus vers leurs droits et les prestations que les hommes, les situations de pauvreté sont accrues pour elles. »

.../...

.../... ment tisser un lien sans nous interroger sur ce que nous fabriquons, nous reproduisons, et ce qui fait résistance dans le refus et l'évitement comme approche d'un lien possible ?

La situation d'une femme mutique visitée par des passages réguliers hebdomadaires, dans un abri-bus depuis plusieurs années, prend consistance quand elle parle brièvement de l'absence de ces visites pendant une période de vacances. Son état physique se dégradant, elle accepte de monter un matin dans le bus de la BAPSA (police spécialisée vers les SDF à Paris) à la demande de l'équipe psychosociale du Réseau Souffrance et Précarités. Son passage aux urgences permet de traiter la dimension mélancolique de son repli et entraîne une hospitalisation à la demande d'un tiers.

Une autre jeune femme est rencontrée dans un accueil de jour. Elle a déjà eu un suivi psychiatrique, mais est en rupture depuis deux ans. Elle survit avec de petits boulots et un circuit d'hébergement social pour des femmes en errance. Elle parle de sa vie, par bribes, marquée par des mises en couple qui se terminent dans la violence sexuelle puis l'abandon. Elle passe d'un homme à l'autre, et en dit « ce n'est pas grave », avec fatalité et des vécus sexuels sans investissements affectifs apparents. L'homme est présenté comme « un frère », évoquant l'importance qu'a eue pour elle la fraternité face à un père violent, tout puissant, et une mère soumise. A la recherche d'un amour qui ne peut être que rupture, répétition, sans interdits,

comme une forme de jouissance mortifère. Elle a laissé deux enfants en garde chez sa mère. Elle n'a aucun projet et ne donne pas suite aux autres rendez-vous.

Notre pratique d'accès aux soins tente, par une présence et une écoute, un prendre soin dont la protection est en lien avec ces femmes, avant tout projet d'accompagnement. Ces passages, tentatives de rencontres, sont une série de moments où s'expriment l'errance affective et notre engagement fondé sur le respect de chaque façon d'être femme. Les violences vécues sont alors déposées, comme une trace, un moment partagé. La réponse est dans ce partage, pas dans la solution qui ne peut être mise en œuvre qu'après un long chemin en commun, vers un soin éventuel, mais aussi toute démarche de reconnaissance de droit ou d'abri.

Cette approche se fait en commun avec les autres intervenants, dans la négociation pour le respect

d'une telle démarche, institution d'un réseau comme espace de travail du temps à prendre et de la continuité. C'est ce que va mettre en place une structure d'accompagnement avec ces femmes, sans contrainte tant que l'état somatique le permet. Ce sont les limites que l'on cherche à maîtriser et non la personne en errance : consultations et visites servent de trame à une relation qui se construit, petit à petit, et qui sert de base à l'institutionnalisation d'un soin. Par sa multiplicité, par sa complexité, il y a donc toujours du visible collectif et de l'invisible intime.

Cette approche permet parfois, dans les quartiers de précarité, d'accéder à la constitution d'un groupe autour d'une activité homme-femme, par exemple un atelier cuisine dans une association, où l'on crée un rapport de socialité important, bien qu'aléatoire. Il est une piste de travail à élaborer avec les collectivités locales.

Elle est à resituer, en permanence, comme une élaboration critique de l'histoire de domination des femmes. Celle-ci n'a pas été reconnue par la Révolution française qui n'a pas donné le droit de vote aux femmes, et se retrouve dans les lois sociales : la femme est protégée comme mère avant d'être femme, ou comme femme déchue en danger de prostitution. Affirmer ce constat n'est pas un déni de l'utilité d'aide et de l'importance solidaire des lois, mais c'est nous interroger sur la négociation qui permet l'acceptation de l'aide dans l'écoute des besoins des femmes.

L'Histoire actuelle a progressé dans l'acquisition de nouveaux droits, le plus souvent peu appliqués aux femmes précaires. La violence, comme contrainte subie par ceux qui vivent dans l'exclusion, est la première contrainte à prendre en compte, et ne peut donner lieu à des violences surajoutées de mise à l'abri en force. Si la rue est comme une emprise du malheur pour ceux et celles qui sont marqués par l'abandon dans leur intimité, « Etre à la rue » est parfois un voyage ou un espace inventé par le délire, imaginaire délirant qui côtoie la dépersonnalisation identitaire. Mais vivre dans la rue est aussi un mode de résistance dans l'extrême.

Le soin psychologique est au minimum une tentative de rencontre et d'accompagnement dans le respect et la dignité de l'être dans son genre, et pas une normalisation des dominations visibles et invisibles. ■

1. Carole Amistami, « Les femmes sans domicile », in *Ethnologie des sans logis*, dirigé par P. Gaboriau et A. Terrolle. L'Harmattan, Paris, 2003.

« Elle passe d'un homme à l'autre, et en dit "ce n'est pas grave", avec fatalité et des vécus sexuels sans investissements affectifs apparents. »

Protéger l'invisible

Comment faire reconnaître la nécessité de protéger le travail invisible sans le faire disparaître ni le pervertir ? L'essentiel des activités humaines, dans le privé, au travail ou plus généralement dans la société ne se voit pas, ne se dit pas et donc ne se compte pas. L'attention à l'autre, la réflexion sur les événements privés ou publics, la créativité mise en œuvre pour mener à bien les objectifs au travail, les affects mobilisés par les conflits de valeurs, s'étendent nettement au-delà de ce qui peut être revendiqué, évalué, objectivé dans la sphère professionnelle. La protocolisation galopante, les multiples référentiels qui prétendent encadrer toute activité salariée, et donc la prescrire, ont montré leurs limites et surtout leur danger : faire progressivement disparaître ce qui ne peut être énoncé. Tout cela est particulièrement criant dans les situations de soin. Cette réalité déborde aujourd'hui largement le statut des femmes dans la société, cependant, qu'il s'agisse des médiatrices dans les banlieues ou des infirmières dans les hôpitaux, il s'avère qu'il reste difficile pour les femmes de s'affranchir de la soumission de genre qui contribue à invisibiliser une part essentielle de leur activité. —

Manières de femme

Une ethnologue met à jour le travail invisible d'une désorceleuse qui redonne aux femmes le pouvoir d'agir sur leur sort.

Entretien avec **Jeanne Favret-Saada**, ethnologue et psychanalyste

§Ethnologie, §Rural – agricole,
§Femmes, Condition féminine, Droit
des femmes, §Fiction, imaginaire

Propos recueillis par **Natalia Calderón, Françoise Ducos,**

Martine Lalande, Elisabeth Maurel-Arrighi, Noémie Molités,
Anne Perraut Soliveres, Sylvie Simon et Chandra Covindassamy

Après avoir publié *Les mots, la mort, les sorts*, 1977, chez Gallimard, et *Corps pour corps, enquête sur la sorcellerie dans le Bocage* (avec Josée Contreras), 1981, chez Gallimard, **Jeanne Favret-Saada** fait paraître son dernier livre *Désorceler* en 2009 aux Éditions de L'Olivier. Elle y poursuit un travail de recherche, qui a fait œuvre auprès de nombreux de soignants, de chercheurs, d'analystes et d'ethnologues.

Pratiques : Pour les lecteurs qui ne connaîtraient pas votre œuvre ethnologique, pourriez-vous rappeler les découvertes que vous avez faites, au cours des années 70, sur la sorcellerie dans le Bocage et sur le recours aux désorceleurs ?

Jeanne Favret Saada : Partons de ce que faisaient les ethnographies de la sorcellerie quand j'ai commencé à travailler : elles se bornaient à rapporter de supposées croyances paysannes relatives aux accusations d'ensorcellement. Ceci pour une raison simple : les chercheurs n'assistaient jamais à un désorcèlement, et ils le décrivaient à partir des récits de paysans qui n'avaient pas été eux-mêmes directement concernés – des récits que je dis exemplaires parce qu'ils condensent en quelques phrases l'idéologie sorcellaire. On pourrait dire aussi qu'il s'agit de *flyers* ou de publicités de la sorcellerie.

Mon travail, au contraire, m'a permis d'assister à environ deux cents séances de désorcèlement : j'ai donc pu en apprécier l'importance et j'en ai fait le cœur de la « sorcellerie », sa raison d'être. Par rapport aux travaux de mes prédécesseurs, j'ai donc opéré un double déplacement : un déplacement des représentations (ou « croyances ») aux pratiques, et un déplacement de l'imputation d'ensorcellement au processus de désorcèlement. Mon travail permet aujourd'hui de dire : les paysans bocains n'accuseraient jamais quiconque de les avoir ensorcelés s'ils n'étaient déjà engagés dans une cure de désorcèlement, c'est-à-dire une cure destinée à les faire sortir d'une spirale de malheurs répétés. C'est donc le désorcèlement qui est au centre du système sorcellaire, et non l'accusation d'un sorcier supposé.

Pourriez-vous rappeler cette posture très singulière à laquelle vous avez été amenée lors de votre enquête ethnographique, consistant à accepter d'être « prise » vous-même dans les sorts ?

Il n'y a pas d'autre accès possible à la sorcellerie, on peut le regretter, mais c'est ainsi. Ce que j'ai fait, c'est précisément ce qu'avaient refusé mes prédécesseurs au nom de la règle d'« objectivité » métho-

dologique, la règle de non-engagement personnel du chercheur. La sorcellerie consiste en un système de places de parole, qui exclut d'emblée les locuteurs non-engagés, les curieux, les purs spectateurs, et donc aussi les ethnologues. Si l'on veut parler avec les acteurs véritables de la sorcellerie (les ensorcelés et leurs désorceleurs), avec ceux qui en ont une pratique, il faut bien se résoudre à occuper l'une de ces places et à noter ce qui se produit quand on y est, surtout d'ailleurs quand vos interlocuteurs pensent que vous y êtes. Ce que refusaient mes prédécesseurs, c'est justement cette non-maîtrise du chercheur sur sa stratégie d'enquête. Outre que, bien sûr, occuper l'une des places du système, cela ne manque pas de vous affecter et que, de cela aussi, il faudra rendre compte.

Selon vous, faut-il toujours être soi-même « pris » comme vous l'avez été dans les mêmes interrogations que les patients pour les comprendre et les soigner ?

Bien sûr que non, encore que tout dépend de ce que vous entendez par « les interrogations des patients ». Je dirais plutôt ceci : tout soignant s'engage à effectuer un double travail de reconnaissance à l'égard du « souffrant » dont il accepte la charge. D'une part, le soignant doit pouvoir penser que les difficultés dans lesquelles ce patient se débat auraient aussi bien pu être son propre lot, à lui, le soignant ; il repère parfois, d'ailleurs, qu'il a été, lui aussi, aux prises avec certains aspects de ces difficultés, et il sait bien avec quelle peine, après quels essais et erreurs, il s'en est sorti. S'il est un humain de qualité, il sait aussi que son courage, son intelligence et sa détermination n'auraient pas suffi à le tirer d'affaire, et qu'il a bénéficié de tels hasards heureux, de telles rencontres fortuites sur lesquelles il a pu s'appuyer pour trouver la bonne solution. D'autre part, le soignant doit reconnaître que ces difficultés dans lesquelles le patient est pris sont marquées par sa propre biographie, par ce qui a été son lot historique, génétique, psychique, social..., son lot unique, et qui ne doit pas être

mélangé avec celui – non moins unique – du soignant. C'est ce double exercice de reconnaissance de l'autre qu'il faut faire en permanence : l'autre comme appartenant à une humanité commune, et l'autre comme exemplaire unique de cette même humanité. Si l'on est capable de passer constamment d'un exercice à l'autre, pas besoin d'avoir exactement le même lot que son patient pour le comprendre.

Un exemple concret : j'ai une sœur jumelle, et j'ai découvert en analyse quel tracas cela m'avait causé. Mon analyste n'a pas besoin d'être lui-même un jumeau pour comprendre. Il suffisait qu'il ait exploré pour son propre compte, avec sa propre biographie et ses moyens propres, certains aspects d'une situation plus générale, à laquelle tous les humains (et parmi eux les jumeaux) sont confrontés : celle où il n'y a pas de place pour deux. Tous les humains, et aussi tous les organismes vivants depuis un milliard huit cent mille ans qu'il existe des organismes unicellulaires capables de mouvement. Limitons-nous aux êtres dotés de la parole : ce problème, qui n'est d'ailleurs pas traité comme tel par la littérature thérapeutique, est le thème principal d'innombrables contes populaires, dans les cultures les plus diverses (soit dit en passant, le conte populaire aussi est une production invisible et méprisée, qui propose pourtant des solutions d'une sagesse énigmatique aux difficultés de la vie en société).

Dans ce numéro, nous évoquons le caractère invisible du soin, s'agissant notamment des soignantes, dont nous regrettons qu'il ne soit pas reconnu. Peut-on imaginer un parallèle avec la nécessité du camouflage de la sorcellerie du Bocage, avec l'invisible, le non-dit, le secret, qui sont prégnants pour les désorceleurs-thérapeutes, pour les ensorcelés, pour vous-même – à la fois ethnologue et assistante de Madame Flora ?

D'une façon générale, on ne gagne pas grand chose à assimiler l'une à l'autre des situations sociales très différentes entre elles : le soin infirmier, par exemple, est une véritable profession – une activité inscrite dans l'espace public, avec des contrats de travail, des descriptions de l'activité, un taux d'imposition... – dont certains aspects sont invisibilisés socialement, d'une part. Impossible de le comparer terme à terme avec cette autre activité, le désorcèlement, qui a été longtemps prohibée et punie de mort par le pouvoir royal. Le désorceleur est, aujourd'hui encore, menacé de poursuites judiciaires (escroquerie, exercice illégal de la médecine, etc.), son activité est violemment rejetée par les tenants de l'idéologie des Lumières : l'École, la Médecine... et même par l'Église, qui s'est rangée du côté d'une foi « raisonnable ». En somme, alors qu'une partie de l'activité des soignantes est invisibilisée socialement, la sorcellerie est acti-

vement discriminée et réprimée par l'ensemble des pouvoirs d'État et par l'idéologie nationale. Ce n'est pas le même genre d'invisibilité, et elle ne s'explique pas par les mêmes raisons.

Par contre, les soignantes pourraient tirer un profit direct de la lecture des chapitres 4 et 5 de *Désorceler* où je montre la part essentielle – et invisible – que les épouses de fermiers prennent au désorcèlement. Là, le parallèle s'impose parce qu'il s'agit exactement du même travail invisible et qu'on peut comprendre, à me lire, comment cette invisibilité est produite jour après jour avec la complicité de tous, épouses incluses.

Pourriez-vous décrire l'outil clinique secret, invisible, inventé par madame Flora, « l'embrayeur de violence » ? Et pourriez-vous décrire ce qui se passe pour les épouses des chefs d'exploitation ensorcelés et la façon dont elles deviennent co-thérapeutes ? Comment Madame Flora leur redonne-t-elle de l'importance ?

Les ensorcelés se présentent comme des innocents accablés de malheurs répétés et incompréhensibles : leur santé est altérée, leurs bêtes meurent, leurs champs sont stériles, leurs enfants chétifs. Ils sont honnêtes, travailleurs, serviables, bons chrétiens, ils ne veulent et ne font que le bien : pourquoi ne leur arrive-t-il que du mal ? Comment quelqu'un peut-il leur en vouloir à mort, à eux qui sont si bons (« Nous, on a été dressés à tendre l'autre joue ») ? Ils disent et redisent de mille façons qu'ils n'ont aucun rapport, aucun contact avec le mal, si ce n'est d'avoir à le subir. Et c'est de cet odieux contact avec le mal qu'ils demandent au désorceleur de les isoler.

Puisque la caractéristique principale des ensorcelés est de n'avoir plus de « force », l'objectif de Madame Flora est de leur en redonner. Comme tout désorceleur, elle sait bien où il faut aller chercher cette force : du côté de qui jouit d'un surplus de force, du côté de ce qu'incarne la figure du sorcier, c'est-à-dire du côté de la haine, de la violence, de l'agressivité. Mais, bien sûr, si elle exposait cela à ces phobiques du mal que sont les ensorcelés et leur déclarait : « Vous voulez être forts ? Faites comme les sorciers, soyez mauvais, salauds, envieux », elle recevrait des tomates. Son travail consiste donc à rebrancher les ensorcelés sur leur aptitude à la violence et au mal, mais malgré eux, et sans qu'ils n'y comprennent jamais rien ; à les amener à se compromettre de mille façons avec le mal, mais sans jamais le leur dire explicitement, et sans exiger d'eux qu'ils le reconnaissent. Comme vous le savez, Madame Flora devine les cas

« Le désorceleur est, aujourd'hui encore, menacé de poursuites judiciaires, son activité est violemment rejetée par les tenants de l'idéologie des Lumières : l'École, la Médecine... »

.../...

.../... de sorcellerie qui lui sont apportés à domicile (car elle est impotente et ne va pas dans les fermes) avec des jeux de cartes. Or de façon presque inévitable, à la troisième séance, l'épouse vient seule chez la voyante, le mari ayant prétexté un travail urgent à terminer. Ce jour-là, elle introduit un changement notable à son interprétation des cartes du jeu de piquet.

Visuellement, le jeu de piquet est construit sur une opposition de couleurs : les cartes rouges (carreau, cœur) et les cartes noires (pique, trèfle). Dans ses interprétations ordinaires, Madame Flora utilise cette opposition pour développer la figure rhétorique bien connue de l'antithèse, en passant, par d'imperceptibles glissements discursifs, d'une antithèse des couleurs (cartes rouges, cartes noires) à une antithèse des valeurs plastiques (cartes claires, cartes sombres) ; et, de là, à l'exploitation métaphorique des ces valeurs plastiques :

rouge = clair = le bien

noir = sombre = le mal

Évidemment, les consultants enregistrent d'un seul coup d'œil qu'il y a sur le tapis des cartes rouges et noires. Mais ils ne prêtent pas une particulière attention au fait que la désorceleuse charge d'emblée ce qui est ainsi visible de significations éthiques et ontologiques :

rouge = clair = bien = ensorcelé

noir = sombre = mal = sorcier

Ils n'y prêtent pas attention pour une raison simple : ces significations antithétiques des couleurs correspondent exactement à la définition que les consultants se donnent d'eux-mêmes et de leurs sorciers : être ensorcelé, c'est être absolument bon ; et donc, séparé par une distance infranchissable du sorcier, lequel est absolument mauvais.

Le jour où l'épouse ensorcelée vient consulter sans son mari, Madame Flora introduit une modification majeure, un dispositif formel destiné à compromettre à son insu l'épouse avec le mal, la violence, le sorcier – dispositif que j'ai baptisé l'« embrayeur de violence ».

Dans la bipartition du jeu de piquet en cartes

rouges = claires = bien = ensorcelés,

noires = sombres = mal = sorciers,

la désorceleuse introduit clandestinement deux exceptions capitales. Ces deux exceptions concernent les figures féminines en cause dans une crise de sorcellerie, qui sont représentées par des cartes d'une couleur opposée à celle de leur parti respectif :

1– La sorcière est toujours représentée par la dame de carreau, c'est-à-dire une carte rouge, claire, en

principe le bien.

2– L'ensorcelée, quand elle vient seule à la consultation, son mari étant retenu par quelque tâche urgente, est représentée par la dame de pique, c'est-à-dire une carte noire, sombre, implicitement le mal. L'apparition de la dame de pique, dans ce contexte-là, a pour commentaire obligé : « Dans l'avenir, vous deviendrez veuve. » Quand le mari est présent, son épouse n'est pas représentée par une carte particulière, conformément à l'idéologie du domaine agricole qui veut que tous ses membres fassent corps avec le possesseur du nom, maître du domaine. Madame Flora traite alors la dame de pique comme un pique en général.

Par contre, les figures masculines en cause dans une crise de sorcellerie sont représentées par des cartes d'une couleur conforme à celle de leur parti respectif :

1– Le sorcier, c'est le roi de pique, donc noir = sombre = mal.

2– L'ensorcelé, c'est le roi de carreau, donc rouge = clair = bien. L'apparition du roi de carreau a pour commentaire obligé : « Vous sortez en justicier. » Ce qui signifie : dans un avenir indéterminé mais proche, vous ferez justice de votre ennemi.

Ainsi, deux couples officiels du jeu (roi-dame de pique, roi-dame de carreau) chargés de représenter les figures masculines et féminines d'une crise de sorcellerie sont croisés : les deux membres du ménage ensorcelé sont visuellement et imaginativement accouplés aux deux membres du ménage sorcier :

– roi de carreau = ensorcelé, et dame de carreau = sorcière

– dame de pique = ensorcelée, et roi de pique = sorcier

Ce croisement n'est pas repéré par les consultants (pas plus que par l'ethnologue, du moins sur le terrain). Or, le

seul fait d'admettre implicitement ces identifications entame le processus de compromission avec la violence, le mal/la force. Dans le discours de Madame Flora, cet embrayeur de violence fonctionne de façon réellement imperceptible. De là son efficacité.

Car la désorceleuse ne prétend jamais que la dame de carreau (qui représente la sorcière) est une bonne carte du fait qu'elle est rouge, claire. Elle ne dit surtout pas et ni même ne suggère que la sorcière pourrait être bonne. Au contraire. Madame Flora déclenche toutes ses foudres rhétoriques contre « la rempâtée salope ». Mais, dans le même temps, elle impose l'évidence tacite que le mari ensorcelé, en tant que roi de carreau, est

« Elle ne dit surtout pas et ni même ne suggère que la sorcière pourrait être bonne. Au contraire. Madame Flora déclenche toutes ses foudres rhétoriques contre "la rempâtée salope". »

apparié/accouplé à la dame de carreau. Madame Flora ne prétend pas davantage que la dame de pique (qui représente l'épouse ensorcelée venue seule à la consultation) soit une bonne carte, étant donné qu'elle est noire et annonce une mort : « Dans l'avenir, vous deviendrez veuve. » La désorceleuse ne signale évidemment pas que l'ensorcelée, la femme bonne par définition, est représentée par une mauvaise carte. Là encore, elle se contente d'imposer à sa cliente l'évidence tacite qu'en tant que dame de pique, elle est appariée/accouplée au roi de pique. Mais elle la fait aussi, habilement, profiter des avantages de cette identité : « Vous, vous êtes forte », tel est le thème de la séance. Vous, vous êtes forte, pas comme votre faiblard de mari, et c'est pourquoi dans un avenir lointain vous deviendrez veuve, c'est-à-dire que vous survivrez. Aussi, chaque fois que l'épouse se présente seule, l'assomption de la violence fait, elle, un bond en avant. Car, armée de cette conviction qu'elle, en tout cas, est forte, l'épouse entreprend de dynamiser son mari, hors séance, en utilisant les procédés ordinaires de manipulation conjugale.

Quel intérêt a-t-elle à voir réussir le désorcèlement, puisque son mari fait de la résistance ?

Parce qu'elle est totalement dépendante de lui : elle n'a appris aucun métier, hormis l'agriculture, mais sans diplôme et sur le tas. Si la ferme était ruinée, elle n'aurait plus aucun travail sur place et elle serait contrainte de rejoindre la cohorte des filles de la campagne qui cherchent un emploi non qualifié en ville. Si moche que soit son statut d'aide familiale, c'est le moins mauvais qu'elle puisse espérer. Elle va donc faire l'impossible pour sauver l'exploitation, contre la mauvaise volonté de son mari.

La situation est étrange : le premier intéressé par le désorcèlement devrait être le mari, puisque c'est lui seul qu'on dit ensorcelé, et qu'il est, juridiquement, le chef de l'exploitation agricole ?

Oui, comme la plupart des Bocains, il croit aux sorts, il est bien convaincu qu'il faut se faire désorceler et il va aux séances de désorcèlement, mais il ne fait pas de zèle. D'abord, parce qu'il a du mal à faire aveu, devant Madame Flora et devant sa femme, de son échec et de son impuissance à se sortir d'affaire. Ensuite, parce qu'en demandant l'aide de la désorceleuse, il se démet provisoirement de son autorité statutaire. Désormais, il n'est plus le seul maître chez lui : les prescriptions de Madame Flora font loi dans un registre limité mais vital, celui des mesures à prendre pour assurer la survie de l'exploitation. Enfin, en tant que représentant de l'exploitation et de la famille, il aurait normalement dû reprendre à son compte le discours officiel qui méprise la sorcellerie. Mais le voilà chez une

désorceleuse. Alors, il ne veut pas que cela se sache et il préférerait ne pas avoir à le savoir lui-même. C'est pourquoi, en séance, il ne cesse de minimiser les déclarations de son épouse et de grommeler : « Il ne faut pas tout y croire », « C'est plutôt ma femme qui dirait ça ».

Son épouse, au contraire, irresponsable et impuissante par principe, est dispensée d'avoir à faire aucun aveu d'impuissance ou à céder quelque parcelle de pouvoir ; comme elle n'a pas d'honneur idéologique à défendre, elle peut ouvertement assumer sa croyance dans les sorts. Mieux encore : la demande de désorcèlement est pour elle l'occasion d'une double promotion : d'une part, elle accède à une égalité provisoire avec son mari et chef – égalité dans le malheur et l'impuissance, commune soumission à la tutelle étrangère du désorceleur – ; d'autre part, elle se voit conférer, pour la première fois, une autorité – car, en ce qui concerne la bonne exécution des prescriptions, elle a désormais une responsabilité égale à celle de son mari. Elle a le droit et le devoir de réfléchir à la meilleure façon d'exécuter le programme, le droit et le devoir de prendre des initiatives dans ce sens, de critiquer la mollesse éventuelle de son chef..., bref, le droit et le devoir de participer activement au sauvetage de l'exploitation. D'où son adhésion plus immédiate à la thérapie.

De même, l'exécution des prescriptions du désorceleur s'avère d'emblée doublement humiliante pour l'homme ensorcelé. D'abord, certaines d'entre elles sont tellement codées comme appartenant au comportement typique des ensorcelés qu'elles le dénoncent à la suspicion, voire au mépris de la collectivité, et le destituent de sa position d'être civilisé, rationnel et pacifique. Ainsi pour le fait de répéter les derniers mots de son adversaire, le fait de lui « saler le cul », le fait de tout « clencher ». D'ailleurs, toutes ces pratiques sont des manières peu viriles de gérer un conflit, de régler ses comptes avec un adversaire.

Ensuite, d'autres prescriptions exigent de lui des aptitudes et des comportements indignes d'un homme, ceux-là même que les rapports sociaux entre les sexes assignent traditionnellement aux femmes. Car tout un pan du travail rituel ressemble étrangement à du travail domestique, avec sa multitude de petites tâches indéfiniment recommencées : tailler des morceaux de toile rouge, puis les coudre pour en faire autant de sachets protecteurs que la famille compte de membres, etc. De plus, les mesures de protection contre les sorciers sont exactement de la même nature que celles qu'on recommande d'ordinaire aux femmes pour se

« Elle a le droit et le devoir de réfléchir à la meilleure façon d'exécuter le programme, le droit et le devoir de prendre des initiatives dans ce sens, de critiquer la mollesse éventuelle de son chef... »

.../...

.../... mettre à l'abri des violences masculines : s'enfermer, éviter les contacts, ne pas donner prise. Dans les rapports inévitables avec les sorciers, pratiquer la ruse, l'espionnage, l'interprétation de leurs comportements à l'aide d'indices minuscules, développer une intense non-communication agressive – soit, pratiquer les formes de violence indirecte propres à qui est empêché socialement, les dominés, les femmes ; et, dans les rapports avec le désorceleur, obéir à la lettre, lui marquer le genre de soumission habituellement attendu des épouses. Voilà donc que, la ferme étant secouée par une crise

« Après cette fameuse troisième séance où elle vient seule chez Madame Flora, elle se métamorphose très vite : peurs et inhibitions s'évanouissent. »

contre laquelle le chef d'exploitation n'a pu la prémunir, ces activités et compétences des femmes, tellement décriées, acquièrent une dignité, une noblesse et, surtout, une utilité vitale. Aussi voit-on celles-ci se précipiter sur cette autonomie nouvelle (bien qu'évidemment limitée), et se mettre à brandir des exigences relatives à la bonne exécution des prescriptions. Les ensorcelés pratiquent les rituels à 110 %, mais c'est toujours à l'initiative des femmes, qui mettent un point d'honneur à être incollables sur le chapitre. Ce n'est pas qu'ainsi elles entendent concurrencer l'homme, le chef d'exploitation, mais seulement qu'elles obéissent au désorceleur pour le bien de l'exploitation et de la famille. Puisque une autorité suprême

(qui se trouve être momentanément supérieure à celle du mari) a ordonné : « Faites ceci, faites cela », les femmes n'ont jamais peur de trop en faire ni de trop exiger de leur époux.

Stupéfait d'avoir à en passer par là pour se rétablir dans sa position de chef, choqué par cette série de tâches rituelles à caractère domestique, le mari abandonne bien sûr l'essentiel du travail rituel à sa femme. Mais du même coup, il se prive des bénéfices psychiques de cette activité rituelle. Pendant que sa femme parcourt les infinies flexions de la violence indirecte, pendant qu'elle expérimente le plaisir d'un agir efficace, le chef d'exploitation est simplement là, à en faire le moins possible, et à grommeler que cela ne change pas, sans se rendre compte que c'est sa femme qui œuvre constamment et qui change, elle.

Alors, c'est elle qui guérit la première ?

Oui, après cette fameuse troisième séance où elle vient seule chez Madame Flora, elle se métamorphose très vite : peurs et inhibitions s'évanouissent, elle se met à déployer une énergie prodigieuse, à se passionner, à faire preuve d'invention. Elle ne craint pas d'accuser tels ou telles, de les dénoncer dans les prières de protection magique, de les tuer en pensée, de les fixer d'un regard terrible si elle les rencontre, de leur « saler le cul » s'ils entrent à la ferme. Et, par glissement, elle acquiert une assurance

nouvelle dans la gestion de ses relations ordinaires, dans la résolution des difficultés quotidiennes.

Et le mari, qu'est-ce qui l'amène à changer ?

C'est son épouse, qui pendant des mois va l'instruire à domicile, soutenue par les visites à Madame Flora et à ses commentaires. En appliquant ses prescriptions avec enthousiasme et en en recueillant des bénéfices visibles, la femme est pour son mari un modèle vivant du succès thérapeutique ; en se préoccupant constamment de le familiariser avec la violence indirecte, en cherchant par mille moyens à la lui faire accepter, elle finit par déjouer ses préventions et par l'entraîner dans les comportements voulus par le désorceleur.

De cette activité thérapeutique de son épouse, le mari, évidemment, ne voit rien car, une fois encore, elle ne fait que se tenir dans les attributions et les compétences ordinaires des femmes : soigner et soutenir les membres de la famille, chercher la meilleure façon de leur faire accepter ce qui leur fera du bien. D'ailleurs, dès que l'exploitation et la famille seront sorties du cycle des malheurs répétés, les rapports traditionnels entre les sexes redeviendront ce qu'ils n'auraient jamais dû cesser d'être, et le rôle déterminant de la femme dans le désorcèlement tombera dans l'oubli.

Quand on lit Désorcéler, on voit bien que celui qui, pour finir, est désigné comme le sorcier responsable des malheurs d'une famille prise de malheurs n'y est finalement pour rien ; tandis que la famille d'origine du fermier, ses parents et ses frères et sœurs, est un nid de conflits violents. Pourquoi le désorceleur-thérapeute ne porte-t-il le fer au lieu des conflits véritables, la famille ?

Parce que ces conflits d'intérêt dans les familles paysannes sont constitutifs de leur existence. Personne ne peut les résoudre sans faire exploser les collectifs familiaux et fabriquer des individus qui, certes, auront conquis leur autonomie personnelle, mais seront sortis de l'agriculture.

Tous les ensorcelés arrivent à leur première séance avec deux convictions : 1. « Ce qui m'arrive, dit le mari, c'est depuis que j'ai repris (la ferme) à mon compte ». 2. Et, concernant l'identité de son sorcier, il a en tête le nom de tel de ses parents, son père ou l'un de ses frères. Le désorceleur confirme la première affirmation, et il s'emploie immédiatement à détourner l'accusation vers un non-parent.

Je ne peux pas m'étendre sur ce point, mais dans l'agriculture à cette époque-là, un jeune homme, un subalterne, un célibataire, ne peut accéder au statut de chef de famille et d'exploitation qu'au détriment de tous ses parents proches, sans exception : s'il devient un « patron », c'est pour avoir fait subir à ses ascendants et à ses collatéraux, ainsi qu'à son épouse, une série de spoliations, d'éliminations et d'appropriations ; c'est donc pour avoir exercé

à leur rencontre une certaine quantité de violence, réelle bien que légale et culturellement autorisée. Ce merveilleux collectif qu'est une famille rurale n'existe qu'au prix de ce « nœud de vipères » auquel personne ne peut rien : vouloir en sortir, c'est vouloir sortir de l'agriculture.

C'est pourquoi d'ailleurs les fermiers pris dans des malheurs à répétition se gardent bien d'aller consulter des psys : ils soupçonnent que les psychothérapies conduisent à l'émergence d'individus, qu'elles ne peuvent éviter l'explosion de ces collectifs familiaux.

Dans le soin en général, une part de l'activité du thérapeute est inconsciente. Dans quelle mesure le thérapeute en médecine, en psychanalyse et dans le désenvoûtement sait-il ce qu'il fait ?

Par définition, il est impossible de mesurer les parts respectives de l'activité consciente et de l'activité inconsciente. Et comment dire de quiconque, thérapeute qu'il « sait » ce qu'il fait ? On peut tout juste affirmer qu'il dit vouloir faire ceci ou cela. Qu'il le fasse effectivement, et que cela ait l'effet qu'il prétend, c'est une autre paire de manches.

Je sais bien que les thérapies savantes (la médecine et la psychothérapie ou la psychanalyse) prétendent savoir ce qu'elles font et pourquoi. Mais c'est là leur illusion constitutive, point. Quand les psys, par exemple, prétendent opérer par la parole seule, il est étonnant que leur public avale ce bobard : ainsi, dans un cabinet de psy, ne se confronteraient que deux « paroles », celle du psy et celle du patient ? Mais ces paroles ne sont-elles pas portées par des voix, et ces voix par des corps ? Ne sont-elles pas élaborés par des cerveaux qui, eux aussi, sont « dans » le corps ? La « libre parole », l'association libre, est-ce donc le tout de ce qui se passe dans un cabinet de psy ? Dès lors, le contrat qui fixe la position physique des partenaires, le prix, la durée et le rythme des séances, ce serait de l'association libre ?

A l'inverse des psys, les désorceleurs sont persuadés qu'ils guérissent par l'acte seul, le faire. Mais il suffit d'avoir assisté aux séances de désorcèlement pour entendre les flux de paroles qui s'échangent à cette occasion.

Quant à la médecine, elle a besoin, pour réaliser son vœu de guérir les corps, de les envisager comme des surfaces inertes et dépourvues d'affects. Vivants, mais inertes. Ouais.

Nous aimerions tous savoir comment cela se passe dans la tête du désorceleur. Ce montage minutieux, prodigieusement intelligent, souvent efficace, qu'est le désorcèlement, est-il « conscient » ou non ? Madame Flora sait-elle pourquoi elle a inventé cette manière unique de tirer les cartes ? A-t-elle « conscience » de ce qu'elle fait quand, à la troisième séance où l'épouse ensorcelée vient seule, elle lui tire la dame de pique ? J'ai passé beaucoup de temps à essayer de répondre à ces questions, ne serait-ce que pour évaluer la place de la manipulation dans cette affaire. Mais j'ai cessé de me les poser quand je suis devenue psy :

ce qui se passait dans mon cabinet avait des rapports assez vagues avec ce que décrivaient les bouquins, et ce qu'expliquait la théorie. Et surtout, les commentaires de mes patients sur tel moment décisif de leur thérapie étaient stupéfiants : eux et moi nous en avions des versions définitivement incompatibles. Au nom de quoi prétendre qu'eux seuls se trompaient ?

Après tout, n'est-ce pas le lot commun de toutes les pratiques humaines ? Vouloir agir et savoir ce qu'on a fait, n'est-ce pas un projet absurde ? On peut certes, comme je l'ai fait, s'escrimer vingt ans sur le désorcèlement : il n'est pas interdit d'être curieux et d'exercer son intelligence. Mais à cette question précise : peut-on agir et savoir (tout) ce qu'on a fait ? Je crains que la réponse soit Non. —

« A l'inverse des psys, les désorceleurs sont persuadés qu'ils guérissent par l'acte seul, le faire. »

Y a-t-il un genre d'homme infirmier ?

Regard sur la présence des hommes dans les soins infirmiers, pour une sollicitude équitablement partagée.

Bernard Roy est directeur de la Collection : Infirmières, communautés, sociétés (PUL). Docteur en anthropologie de l'université Laval, sa thèse, portant sur le diabète de type 2 chez les autochtones fera l'objet de plusieurs publications dont un livre : *Sang sucré, pouvoirs codés, médecine amère.*

§Infirmières infirmiers, §Formation initiale, formation continue, §Norme, §Qualité des soins, technicité

I Bernard Roy, professeur agrégé, faculté des sciences infirmières, anthropologue

« Je ne crois pas plus aux solutions simplistes qu'aux identités simplistes. »
Amin Maalouf

Dans les lignes qui suivent, j'invite le lecteur à amorcer, avec moi, une réflexion sur la présence des hommes dans l'univers des soins infirmiers. Une réflexion largement inspirée par mon parcours d'homme au sein de la profession infirmière au Québec. Un parcours ayant officiellement débuté en 1986, année de l'obtention de mon diplôme collégial en soins infirmiers. Je dis bien « officiellement » puisque le processus m'ayant amené à finaliser cette formation donnant accès au titre d'infirmier a pris racine bien longtemps avant mon incorporation dans cet ordre professionnel largement occupé par des femmes. En fait, j'ai la conviction qu'elle prend racine dans un parcours singulier m'ayant amené à revêtir une masculinité dissonante en regard du modèle masculin dominant.

« À ses yeux, comme à ceux de bien d'autres, mon avenir d'homme au sein de la profession infirmière se trouvait quelque part dans un poste de gestion ou de direction, loin des soins de proximité. »

Longtemps me suis-je senti en porte-à-faux au sein de la profession infirmière. J'utilise l'adverbe « longtemps » alors que, dans les faits, je devrais lui préférer « toujours ». Étais-je ou non à ma place au sein de la profession infirmière ? Je me suis souvent posé cette question. Comme d'autres hommes – j'en conviens, nous ne sommes pas légion – j'ai choisi, pour diverses raisons, de devenir infirmier. Et comme plusieurs de ces hommes ayant fait ce choix j'ai, à de nombreuses reprises, été confronté à des questionnements concernant mon choix de carrière, mon orientation sexuelle, mon identité masculine, ma pertinence au sein des soins infirmiers, ma capacité même à prodiguer des soins.

Au milieu des années 1980, étudiant en soins infirmiers, je complétais un stage en psychiatrie. Dans

ce milieu, je fis la rencontre d'une jeune résidente en médecine se spécialisant en psychiatrie. Amourachés l'un à l'autre, un soir que nous partagions quelques doux moments, je lui confiai candidement que ma mère était, elle aussi, infirmière. Sur ces paroles, elle éclata de rire. Du haut de sa posture psychanalytique, elle me classa parmi les « anormaux ». Cette révélation lui permettait de donner un sens – tout à fait oedipien – à certains de mes comportements, attitudes, interrogations et angoisses. Elle décryptait, à sa manière, l'étrange personnage masculin que j'étais. Un homme qui, à ses yeux, n'était pas tout à fait conforme au modèle masculin dominant et peut-être même un peu « borderline » et, pourquoi pas, androgyne !

Quelques années plus part, travaillant comme infirmier auprès d'autochtones je m'étais engagé dans une relation amoureuse avec une jeune diététicienne originaire d'un petit village de la Basse-Côte-Nord du Saint-Laurent. La période des fêtes venues, elle m'invita à séjourner dans sa famille et me présenta à ses parents ainsi qu'à son frère. Ce dernier, tout comme son père, pratiquait la pêche à la morue. Quel ne fut pas mon désappointement de surprendre une conversation entre ce jeune homme et ma compagne. Le plus sérieusement du monde, celui-ci demanda à sa sœur quelle idée elle avait eu de s'engager dans une relation avec une « tapette d'infirmier ». Et je n'exagère pas les termes ! En fait, avec du recul, émanant d'un milieu aussi traditionnel, une telle remarque n'avait rien de surprenant. Je ne correspondais tout simplement pas aux attributs masculins dominants dans cet univers aux valeurs traditionnelles.

Ce genre de réaction s'additionnait à d'autres types de manifestations que je percevais au sein même des milieux de travail. Une de mes collègues dans un centre hospitalier était convaincue qu'un jour, je deviendrais directeur d'hôpital. Elle en était profondément persuadée ! À ses yeux, comme à ceux de bien d'autres, mon avenir d'homme au sein de la profession infirmière

se trouvait quelque part dans un poste de gestion ou de direction, loin des soins de proximité. En tant qu'homme, il me fallait bien migrer vers un poste à la hauteur de « ma nature » masculine ! Aimant les défis, en 1991, je postulai pour un poste d'infirmier (officier de santé) à bord d'un brise-glace de la Garde-Côtière canadienne. Il s'agissait d'assurer les soins de santé à bord d'un brise-glace réalisant une mission dans le Grand-Nord canadien pendant les mois estivaux. L'équipage aimait bien accueillir à son bord une infirmière. Elle assurait en plus des soins une présence féminine réconfortante dans un univers à très forte majorité masculine. Le jour de mon embarquement, on me présenta au capitaine, aux autres officiers ainsi qu'à quelques membres d'équipage. Je pus lire tellement de déception dans les yeux de ces hommes, mais aussi, de la peur. La peur de l'autre en soi ! Si personne ne me posa clairement de questions concernant mon orientation sexuelle, les regards qu'on me porta m'apparurent sans équivoque. Étais-je un homosexuel ? Bien que je ne sois pas homophobe, enfin, je ne le crois pas, je me suis tout de même empressé de préciser à ces hommes, avant même de me nommer, que j'avais une blonde et que j'allais m'ennuyer lors de mon périple dans le Grand-Nord. Il me sembla percevoir, venant du fin fond de ces hommes, un grand ouf ! Je venais de les rassurer.

Cette relation conflictuelle entre genre, orientation sexuelle et profession fut, à de nombreuses reprises, au cœur de mon existence d'infirmier. Je crois sincèrement qu'elle est également au cœur de bien des parcours d'homme infirmier. Au sein de la profession infirmière, il m'est souvent arrivé de ressentir cette « fatigue d'être soi » nommée et décrite par le sociologue français Alain Ehrenberg (1998). Il est fatigant d'être soi dans des univers aux conceptions identitaires simplistes. Une femme doit correspondre à ceci et un homme à cela ! Les propos d'Amin Maalouf prennent ici tout leur sens. C'est « notre regard qui enferme souvent les autres dans leurs plus étroites appartenances, et c'est notre regard aussi qui peut les libérer. »

Voici quelques éléments de mon parcours de vie à l'origine des questionnements qui m'habitent concernant la présence des hommes dans les soins infirmiers. Mais ces questionnements ne relèvent pas d'une stricte démarche personnelle. Ils relèvent d'un attachement aux soins, à mon souci d'une société préoccupée par les personnes vulnérabilisées ainsi que par mon engagement à me préoccuper de réalités masculines. Aujourd'hui enseignant chercheur en sciences infirmières à l'université Laval à Québec, j'estime important pour la société, les femmes, les hommes, les soins infirmiers et les soins en général de trouver de nouveaux sentiers à emprunter pour accroître la présence du genre masculin dans les professions

de soignants. Et cette réflexion ne pourra passer que par une profonde remise en question de nos conceptions réifiées du genre et du soin.

Doit-on nous attrister du peu d'hommes dans la profession infirmière ou, plutôt, devons-nous nous réjouir de la présence de ces hommes qui ont choisi de s'investir dans cette profession ? Doit-on aborder la présence masculine dans l'univers du soin sous l'angle du problème ou de la solution ? La brève réflexion que je vous propose s'inscrit dans une démarche de *dégenrification* du soin au sens où la philosophe Fabienne Brugère l'entend dans son ouvrage *Le sexe de la sollicitude* (Brugère, 2008).

Le soin est une nécessité sociale. Nous ne pouvons envisager qu'une société puisse se développer et s'épanouir sans lui. Il constitue un élément ubiquitaire de la vie humaine. Toutefois, il est admis que le travail du soin est généralement attribué au rôle féminin (Brugère, 2008 ; Tronto, 2009).

Cette attribution se confirme dans bon nombre de professions de santé et particulièrement chez les infirmières. Un peu partout, sur la planète, ce sont des femmes qui constituent plus de 90 % de l'effectif infirmier. Par contre, cette quasi-omniprésence des femmes dans l'univers des soins infirmiers dans nos sociétés modernes ne se vérifie pas à l'échelle planétaire. Dans certains pays comme la Jordanie, les hommes représentent 95 % des étudiants inscrits en soins infirmiers.

En Afrique francophone, plus de 50 % de l'effectif infirmier est constitué d'hommes. Au Québec, la seule province canadienne à majorité francophone, l'effectif des hommes infirmiers, compte pour plus de 40 % de tout l'effectif infirmier masculin de l'ensemble du Canada. En fait, bien qu'ils soient minoritaires au sein d'une profession de soin comme celui d'infirmier, les hommes représentent tout de même des milliers de sujets au parcours de vie singulier. Regarder sous cet angle la petite statistique prend un tout autre sens. À moins que nous persistions à nier leur existence, leur présence et leur singularité. Il faut toutefois convenir que la faible proportion d'hommes au sein de la profession infirmière est problématique et préoccupante. Où trouverons-nous des éléments de réponses susceptibles d'éclairer ce qui apparaît être un désengagement des hommes dans la profession infirmière ? À l'instar de Boris Cyrulnik, j'estime qu'il faut cesser de strictement nous concentrer sur le problème pour porter notre regard sur ce qui fonctionne. Il m'apparaît important que l'on s'intéresse à ces hommes qui soignent ! Les parcours singuliers de ces hommes pourront nous éclairer sur la multiplicité des masculinités.

« Cette relation conflictuelle entre genre, orientation sexuelle et profession fut, à de nombreuses reprises, au cœur de mon existence d'infirmier. »

.../...

.../... Récemment, j'ai eu le privilège de lire une impressionnante recension réalisée par le candidat au doctorat Hervé Carbuca de l'Université de Provence Aix-Marseille 1. Dans ce travail, Carbuca fait une éloquente démonstration de la présence d'hommes dans l'univers des soins, sur le continent européen, depuis plus de vingt siècles. Une présence qui, à certaines époques, était majoritaire. Les travaux de plusieurs chercheurs contribuent d'ailleurs à la déconstruction du mythe de la « nature féminine » du soin. Ainsi, récemment, j'apprenais que pendant la quasi-totalité du premier siècle de la Nouvelle-France, ce sont les Jésuites qui assurèrent, dans cette partie du Nouveau-Monde, les soins aux colons.

Ainsi, des auteurs estiment qu'à une certaine époque de l'histoire de l'humanité, des hommes occupaient en grand nombre des espaces sociaux de soins. Par exemple, jusqu'au XIX^e siècle les hommes étaient très présents dans ce qui était, à ces époques, nommé des espaces infirmiers. Mais que s'est-il passé pour que cette présence s'effondre dans les milieux infirmiers ? Ce n'est certainement pas la « nature » des hommes et des femmes qui a muté à ce point. L'étude des contextes sociaux, économiques et politiques, voire même culturels, peut nous en apprendre beaucoup.

L'histoire de la contribution d'hommes à l'univers des soins infirmiers reste à écrire ou, du moins, à approfondir. Cette écriture est essentielle pour démontrer que le soin est une réalité, un fait social pouvant intéresser et

concerner tout autant ces acteurs sociaux que nous nommons « les hommes ». Cela exigera d'accepter de questionner ce que signifie même être un « homme », de remettre en question nos conceptions réifiant ce fait de culture et de société.

J'ai la conviction qu'une majorité d'hommes ayant investi l'univers du soin infirmier, n'adhèrent pas aux modèles et principes de la masculinité hégémonique, concept élaboré par le sociologue australien R. W. Connell. Des hommes, que je présume souvent inscrits dans des masculinités en rupture avec les valeurs dominantes et les caractéristiques de désirabilité associées une masculinité réifiée. Des hommes qui affirment ressentir, au sein de la profession infirmière, que leur identité

masculine est questionnée, remise en cause et qui, souvent, se feront étiqueter d'homosexuels.

Dans un tel contexte de questionnement identitaire, venant tant de la société que des milieux infirmiers, doit-on se surprendre que plusieurs infirmiers auront tendance à délaisser l'univers du soin, à s'éloigner du patient pour investir des tâches plus techniques, administratives ou scientifiques et à s'engager en des lieux, socialement plus « acceptables » ? Alors, qu'en général, dans nos sociétés, les hommes sécurisent leur identité masculine à travers leur emploi, ceux qui choisissent la profession infirmière doivent, dans bien des cas, jongler avec une profession qui questionne constamment la leur. Des infirmiers travaillant auprès des enfants risqueront de subir un stigmate de plus : la présomption de pédophilie. Il suffit de questionner quelques hommes infirmiers pour prendre la mesure des questionnements qu'ils perçoivent en regard de leur toucher.

Cette réflexion propose de nous inscrire en rupture avec toutes postures appréhendant le genre et le soin comme des faits de nature. Les termes « masculin » et « féminin » sont culturellement, historiquement et géographiquement déterminés. La notion même de genre est à déconstruire (Butler, 2005). La cristallisation de certaines pratiques sociales, comme, par exemple, le soin infirmier socialement associé au genre féminin, est l'effet de normes sociales construites de toutes pièces que l'on finit par tenir pour acquies et croire naturelles.

Un plus grand investissement des hommes dans l'univers des soins infirmiers sera d'autant favorisé si la polyphonie du soin ainsi que les contributions d'hommes de cultures et d'origines diverses à travers l'histoire de l'humanité sont reconnues. Il est impérieux de cesser d'appréhender le soin comme une réalité relevant, par nature, à un genre déterminé. Le soin est une nécessité sociale qui interpelle depuis toujours des acteurs sociaux appartenant au genre masculin qui, souvent, ne partage pas les valeurs d'une masculinité hégémonique. En m'intéressant aux contributions des hommes aux soins, je désire à l'avenir contribuer à l'accroissement de la présence des hommes dans des univers professionnels voués aux soins. Les soins infirmiers ne sauront que mieux se porter et, surtout, nos sociétés feront preuve d'une sollicitude davantage partagée et équitable. ■

« La cristallisation de certaines pratiques sociales, comme, par exemple, le soin infirmier socialement associé au genre féminin, est l'effet de normes sociales construites de toutes pièces que l'on finit par tenir pour acquies et croire naturelles. »



Lors de l'enquête, une voisine a reconnu qu'elle entendait régulièrement les cris de Yasmina. Elle lui a donné des vêtements « en cachette », et s'est arrêté là. Ni elle, ni aucun autre voisin n'ont alerté la police ou une assistante sociale. Pendant six ans, de 1988 à 1994, dans cet immeuble de Champigny-sur-Marne, Yasmina a été battue et torturée quotidiennement par son oncle et sa tante. « Ma tante me frappait avec le balai, avec une passoire, elle me fouettait avec des câbles électriques. Son mari me frappait aussi. Il me giflait, me fouettait avec sa ceinture ou des câbles électriques. » Yasmina est née et a grandi au Mali, élevée par son arrière-grand-mère. A l'âge de 12 ans, celle-ci lui a annoncé qu'elle devait partir en France, pour s'occuper des enfants de sa tante. Dès son arrivée dans le Val-de-Marne, l'adolescente a enchaîné les corvées ménagères, seize heures par jour, sans aucun jour de repos. En 1992, épuisée par les mauvais traitements, Yasmina s'est

enfui. « Mon oncle et ma tante m'ont retrouvée. Ils m'ont mise nue, m'ont attaché les mains dans le dos, ils m'ont frappée avec un câble électrique plié en deux, attachée à un balai. Tous les deux me frappaient en même temps. Je saignais beaucoup, je hurlais, mais ils continuaient à me frapper. Ma tante m'a mis du piment sur mes blessures et m'en a enfoncé dans le vagin. » En 1994, Yasmina s'est enfui une deuxième fois et a trouvé refuge dans un foyer. Il a fallu quatre ans pour que la jeune fille ose affronter ses tortionnaires et porter plainte. Il a fallu quatre années de plus pour que la justice rende une décision. En 2002, le juge d'instruction du tribunal de grande instance de Créteil a ordonné un non lieu. « La relation entre Yasmina et ses oncle et tante n'a pas été exempte de violences », a admis le magistrat. Mais il a considéré qu'il s'agissait « d'actes de violences contraventionnels », « largement prescrits » à la date de la plainte.

La professionnalisation de l'invisible

Un pari audacieux

§Logement, Banlieue,
Politique urbaine, §Collectif,
§Sociologue, §Formation initiale,
formation continue

L'histoire commence en 1986 à la cité des Francs-Moisins située à Saint-Denis, dans la banlieue nord de Paris.

■ **Didier Ménard**, médecin généraliste

Des gens qui ne ressemblaient pas aux habitants habituels de cette cité vinrent s'y installer. Leur mission, commandée par la municipalité, était de faire un diagnostic sur l'état de santé des habitants de ce quartier. Ces gens différents étaient des sociologues, des médecins de santé publique, des coordinateurs de DSQ (développement social de quartier). Pour faire ce diagnostic, ils se mirent à observer ce que nous faisons, nous autres les soignants. Quelle drôle d'idée d'observer nos pratiques, alors que pour nous, la pertinence de celles-ci était évidente puisque si nous les pratiquions, c'est qu'elles répondaient aux besoins. Pas si simple, nous répondirent ces chercheurs. Il fallait étudier cela de plus près. C'est ce qu'ils firent pendant deux ans dans le cadre d'une recherche-action (cette expérience a été abordée dans le *Pratiques* n° 36 « Du bon usage de la sociologie », page 62). Ils osèrent faire travailler ensemble les professionnels du terrain : infirmières, pharmaciens, dentistes, médecins, kinésithérapeutes, orthophonistes, les institutions de santé ; Caisse primaire d'assurance maladie, université médicale, Direction Départementale de la Santé et du Social, services municipaux, élus, hôpital, cliniques... et en plus, ils invitèrent les habitants à en être. Le brassage se fit pendant de longues réunions souvent tardives, tout y passa, la santé des jeunes et des moins jeunes, les addictions, l'accès aux soins, la santé des femmes, le pourquoi de telles ou telles pratiques... petit à petit, le diagnostic se dévoila. Nous apprenions ce qui était efficace, et ce qui l'était moins, nous regardions de plus près ce que nous faisons quotidiennement dans nos cabinets, nous analysons notre manière d'écouter la plainte des malades, comment nous intégrons les paramètres sociaux, psychologiques, culturels dans la pratique du soin, comment cela était vécu par les

habitants et les autres acteurs de la santé. Cela permit à certains d'entre nous de relever le nez du guidon et à chacun de s'interroger sur sa pratique. Certains le firent avec intérêt, d'autres avec inquiétude, le doute c'est angoissant, enfin certains y prirent goût. Les chercheurs, c'est comme les profs de parapente, ils t'expliquent les principes, ils te détaillent les corrélations, ils te montrent comment cela marche et ensuite tu sautes et « débrouille-toi Jeannot ». Telle était la situation après leur départ. On en faisait quoi de toutes ces informations, de toutes ces explications, de tout ce remue-méninge ? On retournait à nos affaires satisfaits d'avoir participé à une recherche-action ? Mais que faisons-nous alors de tout ce qui n'allait pas, maintenant que nous savons ? Maintenant que nous avons rendu plus visible la nature de notre travail. Nous décidâmes alors de créer une association dont le but serait d'améliorer la santé des habitants du quartier à partir des résultats de la recherche-action. Ce fut long et laborieux, car au-delà du souhait de chacun de construire cette association, faire travailler ensemble des « mondes » aussi différents que les acteurs du soin de proximité, des structures hospitalières, des institutions de santé, des élus... et des habitants, c'est compliqué. Mais vaille que vaille, l'Association Communautaire Santé Bien Être naquit en 1992. L'enthousiasme du début fut assez débordant, le choix des thématiques d'intervention fut facile, il suffisait de partir des conclusions de la recherche-action. Plus difficile fut de trouver le mode d'intervention. Sans véritablement le savoir, c'est à ce moment-là que nous nous sommes engagés dans une aventure qui perdure, qui par bien des aspects a transformé l'existant, et qui se révèle bien singulière car elle permet de sortir de l'ombre un invisible qui, s'il est

salutaire pour tout le monde, n'en demeure pas moins mystérieux.

Nous comprîmes vite que notre principal problème était de savoir comment intervenir sur les thématiques choisies, c'est-à-dire comment y associer les plus concernés par ces thématiques, comment harmoniser le travail de tous ces intervenants et comment au final améliorer la santé des personnes que nous voulions aider. Je crois que nous avons tenté tout ce qui se faisait à l'époque : les lieux d'écoute – le lieu écoute jeunes, le lieu écoute mal être... lieu où des éducateurs spécialisés, appelés éducateurs de rues attendaient les personnes, pour les aider. Cela ne fut pas très efficace peut-être que cela fonctionnait mieux les jours de grande pluie ! On tenta l'entrisme dans les groupes existants pour s'en faire expulser aussi vite, on essaya les grandes réunions thématiques, on relut les ouvrages théorique... bref, on patageait. Avoir des idées, c'est bien, savoir s'en servir, c'est autre chose. « Comment faire ? » était la question. C'est alors que l'un d'entre nous dit : « Et si nous observions l'existant, peut-être que la solution est sous notre nez et que nous ne savions pas la trouver ». Partant du principe que la communauté des habitants de cette cité a des savoir-faire, n'en est-il pas un qui pourrait nous aider ? En interrogeant les acteurs du soin de proximité, nous nous aperçûmes assez vite que chacun avait ses recettes, qu'ils avaient en commun une méthode pour mobiliser un savoir-faire des habitants utile pour résoudre le problème du moment. Les uns pour trouver un moyen de transport pour aller à l'hôpital, les autres pour organiser une garde d'enfant malade, pour aider une personne dans un problème administratif, pour trouver une personne capable de s'exprimer dans la langue du malade, ou bien d'expliquer le sens et le pourquoi de telle ou telle attitude dans une situation particulière. L'association demanda alors à tous les soignants de nommer une ou deux personnes connues pour jouer ce rôle de relais. Vingt-quatre noms furent proposés. Ces personnes furent invitées à s'exprimer pour nous expliquer pourquoi elles agissaient ainsi. Les réponses furent différentes, mais nous constatons facilement que nous avons là une réelle richesse dans la relation à l'autre, que cette richesse appartenait à la communauté. Devions-nous alors l'exploiter, l'enrichir pour pouvoir mettre en œuvre le projet de l'association ? Le débat fut passionné, certains étaient farouchement pour, d'autres contre, mais tous trouvaient cela risqué... risqué pour l'association ou pour les habitants ? Il fut donc décidé de tenter l'aventure avec beaucoup de précautions, afin de ne pas tomber dans une manipulation éhontée des habitants, afin de bien valoriser les savoir-faire existant et de rester dans notre projet qui était l'amélioration de la santé des habitants du quartier. Pour montrer le sérieux de la démarche, nous organisâmes une formation pour

ces habitants que nous voulions : pertinente, de hautes qualités pédagogiques et avec un réel contenu adapté, voire scientifique. Cette formation dura neuf mois, à raison de quatre jours par semaine. Elle fut remarquable. D'abord, nous avons réussi à mobiliser tous nos partenaires, ensuite nous avons abordé tous les aspects de la relation d'aide de la théorie à la pratique. Cela allait de l'organisation de la protection sociale en France à l'accompagnement de la personne en fin de vie. Mais ce qui fut le plus fabuleux dans cette formation, c'est ce qui se passa pendant les séances. Les habitantes et habitants formés ont d'une part accueilli avec bienveillance ces formateurs qui parlaient souvent un langage particulier, mais d'autre part cette formation fut très interactive. C'est-à-dire que les habitants « ingéraient » l'information donnée, mais immédiatement l'analysaient pour renvoyer leurs points de vue sur la question en expliquant ce qui était à leurs yeux vrai et faux. Comme si l'information était « métabolisée » par leurs propres existences, puis sélectionnée pour être transformée en une réalité qui leur était connue, donc acceptée par eux-mêmes. Au bout de neuf mois, il restait six personnes. Certaines avaient abandonné car elles ne s'y sentaient pas bien, d'autres avaient trouvé un travail, d'autres étaient parties ailleurs. Le contrat de départ avait été que cette formation déboucherait sur une activité au sein de l'association, mais dans le cadre d'un bénévolat. Ce fut l'erreur. Cette position est vite devenue intenable. Toutes ces personnes tiraient une partie de leur savoir-faire dans la relation d'aide du fait même de leur parcours de vie qui était pour chacune souvent chaotique, et elles étaient toutes dans une grande précarité. Nous ne pouvions valoriser cette richesse relationnelle issue de leur misère et en plus refuser de les aider à sortir de la précarité. La formation, même si celle-ci était non reconnue par les institutions, avait bien montré qu'en donnant de la visibilité et une reconnaissance à un savoir profane, nous changions le parcours de vie de ces personnes. Nous nous sommes mis en quête de subventions pour offrir un salaire aux habitants relais, puisque c'est ainsi que nous les nommons. Comme d'habitude, la course aux subventions fut un parcours d'obstacles, mais à cette époque, la Ville était elle aussi à la recherche de solutions pour donner un contenu à sa politique. Le pouvoir politique était en phase avec le projet de l'association ! Nous sumes en profiter, et le nouveau dispositif des « adultes-relais » mis en place par le gouvernement bénéficia (grâce à Profession Banlieue) à nos habitantes relais (c'est un peu logique, puisque avec les femmes de Montfermeil et celles

« Les habitants "ingéraient" l'information donnée, mais immédiatement l'analysaient pour renvoyer leurs points de vue sur la question en expliquant ce qui était à leurs yeux vrai et faux. »

.../...

.../... de Pantin, nous avons été précurseurs de la création de ce nouveau métier).

Après cette formation, il fallut expliquer le concept, et surtout le faire reconnaître, voire le faire admettre, car la méfiance et l'hostilité étaient de rigueur. Au sein des professionnels du social, l'incompréhension était de mise : qui étaient ces gens qui n'avaient pas de diplômes et qui venaient piétiner les plates-bandes du travail social avec comme « compétence » le fait d'être habitantes d'un quartier difficile, c'était quoi exactement le travail de médiation ? Pour les institutions, le débat se cristallisa sur le niveau de salaire, pas de véritable diplôme donc pas de qualification, le salaire devait être le plus bas dans l'échelle des revenus. Pour certains membres de l'association dont j'étais, c'était le contraire. Il existait un véritable savoir-faire, une richesse et c'est parce que ce savoir-faire et ce savoir être existaient que les habitants-relais avaient vu le jour. N'étaient-ils pas intervenus à plusieurs reprises à l'université pour parler de la banlieue, pour former des étudiants en santé publique sur les conditions et les causes de l'exclusion sociale ? Le débat fut chaud, on frôla la rupture. Il fut décidé d'essayer de hausser le niveau de salaire à la hauteur de ce qui était permis par la réalité de nos subventions et il fut accepté comme un compromis de proposer aux habitants-relais une formation diplômante. Ce choix ne fut pas sans conséquence. A partir du moment où nous conditionnions le niveau de rémunération à une formation diplômante, nous entrions dans un processus de professionnalisation. Ce processus sortait les savoir-faire de ces habitants de l'ignorance où la société les tenaient. En rendant visible ce savoir-faire indispensable à la formation du lien social, en le valorisant, en le revendiquant, et surtout en le rendant opérationnel pour le projet de l'association, nous avons changé le parcours de vie de ces personnes, mais nous n'étions pas du tout préparés à cela et nous avons toujours des difficultés à conduire cette transformation.

Le travail accompli par les médiatrices, c'est ainsi que nous les appelons aujourd'hui, est remarquable. Ce sont toutes des femmes, car il est aisé de constater que dans nos quartiers (et c'est probablement aussi le cas ailleurs), ce sont les femmes qui font avancer la société. Les médiatrices ont toujours cherché le point d'équilibre entre les différents aspects de leur travail : entre le travail d'accompa-

gnement social, entre le travail d'aide dans la relation à l'autre, dans le travail de promotion de la santé, et surtout, ce qu'elles font de mieux en mieux, ce travail de médiation notamment entre les institutions, les soignants et la population, cet entre-deux où l'on doit expliquer à chacun ce qu'est le travail de l'autre et expliquer aux professionnels ce qu'est le mode de compréhension des habitants. Pour les soignants, c'est fondamental si on veut appliquer le concept que c'est le soignant qui s'adapte à la réalité du malade et non le malade qui s'adapte aux soignants.

Reconnaître que le travail est remarquable, qu'il permet aujourd'hui à l'association d'avoir une véritable relation avec les habitants, qui est reconnue non seulement comme un lieu ressource, mais aussi un lieu de mieux être, c'est indispensable. Mais cela ne doit pas éluder les questions que cela fait surgir. En devenant des professionnelles du travail de médiation médico-sociale dans le cadre d'une professionnalisation, on s'éloigne vite du militantisme qui porte l'association. Le danger de rompre petit à petit avec les valeurs politiques et humanistes portées par l'association à cause de la gestion des RTT et autres contraintes de la vie au travail est constant. Cela a même mis en péril l'association, car nous nous sommes perdus par moment dans la gestion de l'équipe salariée devenue importante (douze salariées). Le regard différent que portent les autres habitants du quartier sur les médiatrices, regard de reconnaissance mais aussi de convoitise, modifie petit à petit l'expression des savoir-faire. La nécessaire maîtrise du projet associatif, la précarité constante des finances, l'incertitude constante sur le devenir des dispositifs qui permettent les financements des salaires, tout cela contribue à pénaliser la sérénité dans laquelle nous devrions travailler tant la tâche est difficile. Nous ne regrettons pas d'avoir permis de professionnaliser le travail de ces femmes, nous portons toujours notre projet associatif au point qu'aujourd'hui, nous travaillons à la création d'une maison de santé où travailleront ensemble et dans une grande synergie les soignants et les médiatrices. Mais nous restons très vigilants à ce que les valeurs de notre travail ne s'effacent pas derrière la gestion quotidienne de l'activité. Nous saurons si notre pari initial est réussi lorsque les médiatrices, femmes sorties de l'ombre, porteuses du projet associatif, seront devenues indispensables au travail d'une maison de santé. Car alors ce qui fera sens, c'est que la santé sera bien une démarche globale faite pour et avec la population. ■

« Le regard différent que portent les autres habitants du quartier sur les médiatrices, regard de reconnaissance mais aussi de convoitise, modifie petit à petit l'expression des savoir-faire. »

Poétique du vivant

La question est de solliciter les ressources paradoxales d'un projet à l'instant où elles veulent bien se manifester.

Marc Hatzfeld, sociologue

L'article de Didier Ménard¹ illustre avec une belle lucidité les limites et les contradictions du travail social comme des politiques sociales. Ce que l'on nomme travail social est un ensemble d'activités, d'attitudes, de programmes, de gestes et de transferts ayant pour projet un rééquilibrage entre catégories et individus qui ne profitent pas de la même façon de la richesse commune. Les inégalités dans le partage sont un fait banal, brutal et difficilement évitable de la plupart des sociétés connues. De façon volontariste ou spontanée, certains systèmes politiques tentent de compenser les travers de l'inégale distribution des biens, des talents, de la chance et des ressources. Les sociétés européennes qui conservent un grand nombre d'injustices et de distorsions dans l'accès à l'éducation, au logement, à la santé, à la culture, mais aussi à la paix de l'esprit, aux relations amoureuses ou à la joie simple (ce qui est beaucoup moins visible) tentent depuis longtemps de pallier ces injustices. Parmi bien d'autres, la charité organisée de l'Eglise, les sociétés de secours mutuel, les luttes syndicales du XIX^e siècle, la Sécurité sociale, l'impôt sur le revenu sont autant d'instruments de compensation des inégalités, des injustices, des iniquités et des abus de pouvoir. Ce que révèle l'expérience relatée par Didier Ménard est que l'effort attentif, minutieusement humain, absolument généreux d'une activité sociale s'enlise toujours dans ce que tout travail du même ordre engendre, c'est ce que l'on appelle, dans le jargon des analystes, les effets pervers. Les effets pervers d'un projet social ne sont pas un risque évitable : ils sont inhérents au processus de rééquilibrage. En privilégiant la Nation comme espace de la solidarité, la Sécurité sociale de la Libération a détricoté les solidarités familiales, de voisinage et d'émotion. En mettant en œuvre le RMI, on a créé un effet d'aubaine qui colle aux doigts comme le sparadrap du capitaine Haddock. En salariant les médiatrices, on les prive d'une part de l'invisible énergie militante qui les animait, en leur définissant des procédures de travail, on limite leur invisible spontanéité créatrice. En sollicitant des fonds et des acteurs publics pour mettre en œuvre une politique de santé, on décharge par-

tiellement les habitants de la responsabilité, mais aussi de l'inventivité et de la sensibilité relatives à leur propre santé. Bien sûr, au début d'une aventure militante, on ne croit pas à l'irruption de ces mauvais effets tant on est sincère et vigilant. Mais le pire aspect de leur perversité est précisément leur caractère différé. Si l'on en croit les observateurs de la vie des gens très pauvres au tournant des XIX^e et XX^e siècles (Orwell, Dickens, Zola, etc.), ces pauvres, bien qu'ayant à peine de quoi manger, se prêtaient de l'argent réciproquement sans attendre nécessairement de remboursement. Aujourd'hui, les budgets familiaux sont si serrés que cette insouciance serait impossible. A l'heure où les pouvoirs publics se dégagent de leur rôle de transfert, on est démuné pour trouver des relais. Il faut impitoyablement remettre les compteurs à zéro, inlassablement reposer les questions fondatrices.

Car ce que révèle aussi l'expérience relatée par Didier Ménard c'est que, dans le domaine de la médecine sociale comme dans d'autres, l'inventivité et la générosité ne sont pas seulement affaires de bénévoles, mais aussi de professionnels de santé et de notaires de rencontre¹; et que la compétence n'est pas l'apanage des spécialistes, mais aussi des gens ordinaires, de voisins anonymes. Depuis qu'elle existe, l'association de Saint-Denis se trouve dans un paysage différent. La difficulté est donc de solliciter les qualités et les ressources paradoxales d'un projet où qu'elles se trouvent, de quelque façon qu'elles se manifestent et à l'instant précis où elles veulent bien se manifester. Et de les croiser sans en attendre qu'elles résolvent une bonne fois pour toutes les injustices, mais en espérant qu'elles permettront de chercher à tâtons un équilibre forcément instable. Ce qui rend la petite association de Saint-Denis vivante jour après jour est le doute dont elle est chargée concernant ses propres pratiques, comme celles des professionnels, et la dispute féconde que ce doute irrigue dans les pensées et les choix des uns et des autres. Et aussi, en dépit des exaspérations que cela provoque, l'insécurité chronique

[§]Sociologue, [§]Logement, Banlieue, Politique urbaine, [§]Usagers, associations d'usagers, [§]Gouvernement, politique, démocratie, Etat

« A l'heure où les pouvoirs publics se dégagent de leur rôle de transfert, on est démuné pour trouver des relais. »

Marc Hatzfeld a écrit notamment *La culture des cités : une énergie positive*, Ed. Autrement, 2006 et *Petites fabriques de la démocratie – Participer : idées, démarches, actions*, Ed. Autrement, 2007.

■ Cet article est un dialogue avec ceux de Didier Ménard dans ce même numéro, pages 64 et 68.

.../...

.../... dans laquelle ses partenaires politiques et financiers la maintiennent au fil des ans au risque de sa disparition. Contrairement à ce que cette expression diffusée dans les cursus universitaires suggère, il n'existe pas d'ingénierie sociale, il n'existe dans le jeu social que des attitudes morales et des questions. En matière de morale, Gilles Deleuze disait que la seule attitude ayant du sens était d'« être à la hauteur ». C'est déjà clair. Et les questions sont celles qui animent les sociétés lors de leurs irrptions fondatrices. Elles portent des visages différents selon les époques, mais ce sont les mêmes, entre autres, la question du débat, celle du partage inégal, celle de la négociation entre savoir et imaginaire, celle de la répartition des rôles. Comme le montre l'intranquillité de l'association, ces questions touchent bien à la médecine dans les quartiers populaires. Sur quoi et comment devrait s'appliquer la démocratie en matière de santé ? Comment engager le dialogue entre la médecine scientifique et la connaissance intime que chacun cultive de

lui-même dans son interrogation sur sa place dans le monde ? Quelle configuration donner au jeu d'acteurs d'une scène locale afin que, abordant leurs malentendus, ils apprennent à se mieux connaître ? J'écris ma part de ce dialogue avec Didier Ménard depuis Calcutta où j'habite pour quelques temps. Les questions y sont les mêmes sous des formes à peine différentes. Par exemple ici : comment opérer la rencontre entre un système hospitalier de qualité, mais inaccessible aux paysans pauvres avec une connaissance des plantes médicinales encore vivante et déjà déconsidérée ? Tout y est. Et il existe aussi de petites associations de terrain, courageuses et fragiles, qui tentent de tresser, jour après jour, cette rencontre aussi indispensable qu'inaccessible entre le bien commun et la connaissance de soi, entre l'énergie vitale et les appareils politiques. En matière sociale, ce qui compte le plus finalement est ce qui ne peut se dire et se voir qu'entre les lignes de la règle du jeu. C'est la poétique du vivant. —

Diana et le notaire

■ **Didier Ménard**, médecin généraliste

Nous suivions à l'époque, au sein de réseau VIH 93 ouest et de l'Association Communautaire Santé Bien-Être (ACSBE), Diana une femme de 35 ans atteinte du Sida. Sa situation s'aggravait et nous n'avions plus de traitement efficace à lui proposer. Diana vivait chez sa mère et avait un fils de 6 ans, le père avait « disparu ». Nous savions pour l'avoir déjà vécu que la question du devenir de l'enfant après le décès de sa mère était un véritable problème. Si la mère ne désignait pas de son vivant la personne qui devra s'occuper de l'enfant, il faudrait réunir sous l'autorité du juge le conseil de famille ce qui, expérience vécue, est toujours très compliqué et parfois douloureux. L'équipe soignante, très consciente de ce problème, n'arrivait pas à poser la question à Diana, car cela voulait dire qu'elle allait mourir, alors que nous entretenions toujours l'espoir que le traitement pouvait marcher. Lors d'une visite, la grand-mère m'informa d'un problème de dette avec l'hôpital suite aux différents séjours de Diana. La somme était importante. Je suggérai alors de voir cela avec une médiatrice de l'ACSBE. Ce qui fut fait le lundi où je demandai à Arlette de voir ce que nous pouvions faire, j'évoquais avec elle la situation médicale (les médiatrices sont soumises au secret professionnel), ainsi que le devenir de l'enfant.

Le vendredi suivant, à la réunion d'équipe, Arlette et Claude arrivèrent en retard. Elles nous expliquèrent qu'elles venaient de reconduire à son étude le notaire qui était intervenu chez Diana. Ma surprise fut grande. Expliquez-nous. « Eh bien voilà, lors d'un entretien sur la question de la dette, nous avons demandé à Diana qui s'occuperait de son fils si elle devait mourir. » Comment avez-vous fait ? Étonnées, elles avaient du mal à comprendre que pour moi, cela était un véritable problème. « Nous avons trouvé les mots pour le dire, c'était difficile, mais nous avons vite compris que Diana et sa maman avaient hâte d'en parler, elles ont même dit qu'elles n'avaient pas osé t'en parler et nous constatons que toi aussi, tu n'as pas osé ! Heureusement qu'il y avait cette dette !!! » Et le notaire ? « Lui, il ne voulait pas venir à la cité, alors nous sommes allées le chercher, il a été très sympa, il a fait les documents, il a bien parlé à Diana, puis nous l'avons raccompagné. Il nous a posé beaucoup de questions sur notre métier. Il était admiratif et en plus, il n'a rien demandé comme fric ! Je crois même qu'il doit y être de sa poche, mais il a dit que c'était pour nous soutenir. »

Diana est morte le lundi suivant. —



Elle le dit presque en s'excusant. « Pour moi, partir en France était une chance inespérée, je devais la saisir. » Même s'il lui fallait, à 17 ans, quitter le Maroc et sa famille. Même si, très vite, dans le petit appartement de la banlieue parisienne qu'elle rejoint en septembre 1998, sa nouvelle « patronne » lui inflige menaces, mauvais traitements et insultes quotidiennes. Même si elle ne touche rien du salaire promis. Même si on ne l'inscrit pas « dans une bonne école française », comme il était convenu. Salma tient le coup, « en priant ». Chaque jour, elle espère « que les choses s'arrangent ». Chaque jour, elle doit récupérer l'appartement de fond en comble : aspirateur, chiffon à poussière sur chaque centimètre carré exposé, serpillière dans les toilettes, les murs et le sol de la salle de bains, lessive à la

main, repassage. Puis : « vider entièrement les placards de la cuisine et les laver », « soulever tous les coussins du salon, les retourner pour les aérer », « soulever et taper les matelas et les sommiers », « faire toutes les fenêtres de l'appartement. » La « patronne » est obsédée par la propreté, elle n'est jamais satisfaite. Salma prépare aussi les repas, et s'occupe des enfants du foyer, deux jumelles âgées de 10 ans. La patronne pique souvent des crises de nerf. Au mois de mars 2001, un jour de colère, elle met Salma à la porte. Recueillie par un foyer social, Salma se reconstruit peu à peu. Elle décide de porter plainte. Aujourd'hui, la jeune femme a trouvé un emploi de caissière, dans la région parisienne. La procédure judiciaire contre sa patronne est en cours.

Infirmières des universités, non mais !

Ce qui caractérise aujourd'hui encore la profession infirmière, c'est la soumission et l'effacement. L'universitarisation de la profession aidera-t-elle à en sortir ?

I Aïssa Lacheb Boukachache, écrivain, infirmier diplômé d'état

Ainsi, la place du soignant infirmier est plus que souvent celle d'un singulier « secrétariat » médical et paramédical qui, en sus de renseigner en toutes choses sanitaires et administratives, puis de s'effacer devant tous, doit accomplir sans discuter les soins et les actes qui lui sont prescrits. S'ajoute à cette situation que le soignant infirmier se doit de rendre compte (renseignement/soumission) à tous de ses actes, sans qu'en retour il ne soit fait aucune obligation aux autres participants médicaux et paramédicaux de la démarche de soin de le renseigner ni de lui rendre compte de leurs actes.

Nous ne reviendrons pas sur l'historique de la profession infirmière qui explique cet état de fait, qui crée à ce jour encore ce formidable hiatus entre la réalité de l'exercice infirmier et sa théorie ; qui fait de cette profession dont le pouvoir de décision et d'action est désormais considérable une profession « éteinte » et soumise à tous les autres acteurs de la démarche de soin. Combien de soignants infirmiers aujourd'hui cessent d'exercer peu de temps après l'obtention de leur diplôme, dès lors qu'ils s'aperçoivent et prennent la mesure immense de ce hiatus insupportable... ? Cet historique est connu, il a été longuement étudié, détaillé, explicité. Aux côtés des religieuses d'hier (nonnes), inscrites de fait dans une soumission absolue et muette à toute une hiérarchie religieuse et/ou laïque, il y a eu les infirmes physiques et/ou mentaux (infirmier(ère) vient d'ailleurs de là : celui ou celle qui est infirme, déformé(e) physiquement, attardé(e) mentalement, à la marge de la société d'alors) dont la société ne savait que faire et qui les secondaient quand ils n'exerçaient pas eux-mêmes ces fonctions sanitaires. Sans omettre, au Moyen-âge, les prostituées obligées de se « racheter », dans les lazarets qu'on n'approchait pas, une conduite, c'est-à-dire en soignant les lépreux, se taisant, s'effaçant, « expiant » et obéissant aux religieux...

Aujourd'hui, malgré des études médicales et paramédicales pointues qui englobent une vaste partie

des savoirs médicaux et des savoirs des autres participants paramédicaux de la démarche de soin, il n'en demeure pas moins que le soignant infirmier demeure à la marge de cette démarche de soin, au point que s'il ne va lui-même à la recherche de l'information et/ou de l'explication de tel ou tel acte, telle ou telle décision, on ne jugera pas de la nécessité impérieuse de les lui apporter, de l'informer, considérant que son avis, ses savoirs et ses pouvoirs sont relatifs, secondaires, improductifs et pour tout dire peu nécessaires à considérer de manière essentielle. C'est encore et toujours, dans l'esprit de tous ou peu s'en faut, la nonne ou l'infirmière ou la prostituée d'hier, certes plus savante, mais toujours prostituée, infirme, nonne... Sa place est au « centre », mobile sur place à recueillir les données des uns et des autres, les retourner aux uns et aux autres quand on le lui commande, les classer, les archiver, les ressortir, les redistribuer, en plus qu'il exécutera ce qu'on lui ordonnera ou induira d'exécuter comme acte technique. Rendre compte au soignant infirmier de ce qui a été décidé et accompli pour le malade par ces autres qui le soignent dans leur domaine respectif de compétence est quasi devenu comme une aberration ! Puis, quelle importance puisqu'il (le soignant infirmier) n'agirait pas de façon autonome, considérant qu'il n'aurait pas de science qui lui serait propre, puisqu'il ne serait là que pour être à la disposition sans condition de tous ces autres professionnels de la santé...

Il est incontestable, au su de la réalité de l'exercice infirmier, que le soignant infirmier, malgré son savoir, sa technique et son pouvoir légal en beaucoup plus de choses que toute autre profession paramédicale, il est incontestable donc qu'il ne participe pas comme il se devrait et comme il lui serait légitime de la démarche de soin au sein d'un collectif où celle-ci s'inscrit et se pratique nécessairement. Cette situation ne s'est pas créée par hasard. L'histoire séculaire de la profession infirmière y est pour beaucoup que les Instituts de Formation en

Soins Infirmiers (IFSI) aujourd'hui, comme les premières écoles hier, ont intégré implicitement dans le cursus infirmier tel un cadre rédhitoire qui justifie, légitime et sous-tend cet enseignement. Le soin infirmier n'est pas autonome, il ne peut l'être, il est subordonné à tous les autres soins, il leur est soumis, voilà ce qui est puissamment et par des biais didactiques insidieux induit dans l'esprit des futurs soignants infirmiers, par-delà l'enseignement objectif et scientifique inculqué dans le même temps. Les monitrices et moniteurs (termes singulier et révélateurs de l'infantilisation qu'ils induisent (on est moniteurs/monitrices pour enfants voire adolescents, c'est un vocabulaire à cet effet...) pour des études qui n'en demeurent pas moins supérieures) perpétuent le culte de la soumission et de l'effacement.

Le rôle propre infirmier, qu'est-il dans les faits sinon une peau de chagrin quand ce n'est pas absolument rien ? Les diagnostics infirmiers, quel service peut se targuer d'en faire son quotidien ? La prescription infirmière, qui peut s'en vanter et montrer un ordonnancier infirmier et mieux, dont il fait l'usage régulièrement ? Cependant, toutes ces prérogatives ainsi que d'autres sont inscrites dans la loi et fondent aujourd'hui autrement qu'hier la profession infirmière. Cette profession infirmière qui, cependant et comme on le constate souvent, en est encore à interpeller le médecin afin qu'il lui prescrive par exemple des compresses stériles pour réaliser un soin ou un Doliprane® (pourtant en vente libre dans les commerces pharmaceutiques) pour remédier à une céphalée subite d'un malade non allergique au paracétamol. Ou qui adapte sa planification des soins en fonction des disponibilités et/ou des desiderata des autres intervenants paramédicaux. Ou qui n'ose prendre aucune initiative, y compris dans l'urgence quand pourtant son savoir professionnel le lui permet et que la loi lui en fait l'obligation, sans qu'on lui en ait donné l'accord. Mais qui est ce « on » ? Des intervenants médicaux et autres paramédicaux infondés en ces choses du rôle infirmier à y intervenir. D'ailleurs et souvent, ils n'interviennent pas et sont sidérés de ce que le soignant infirmier leur sollicite par exemple une autorisation pour une action à une problématique infirmière dont ils ignorent tout et où il ne leur est jamais enjoint d'intervenir en aucune façon.

Naturellement, il n'est pas question d'entrer en conflit avec le corps médical et/ou les autres professionnels de la santé. Ce serait aberrant. Ils ne sont pour rien dans cette situation infirmière désemparée et tristement flottante et ne l'entretien-

nent en rien. Au mieux pour eux (au pire pour le soignant infirmier), ils s'en accommodent.

L'universitarisation de la formation infirmière aidera-t-elle à sortir enfin de ce carcan de soumission, d'infantilisation, d'effacement, dans lequel les IFSI ne cessent et de la manière la plus regrettable, quand ce n'est suicidaire, de l'inscrire ? L'avenir le dira. Cependant, cette universitarisation ne pourra s'affirmer que par la suppression des IFSI en l'état ou, à défaut, leur transformation radicale en Départements d'Enseignement des Sciences Infirmières rattachés aux facultés de médecine et autonomes dans leurs objectifs et finalités et dont les programmes seront à écrire et à compléter, car ils ne seront certainement plus celui des IFSI actuels.

« Le rôle propre infirmier, qu'est-il dans les faits sinon une peau de chagrin quand ce n'est pas absolument rien ? »

On peut d'ores et déjà interpeller le corps médical et lui dire fermement que, puisque c'est lui également, en sus des moniteurs et monitrices, sic (demain, peut-être et heureusement, des maîtres de conférence et des docteurs en soins infirmiers), qui participe au premier chef de la formation infirmière et que celle-ci ne saurait faire fi de cet enseignement médical

essentiel qui est le cœur même de sa raison d'être infirmière, dire donc au corps médical qu'il se doit de refuser absolument cette soumission, cette infantilisation, cet effacement de celles et ceux, soignants infirmiers, qui sont amenés à travailler avec lui selon le savoir médical et le savoir propre infirmier qui est et sera leur. Dire non aux méthodes surannées, improductives et stupides, dire non aux temps anciens qui perdurent !

Contraire le soignant infirmier à assumer toutes ses prérogatives et ses responsabilités professionnelles et légales afin qu'enfin il s'accapare ce qui est sien, qu'il devienne ce qu'il est et cesse d'être ce « secrétariat » passif, docile et pour tout dire étrange qu'il s'est créé. Cette fonction qui sait beaucoup, peut énormément mais n'ose jamais sans une caution quelconque, une permission !

Sans cette volonté médicale, même au prix de glissements formalisés de tâches, il est fort à craindre que le soignant infirmier soit longtemps encore le seul au sein de la démarche de soin qui refuse sa place, rejette toute volonté d'appréhension et de compréhension de ses actes, tout esprit d'initiative, toute responsabilité et préfère demeurer confiné dans l'abrutissement de la soumission et de l'infantilisation.

Mais il est vrai cependant qu'être à ce point effacé, soumis et dépendant depuis si longtemps peut être agréable, procurer beaucoup d'avantages même mesquins et être sécurisant à la fin... ■

La soumission en héritage

Refuser l'héritage laissé par nos aïeux revient, pour les femmes, à renoncer à une pseudo sécurité dont la soumission est le prix à payer. Tel est, aussi, le dilemme des infirmières.

I Anne Perraut Soliveres, praticienne chercheuse, cadre infirmier

« *L'essentiel est invisible.* »

Le Petit Prince, Antoine de Saint Exupéry.

Poser la question de l'invisible dans les soins, couplé au féminin, s'est imposé à moi comme une évidence, sans que je sache par quel bout attraper le lien invisible qui les tient ensemble. Toute ma vie professionnelle, comme personnelle, a dû se définir dans cette invisibilité que je n'ai eu de cesse de traquer, tantôt pour dévoiler ce que je croyais indispensable de partager, tantôt pour travailler dans son ombre complice, propice à une liberté de penser que je n'aurais jamais soupçonnée dans la lumière du jour.

Une histoire de femmes et de classe

Je ne me suis jamais reconnue dans le féminisme pur et dur, rencontré à l'aube de ma vie d'adulte et ce n'est que maintenant que j'en comprends les raisons profondes. Issue d'une famille pauvre et résignée, où les femmes étaient très actives et se débrouillaient de tout, j'ai été d'emblée beaucoup plus préoccupée par l'inégalité d'accès au savoir et par l'injustice de classe, particulièrement criants dans mon milieu rural, qui ne faisaient guère meilleur sort aux hommes. Je me suis donc toujours pensée « égalitariste » plutôt que féministe, associant une conscience aiguë de l'écart phénoménal entre les nantis et les autres et le rejet de la distinction de genre face aux corvées et aux responsabilités. J'étais destinée, comme beaucoup de filles de ma génération et de ma « condition », à « servir » dans une famille bourgeoise, la fille des ex-employeurs de ma mère espérant me récupérer à la sortie du cycle scolaire obligatoire. J'aurais de loin préféré continuer à aller à l'école mais, comme le disait ma mère avec amertume : « Ce n'est pas pour nous ». Je fis mes premiers pas de « bonne à tout faire » dès le mois de juillet suivant le certificat d'études

primaires, auprès d'une vieille marquise d'un château voisin pendant les vacances d'été. J'y découvris (j'avais 14 ans) le « droit de cuissage » au travers du harcèlement d'un de ses neveux, un père de famille aussi laid que malsain, chez lequel elle m'avait emmenée pour quelques jours, et au service duquel j'étais « invitée » à me tenir pour l'occasion. J'étais d'une timidité maladive et ne savais guère comment me sortir de cette situation, n'ayant ni les mots pour le dire ni l'audace de me plaindre, ni surtout aucun interlocuteur à qui me confier. Je ne cédaï pas à ses manœuvres malgré son insistance, mais n'osai jamais en parler à la vieille dame, un peu « décalée », qui me racontait des histoires du passé jusqu'à des heures avancées de la nuit. Plongée dans ce monde étrange, dont je ne connaissais pas les codes, je saisis avec effroi ce que pouvait signifier « être au service de ». A notre retour au château (magnifique édifice médiéval), l'intendant de cette femme a convaincu ma mère de ne pas m'enterrer dans ce lieu d'un autre temps et c'est sans doute à son intervention que je dus d'échouer dans une « école ménagère » où j'étais supposée apprendre à bien « tenir une maison », ce qui me laissait, en outre, le temps de grandir.

Une affaire de dignité

A l'issue de cette formation de deux ans, je décidai de préparer le concours d'entrée à l'école d'infirmières et je dus, en attendant d'avoir l'âge requis, accepter d'occuper une fonction de « jeune fille au pair » (doux euphémisme pour qualifier un travail non rémunéré, sauf par le gîte et le couvert et un peu d'argent de poche) dans un autre château, proche de l'école où je me rendais deux heures par jour. J'y vécus le temps d'une année scolaire, décisive pour mon identité « féminine », au cours de laquelle je refusai viscéralement toute marque de déférence à mes employeurs et toute allégeance aux

mœurs pseudo aristocratiques qu'on me demandait d'adopter. Pas question de prononcer le « Madame est servie » de rigueur, ou « Monsieur demande à Madame »... Jamais ces formulations n'ont pu franchir mes lèvres et je m'obstinais à les interloquer par mes « C'est prêt... » ou « Votre mari vous appelle », ou « C'est votre femme qui l'a dit... » que je marmonnais en regardant obstinément le bout de mes chaussures. Heureusement, ils n'étaient pas souvent là, ce qui me soulageait de ces situations gênantes et me laissait beaucoup de liberté dans leur bibliothèque...

C'est dans ce contexte que j'ébauchai une posture de méfiance absolue à l'égard de toute hiérarchie, jugée définitivement suspecte, préférant adosser mes valeurs professionnelles à des notions comme la compétence, la sincérité, l'honnêteté. Je devins particulièrement attentive à la distinction entre les notions de service et de servitude, sans vraiment la conceptualiser, mais avec une conscience très nette que si j'acceptais régulièrement de « payer de ma personne » au-delà de ce qu'il est convenu d'exiger dans le travail, il était hors de question qu'on m'y oblige. La prescription de soumission explicite que je retrouvai à l'école d'infirmière ressemblait à s'y méprendre à celle que j'avais refusée au château.

Soigner ou servir ?

L'expérience intime d'une invisible frontière entre le besoin et le plaisir d'être « utile » à mes semblables, sans accepter pour autant d'être « utilisée » par eux, a guidé ma quête de la meilleure posture soignante possible (et supportable) pour l'infirmière comme pour les personnes auxquelles elle a affaire. Là encore, je me heurtai au discours institutionnel qui veut que le malade ait raison contre l'infirmière, toujours suspecte aux yeux de sa hiérarchie comme à ceux du médecin. Les réformes actuelles, conduisant à la judiciarisation du moindre conflit, n'ont pas manqué d'aggraver cette situation, dressant entre certains patients et les soignants une barrière de méfiance peu propice à une écoute bienveillante et réciproque. Ma sensibilité à l'injustice fut largement alimentée par les faits et méfaits du quotidien qui m'ont formée à l'analyse des pratiques au travers d'enquêtes diligentes au moindre incident. Qu'on n'y se trompe pas, si ma position de cadre de nuit me portait à assurer la défense des infirmières dont j'étais responsable, souvent seules face à un groupe hostile (le jour), j'ai été parfois témoin de faits regrettables et dommageables pour le patient, mais ils n'étaient quasiment jamais le fait d'une malveillance individuelle. La recherche minutieuse des causes dans les multiples documents de suivi des patients m'a conduite à pénétrer un écheveau de négligences, d'oublis, d'omissions dans la mise en œuvre des soins aboutissant à une erreur. On a pu

voir, par ailleurs, au travers de faits dramatiques et largement médiatisés, comment une infirmière qui se trompe dans l'exécution d'un traitement se trouve jetée en pâture par les médias, mise en garde à vue (y compris lorsqu'elle a alerté elle-même les autorités). Cette lourde responsabilité qui pèse sur les épaules des soignants est une réalité dont les infirmières ont aujourd'hui une conscience anxieuse, tandis que l'aggravation des conditions d'exécution des soins les met de plus en plus en risque de commettre une erreur.

Des bénéfiques inévaluables

Parler de l'invisible dans les soins nécessite que l'on s'accorde sur le sens de ce mot qui recouvre des réalités fort différentes. Ainsi, lorsque les infirmières disent que l'essentiel de leur travail n'est pas reconnu, elles ne le nomment jamais, ni n'énoncent par qui elles voudraient le voir reconnaître. La plupart des changements opérés dans l'exercice du métier, protocoles, procédures, rationalisations de toutes sortes, l'ont été avec leur assentiment, même s'il s'avère que « consentir » n'est pas « désirer » ni même apprécier... Les multiples documents qu'elles doivent remplir au moindre geste, et dont elles se plaignent qu'ils contribuent à les empêcher de passer le temps nécessaire auprès des patients, étaient destinés à « montrer » leur travail, comme si elles devaient sans cesse le justifier. En réalité, cette traçabilité a surtout pour effet de dresser les contours d'un cadre « sécuritaire » et d'identifier chaque auteur de chaque geste au cas où... Le comble de l'ironie pour des soignants en mal de reconnaissance...

Le dossier du patient, qui permet aujourd'hui que toutes les informations le concernant soient accessibles à chaque soignant et archivées, a paradoxalement contribué à invisibiliser la contribution du soignant à sa prise en charge. L'accélération des séquences de soins, les découpages en fonction de la spécialité, du stade de la pathologie, de la diminution de la durée des séjours, associés à la mobilité forcée des soignants, rendent de plus en plus difficile le maintien du lien qui permet à chacun de s'y retrouver. Alors qu'un des principaux bénéfiques qu'énoncent les soignants reste la gratitude du malade, le sentiment d'avoir été utile, tous les dispositifs tendent aujourd'hui à les rendre anonymes.

Reconnaître la complexité

Le travail patient d'élaboration des stratégies face à la maladie et la souffrance exige des trésors d'imagination pour faire face à des situations inédites et complexes. L'attention portée à chacun des patients, confrontée à des moments difficiles,

« Lorsque les infirmières disent que l'essentiel de leur travail n'est pas reconnu, elles n'énoncent jamais par qui elles voudraient le voir reconnaître. »

.../...

.../... le travail informel de lien entre les multiples acteurs pour harmoniser les soins et l'ambiance dans l'équipe, sans compter le ressenti des soignants, sont les fondements de cette invisible alchimie qui permet que l'institution fonctionne. La subjectivité incontournable mobilisée par cette construction délicate passe par conséquent à la trappe de l'objectivation. Les sentiments et les émotions éprouvés dans les situations de grande souffrance auxquelles sont confrontées quotidiennement les infirmières ne se monnayent pas et il ne s'agit pas de mesurer la qualité de l'attention qu'elles portent aux patients. Cependant, il faudrait reconnaître la nécessité du travail sur soi et à

« Travailler la nuit met en évidence l'écart incommensurable entre ce qui se voit, se compte et ce qui se fait réellement, amplifiant le sentiment que l'essentiel n'est pas reconnu à l'échelle de l'institution. »

partir de soi qu'exigent les aspects relationnels d'un métier dont on mesure encore trop peu les impacts sur l'équilibre psychique des soignants. La « relation d'aide » n'est pas une relation ordinaire, bien que l'absence de prise en compte dans la formation de sa dissymétrie tende à le laisser croire. L'attention à l'autre, la bienveillance, l'écoute sont refoulées du côté du « naturel » alors qu'il s'agit bien de postures professionnelles faisant appel à un savoir-faire et exigeant des compétences particulières qui s'acquiert.

La méconnaissance (ou le refus de voir) par les décideurs de la nécessité du maintien d'un cadre favorisant des échanges de qualité (invisibles) dans les métiers du soin est à l'origine de ce malaise poisseux, désormais palpable, qui pollue les relations à tous les niveaux de la hiérarchie.

Quand montrer contribue à faire disparaître

Les transmissions ciblées restent, à mon sens, l'exemple le plus flagrant de la perversion d'un système destiné à objectiver les informations concernant la maladie au travers de mots convenus (les mots cibles). L'insuffisance d'esprit de synthèse sans cesse reproché aux infirmières est le prétexte de la mise en place de cet outil, véritable machine de guerre, d'ailleurs tiré de cette école si l'on en croit les promoteurs. Il faut dire que l'enjeu est de taille : obliger ces professionnels des relations humaines à renseigner la machine à soigner au travers de logiciels, dont les cases sont de plus en plus petites, afin qu'on puisse tirer l'essentiel des informations en un minimum de temps. C'est là où l'essentiel change de main et donc d'essence, sans le dire. En effet, d'observations simples et souvent informelles sur le quotidien des patients destinées aux collègues pour assurer la continuité des soins, on passe à des données ciblées sur les dysfonctionnements liés à la pathologie, purement médicales et administratives, destinées à renseigner de multiples référentiels informatisés. Ce mode de communication a contribué

à dessécher l'écriture des infirmières, à les culpabiliser en rendant suspect tout « jugement » qui, disparaissant de l'expression, finit par disparaître de l'action. L'interdit de subjectivité plonge ainsi des pans entiers du travail d'élaboration des soignants dans l'ombre, entretenant leur sentiment d'être dévalorisés, négligés, robotisés. L'évaluation ne cherchant à mesurer que ce qui se compte, donc les éléments quantitatifs des soins, ce qui ne se dit pas, ce qui s'éprouve (et donc ne se prouve pas), voire ce dont nous n'avons pas conscience au moment où nous agissons, devient comme superflu, passe après, voire disparaît lorsque la charge de travail s'intensifie. Même le temps, dont chacun s'accorde pourtant à reconnaître l'importance dans la réussite d'une relation, mais également dans l'adaptation des gestes et des stratégies de soin, est disqualifié par l'incertitude qui entourera toujours son impact réel.

La nuit qui révèle

C'est paradoxalement la privation de visibilité (au sens propre) qui va être déterminante dans la construction identitaire originale des infirmières de nuit. Confrontées à la solitude, dans tous les sens du terme, elles sont amenées à surinvestir les aspects les moins valorisants de la fonction soignante, de plus en plus abandonnés par leurs collègues de jour. L'attente active, la vigilance qui utilise tous les sens, la présence muette, la répétition jusqu'à l'épuisement des explications à des personnes qui ne les entendent pas, les réponses patientes à des questions qui en cachent d'autres, indicibles, sont de multiples tentatives d'apaisement d'une intranquillité qui résiste... Toutes ces fonctions qui prennent tant de temps sont particulièrement imperceptibles à qui ne veut pas les voir...

Travailler la nuit met en évidence l'écart incommensurable entre ce qui se voit, se compte et ce qui se fait réellement, amplifiant le sentiment que l'essentiel n'est pas reconnu à l'échelle de l'institution. L'insistance des soignants de nuit à faire apparaître ces éléments constitutifs de leur professionnalité est souvent mal ressentie par leurs collègues de jour, comme si cela soulignait ce qu'elles-mêmes négligent, voire abandonnent à des personnels moins qualifiés. Les transferts de tâches du jour vers la nuit reposent sur la conviction des équipes de jour, qui ne désarment pas, qu'il y a moins de travail la nuit, sans tenir aucun compte de la diminution drastique des effectifs (pourtant elle aussi mesurable...) et de l'absence d'autre interlocuteur ressource. Outre que l'infirmière de nuit est seule pour faire face aux soins prescrits, elle a besoin de toute son attention pour répondre aux impondérables et anticiper sur les événements qui émaillent une période où rien n'est supposé advenir. L'exercice de la responsabilité, que la nuit développe particulièrement, est

ainsi une dimension condamnée à l'invisibilité puisque lorsque le travail est fait, il n'y a rien à voir et par conséquent rien à en dire... D'ailleurs, il est remarquable que l'infirmière de nuit ne devient nommément identifiable dans l'équipe que lorsqu'il y a un doute sur la réalisation d'un soin... L'amplification du moindre incident montre à quel point ces invisibles se remarquent par leur absence (comme le ménage et le rangement dont on ne prend conscience de la réalité que lorsque ce n'est pas fait). Cette absence de reconnaissance symbolique du travail de la nuit est une métaphore de ce qui est mis dans l'ombre en permanence (jour et nuit) parce que difficile à évaluer, voire à démontrer.

Les cache-misère

La technicité, surinvestie par les soignants de jour, masque ainsi une frustration qui naît de leur difficulté à faire front et à problématiser une « relation d'aide » dont les contours restent flous. La nécessité d'un engagement de l'identité propre de chacun dans une relation, fut-elle soignante, est une des inconnues soigneusement évacuée et pourtant au cœur de la crise d'identité soignante. La crainte d'une intrusion mortifère de nouvelles règles contraignantes et dépersonnalisantes dans un rapport à l'autre, jamais donné d'avance, est un des nœuds de la résistance des infirmières à affronter collectivement cet aspect problématique de leur fonction. Au lieu de cela, le « corps infirmier » se tourne vers une théorisation supposée le sortir de sa frustration, donner un contenu valorisant (et surtout reconnaissable socialement), à cette profession « paramédicale », sans s'apercevoir qu'il éloigne chaque jour davantage les professionnels du cœur de leur métier : soigner.

La crise d'identité professionnelle des infirmières me semble pouvoir être résumée à un conflit non explicite entre ce qu'elles voudraient être, ou qu'elles aimeraient qu'on croit qu'elles sont : sortes d'icônes capables, en silence, de tout absorber du malheur des autres ; et ce qu'elles sont réellement : des êtres humains, certes plutôt plus généreux que la moyenne, mais avec les mêmes limites que leurs concitoyens. Qu'elles n'assument pas d'avoir à reconnaître officiellement

leurs limites témoigne de la partie immergée de l'iceberg : une prescription identitaire calquée sur la soumission à un pouvoir médical d'un autre âge, doublé d'une auto prescription morale inaccessible, elle-même issue d'un ordre religieux dont elles se croient émancipées. La concrétisation de leurs craintes est à considérer à l'aune de la création d'un ordre infirmier massivement rejeté par les infirmières qui annonce explicitement son objectif : remettre encore et encore de l'ordre là où il faudrait plutôt redonner de la souplesse, de la place à l'imagination et à la créativité...

Pour ne pas conclure...

Les infirmières ne sont pas condamnées à errer entre la confusion des prescriptions de genre, ancestrales, dans lequel elles ont développé des savoirs précieux pour la survie de l'humanité, mais dont rien ne permet de penser qu'ils soient propres à leur « nature » féminine, et une valorisation dont seuls les aspects techniques et théoriques seraient représentatifs de leur professionnalité. Elles ont, au contraire, tout à gagner à sortir du cocon médical qui les protège tout en les asservissant. Le désir de reconnaissance des valeurs qu'elles mettent en actes, soit faire face à l'ensemble des difficultés que rencontrent les patients qui leurs sont confiés, ne peut être satisfait que si elles s'engagent activement à défendre les aspects les moins reconnus et pourtant les plus précieux de leur mission. Il leur faut pour cela accepter d'affronter explicitement le conflit entre le tout médical, y compris dans ses aspects bureaucratique et budgétaire, et le tout humain qui se joue désormais dans les interstices des soins, presque à la sauvette. Soigner, pour une infirmière, exige que toutes les dimensions puissent être considérées à leur juste place et valeur, ce qui impose qu'elles apprennent à travailler davantage avec le patient, dans son intérêt. Il leur faut, pour cela, sortir d'un « devoir de réserve » illégitime, imposé par une hiérarchie qui, au nom d'une idéologie normative stérilisante, a perdu la notion de ce que contient toujours le travail bien fait : une part aveugle incontournable. ■



magda zine

Mediator[®], 34 ans plus tard, Servier nous ment encore

§Corruption, lobbying ; §Conflits d'intérêt ; §Médicaments, industrie pharmaceutique ; §Information médicale

Marie Kayser, médecin généraliste

Décembre 1976.

Publicité des laboratoires Servier à propos du Mediator[®] (benfluorex)¹.

« Il arrive qu'un nouveau médicament soit une découverte... »

« C'est à vous qu'il appartient maintenant de juger du progrès que représente Mediator[®] chez vos malades hyperlipidémiques ou présentant un trouble de la tolérance au glucose, donc menacés ou déjà atteints par l'athérosclérose. »

Début 1977 : La toute jeune revue *Pratiques*² dans sa rubrique « du côté de l'industrie pharmaceutique »³ rappelle que le benfluorex (Mediator[®]), molécule proche de la fenfluramine (Pondéral[®]) fait partie de la famille des anorexigènes.

« Mediator[®] nous a demandé plus de 10 ans de recherche », nous dit Servier... Mais pourquoi ne nous dit-il pas que son Mediator[®], sur le plan chimique, est un dérivé amphétaminique et un dérivé d'un autre produit de son laboratoire, l'anorexigène Pondéral[®].

Pratiques affirme que, contrairement à ce que dit Servier, « de tels produits pour des indications aussi floues que le diabète, l'hyperlipidémie, l'athérome... ne peuvent être jugés valablement qu'avec une méthode statistique et épidémiologique sur plusieurs années. »

Le Docteur James Larnaque, qui signe l'article, rappelle que la question essentielle avant de prescrire est la suivante : « Ce produit est-il utile, est-il efficace ? » et conclut : « Alors pour Mediator[®], on n'est pas pressé... On attendra encore quelques temps, voire quelques années... Mais dans quelques années, quand on commencera à savoir un petit bout de la vérité, ça en fera des millions de boîtes de Mediator[®] vendues !... Et avec tout cet argent, les laboratoires Servier auront bien vécu... Qui médit a tort... ? Peut-être pas.

En tous cas question information, en l'absence d'organisme d'information indépendant, on est loin du compte !... »

Pratiques appelle au boycott de la visite médicale organisée par les firmes pharmaceutiques.

Décembre 76 – Décembre 2010 : 34 ans passent.

2,6 millions de personnes prennent le Mediator[®], 145 millions de boîtes de 30 comprimés sont vendues entre 1976 et 2009, remboursées à 65 % par l'Assurance maladie.

Pourtant, au fil des ans, les signaux d'alarme se

succèdent⁴. La revue *Prescrire*⁵ fait de nombreuses mises en garde sur l'utilisation de la famille des anorexigènes, puis des demandes répétées de suppression du Mediator[®].

1995 : En France, restriction sur la prescription de la fenfluramine (Pondéral[®]) et de sa forme dextrogyre, la dexfenfluramine (Isoméride[®]).

1997 : Aux Etats-Unis, interdiction de la famille des fenfluramines, en France suspension de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) des deux formes de fenfluramine ; enquête de pharmacovigilance car le Mediator[®] est détourné comme coupe-faim.

1998 : La commission de mise sur le marché note « l'absence d'efficacité du Mediator[®] sur l'hypertriglycéridémie », cette indication ne sera pourtant supprimée qu'en 2007⁶.

1999 : Les premiers cas de valvulopathies sont décrits, d'autres vont suivre.

Février 2009 : Onze cas de valvulopathies sous Mediator[®] sont signalés par le CHU de Brest.

Juillet 2009 : Toujours au CHU de Brest, une étude « cas-témoins », menée par la pneumologue Irène Frachon, montre un très net excès de risque de valvulopathies pour les patients sous benfluorex (Mediator[®]).

Septembre 2009 : L'étude « Régulate », démarrée en 2005 par les laboratoires Servier, montre elle aussi un excès de risque alors que les patients n'ont été suivis que pendant un an.

Deux études de la Caisse Nationale d'Assurance maladie (CNAM) suivent : la première montre que les patients diabétiques, qui ont été exposés au Mediator[®], ont un risque de chirurgie de remplacement valvulaire multiplié par 3,4 ; la deuxième estime à 500 le nombre de décès des années 1976 à 2009 attribuables au Mediator[®], chiffre probablement sous-estimé qui, d'après une autre étude, serait plutôt situé entre 1 000 et 2 000.

Novembre 2009 : l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) suspend l'AMM de tous les médicaments contenant du benfluorex (Mediator[®] et ses génériques qu'elle venait d'autoriser en octobre).

Juin 2010 : Publication du livre du Docteur Irène Frachon *Mediator 150 mg, combien de morts ?*⁷. Les laboratoires Servier obtiennent en justice la censure du sous-titre. Le scandale du Mediator[®] devient public. La presse généraliste enquête et révèle différents documents montrant que de nombreux signaux d'alarme ont été tirés et que les autorités sanitaires et administratives étaient au courant.

.../...



Dessin extrait du
n° 13 de *Pratiques*
de février 1977
consacré au
Mediator®.

- Pondez-moi une chouette pub là-dessus!
- C'est nouveau ?
- Non, mais faites-le croire!..

L'article actuel a été écrit avant le 15 janvier 2011, date de la remise du rapport de l'IGAS sur le Médiator®. Celui-ci décrit l'indigence dans ce dossier des administrations ayant en charge le médicament, les conflits d'intérêt qui les minent, les mensonges et les pressions du laboratoire Servier.

Pratiques ne résiste pas au plaisir de vous faire connaître ce passage du rapport qui souligne l'indépendance de la revue : « ... pendant 33 ans (1976-2009), tous les patients traités par le MEDIATOR® ont en réalité absorbé de la norfenfluramine à des doses efficaces.

Ce fait, central, était accessible à la condition de raisonner librement, sans préventions ni entraves. Ainsi, la revue *Pratiques ou les cahiers de la médecine utopique*, dans son numéro 13 de février 1977 a consacré un article au MEDIATOR® et aux laboratoires Servier dont le contenu est éloquent... »

Décembre 2010 : Xavier Bertrand reprend le ministère de la Santé qu'il avait déjà occupé entre 2005 et 2007 et dénonce de « fortes présomptions de défaillances graves dans le fonctionnement du système du médicament ».

Décembre 2010 : Les mêmes laboratoires Servier mentent encore.

Courrier des laboratoires Servier : « Mediator® est un antidiabétique oral... De nombreuses études ont démontré son efficacité : diminution de la glycémie à jeun et baisse d'environ 1 point de l'hémoglobine glyquée HbA1C, associées à un effet favorable sur le profil lipidique. »

Ce courrier est une nouvelle mystification : Mediator® n'a jamais eu l'indication d'antidiabétique, il avait l'AMM comme « adjuvant au régime adapté chez les diabétiques avec surcharge pondérale » : pour être considéré comme antidiabétique, il faut faire baisser les chiffres du diabète indépendamment de la perte de poids. La baisse de l'hémoglobine glyquée est un « critère biologique intermédiaire » qui peut être lié à la perte de poids induite par ce coupe-faim et ne permet en rien de présumer de l'efficacité du Mediator® en termes d'efficacité clinique. L'indication dans les hypertriglycéridémies a été retirée en 2007⁶. Le laboratoire reprend ensuite l'étude « Régulate », pour venter l'efficacité du Mediator® toujours sur des critères intermédiaires et en minimisant les effets secondaires valvulaires. Ce courrier ne fait mention ni de l'étude conduite à Brest, ni de la deuxième étude de la CNAM qui avance le chiffre de 500 décès.

Aucune confiance ne peut être accordée aux argumentaires du laboratoire. Ceux-ci ont pourtant été largement repris, sans aucun esprit critique, dans une revue telle que le *Quotidien du médecin*⁸ qui se targue d'être « le premier site d'information et de formation destiné aux professionnels de santé. »

En 34 ans, il y a eu « d'autres Mediator® ».

Bruno Toussaint, directeur de rédaction de *Prescrire* en liste quelques-uns⁹ : « Stalor® (cérivastatine), Vioxx® (rofécoxib), Acomplia® (rimonabant), Avandia® (rosiglitazone) ont tous été retirés du marché ces dernières années en raison d'effets indésirables d'une gravité disproportionnée par rapport aux bénéfices qu'ils apportaient aux patients. Dans chaque cas, ces effets indésirables étaient connus depuis longtemps ou prévisibles... »

Sans changement profond, il y aura « d'autres Mediator® »¹⁰.

Le Formindep, dans son récent éditorial, dénonce « une stratégie de lobbying discrète, mais efficace, contre laquelle les acteurs de santé semblent éton-

namment peu se prémunir » et analyse « l'interférence d'intérêts étrangers à la santé des usagers qui se fait sentir à chaque étape de la vie du médicament et des soins en général » ; « Extinction de la recherche publique indépendante qui travaille de plus en plus en sous-traitance des firmes », cette évolution a été facilitée par la loi Hôpital Patients-Santé Territoire (HPST).

« Manque d'indépendance des autorités chargées de l'évaluation » : les agences du médicament française (AFSSAPS) et européenne (EMA) sont financées en quasi-totalité par les firmes pharmaceutiques.

« ... Comités d'experts dont la plupart sont personnellement rémunérés comme consultants des firmes dont ils doivent juger les produits... Ces liens sont maintenant pour beaucoup publiés, mais la transparence n'est pas l'indépendance... »

« Pharmacovigilance abandonnée aux firmes » : lors du vote du Parlement européen de septembre 2010 sur les textes relatifs à la pharmacovigilance, la mobilisation de la société civile a permis quelques progrès, mais deux régressions majeures subsistent : la suppression d'obligation de financement public des systèmes de pharmacovigilance par les Etats et le rôle donné aux firmes dans l'enregistrement et le codage des effets indésirables dans la base européenne Eudravigilance¹¹.

« Absence de transparence des autorités de santé. »

« Formation et information médicales assurées par les firmes » : l'information des soignants vient

pour une grande part des spécialistes leaders d'opinion et c'est sur eux que les firmes font peser leur lobbying. Elle vient aussi de la presse médicale qui, en dehors de *Pratiques* et *Prescrire*, dépend des subsides des firmes. L'indépendance des sources de formation n'est pas un critère exigé pour que les médecins remplissent l'obligation de formation, ni même pour qu'ils bénéficient des futurs « chèques formation », pourtant financés par les pouvoirs publics.

« Patients manipulés et complices » : les associations de patients sont en général peu actives sur la question des conflits d'intérêt en santé, leurs associations sont très dépendantes des subsides de l'industrie pharmaceutique. Enfin, la loi HPST a permis l'introduction des firmes dans l'éducation thérapeutique des patients.

« Lanceurs d'alerte exposés :... des échanges de courriels entre représentants de l'AFSSAPS et les laboratoires Servier démontrent une incroyable

« Aucune confiance ne peut être accordée aux argumentaires du laboratoire. Ceux-ci ont pourtant été largement repris, sans aucun esprit critique, dans une revue telle que le *Quotidien du médecin*... »

.../...

.../... convergence d'intérêts pour nuire au Docteur Frachon... »

« Soignants naïfs qui n'ont toujours pas choisi l'indépendance » : la liste est longue des immixtions des firmes dans la vie des soignants : presse, syndicats médicaux, congrès de médecine générale, sociétés savantes, formation continue en ville et à l'hôpital, la plupart des réseaux de santé et même les actions des pouvoirs publics tels que le dépistage du cancer du colon ¹². Il est malheureusement plus rapide de lister là où aucun financement des firmes n'intervient : *Pratiques* et *Prescrire*, la SFTG (Société de Formation Thérapeutique du Généraliste ¹³), le Formindep, Le Syndicat de la Médecine Générale ¹⁴, certains réseaux et groupes de formation continue...

Comment éviter « d'autres Mediator® » ?

Le Directeur de rédaction de *Prescrire* liste des propositions qui « n'ont rien d'irréaliste » ⁹ :

« Il faut renforcer l'évaluation des médicaments avant leur mise sur le marché, de manière indépendante des firmes. Renforcer les lois européennes et françaises pour que les nouveaux médicaments aient à démontrer leur intérêt thérapeutique par rap-

port au médicament de référence », ce qui semble aller de soi, mais n'est toujours pas obligatoire. « Rendre les agences du médicament indépendantes des firmes pharmaceutiques que ce soit financièrement ou en terme d'expertises trop souvent influencées par les conflits d'intérêt. Renforcer considérablement la pharmacovigilance pour que soient cherchés et analysés plus activement les cas d'effets indésirables. Rendre les décisions de retrait du marché plus rapides. »

Il faudrait y ajouter :

La mise en place d'une formation de tous les soignants, en soins ambulatoires comme à l'hôpital, indépendante des firmes pharmaceutiques : aucun argent public ne doit aller à des formations qui ne respecteraient pas ces critères. L'interdiction de toute intrusion des firmes pharmaceutiques dans l'éducation thérapeutique.

Pourquoi tout ceci n'est-il pas réalisable ?

Pourquoi les patients n'auraient-ils pas droit à des soins non guidés par le lobbying des labos ?

Pourquoi les soignants n'auraient-ils pas droit à exercer dans la sérénité ?

A qui profite la situation actuelle ? ■

■

1. *Pratiques ou les cahiers de la médecine utopique*, février 1977, n° 13 www.pratiques.fr/
2. *Pratiques* est né en 1976 sous les auspices du Syndicat de la Médecine Générale lui-même créé en 1975. La revue est maintenant juridiquement indépendante du syndicat, mais garde des rapports étroits avec lui.
3. On peut légitimement considérer cette rubrique comme l'ancêtre de la revue *Prescrire* : ses rédacteurs ayant fait partie de l'équipe qui a créé *Prescrire*.
4. *Le Monde*, Paul Benkimoun et Marie-Pierre Subtil, contre-enquête, 24 novembre 2010.
5. *Prescrire*, né en janvier 1981 est avec *Pratiques* la seule revue d'information sur le soin et la santé, totalement indépendante de l'industrie pharmaceutique et des pouvoirs publics. www.prescrire.org/fr/
6. AFSSAPS, information professionnels de santé novembre 2009.

7. Irène Frachon, *Mediator 150mg*, sous-titre censuré, Editions dialogue.fr.
8. *Le Quotidien du Médecin*, 06/12/2010.
9. *Le Monde*, 11 décembre 2010, rubrique débats.
10. Ce paragraphe est en grande partie tiré de l'éditorial du Formindep : collectif pour une formation et information médicale indépendantes au service des seuls professionnels de santé et des patients. L'éditorial est à lire intégralement sur le site du Formindep : www.formindep.org/
11. Collectif Europe et médicament, communiqué de presse du 7 décembre 2010 www.prescrire.org/Fr/1/194/46696/754/ReportDetails.aspx
12. *Pratiques*, n° 43, octobre 2008, p. 75.
13. SFTG : www.sftg.net/
14. SMG : www.smg-pratiques.info/

Le rapport Hubert

§Accès aux soins, §Assurance maladie, §Maisons de santé, §Médecin généraliste, médecine générale

Marie Kayser, médecin généraliste

Le rapport sur la « médecine de proximité » réalisé par Elisabeth Hubert (voir encadré) à la demande du gouvernement, a été rendu public le 26 novembre 2010¹. La feuille de route en était : « Garantir, durablement et équitablement, à nos concitoyens l'accès à une offre de santé de proximité ».

Sa commande est liée aux difficultés croissantes dans certains territoires pour accéder à des soins de proximité et à la crise traversée par la médecine générale, mais aussi à la dynamique des nouvelles modalités d'exercice.

Il intervient, par ailleurs, dans un contexte « pré-lectoral », alors que la partie la plus conservatrice de la profession, électorat traditionnel de la droite, marque de la défiance face au gouvernement.

Elisabeth Hubert prévient que ses préconisations sont en résonance les unes avec les autres et forment un tout qui doit être intégré à une nécessaire « réforme de la protection sociale » dans laquelle « les assurances complémentaires sont appelées à prendre une place de plus en plus forte dans la couverture maladie ».

Quelle analyse peut-on faire de ce rapport qui a reçu un accueil plutôt favorable de la profession aussi bien des promoteurs de nouvelles formes d'exer-

cice du métier que des défenseurs acharnés de la médecine libérale ?

La mission a bien entendu ceux qui se mobilisent depuis des années pour une meilleure adéquation de l'enseignement initial à la pratique du métier de généraliste.

Le rapport reprend des mesures, dont certaines sont inscrites dans la loi depuis des années, mais non appliquées : stages obligatoires en médecine générale avant l'internat, nomination de titulaires enseignants en médecine générale. Il va plus loin en préconisant d'étendre à tous les internes de médecine générale le stage de six mois de professionnalisation (stage SASPAS : stage autonome en soins ambulatoire supervisé), d'envisager une année supplémentaire de séniorisation en médecine générale, d'améliorer le statut des chefs de clinique, d'augmenter le nombre d'enseignants associés ainsi que le nombre et la rémunération des maîtres de stage.

Toutefois, la question de l'indépendance de cette formation initiale par rapport aux pressions des firmes pharmaceutiques n'est mentionnée nulle part.

Pourtant, c'est dès la formation initiale que devraient se former les habitudes de recherche de sources fiables et d'indépendance dans la prise en charge thérapeutique.

.../...

Petit rappel historique*...

Le 15 décembre 1983, à l'occasion de la visite à Saint-Nazaire, et dans les locaux du centre de santé, du ministre des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, Pierre Bérégovoy, l'opposition se déchaîne, comme en témoigne notamment un tract de l'Union des syndicats des professions de santé signé du docteur Elisabeth Hubert, appelant les médecins de Loire-Atlantique à manifester. M^{me} Hubert était alors secrétaire de la section départementale de la Confédération syndicale des médecins de France (CSMF)...

Extraits du tract :

- « ... notre opposition à voir se mettre en place toute forme collectiviste de distribution des soins... »
- « ... les actions de prévention collective sont connues comme étant de peu d'impact »
- « ... subventionné avec les deniers publics, un type de médecine dont tous les exemples étrangers ont montré qu'il était déficitaire... »
- « ... l'argument de permettre l'accès aux soins à tous étant totalement fallacieux, les besoins sont en effet parfaitement couverts et, au contraire, dans les pays étrangers qui ont adopté ce système de médecine gratuite, on a vu se développer une médecine parallèle réservée aux plus riches. »

Rappelons que l'USB de Saint-Nazaire, ancêtre des MSP, a été sabordée par la droite, revenue au pouvoir en 1984, sur pression des syndicats tels que la CSMF du Dr Hubert.

Tout le monde peut évoluer, même le Docteur Elisabeth Hubert qui a cheminé sur certains points, mais pas sur tous, puisqu'elle maintient le paiement à l'acte comme base des soins de proximité.

* extrait du livre *Hier, une médecine pour demain. Le centre de santé de Saint-Nazaire*, de Daniel Coutant médecin généraliste du SMG qui faisait partie des initiateurs de l'Unité Sanitaire de Base (USB) de Saint-Nazaire.

.../... **La mission a bien entendu la problématique de l'exercice en médecine générale et l'intérêt de structures pluridisciplinaires tels que Maisons et Pôles de santé pluridisciplinaires (MSP et PSP) ².**

Elle propose de soutenir cet autre modèle d'offre de santé pour répondre aux aspirations des médecins, en particulier des plus jeunes, et résoudre la problématique de zones sous-dotées en professionnels de soins.

Le rapport recense les obstacles auxquels se heurtent actuellement ces modes d'exercice : coût plus important de l'exercice regroupé, absence de statut juridique adapté, fonctionnement rendu fragile par l'absence de pérennité des financements, absence d'accompagnement dans le montage des projets, archaïsmes déontologiques, lourdeur des tâches administratives...

Il insiste sur l'importance du projet de santé porté par les professionnels et sur la nécessité de l'accompagnement des promoteurs de projets et des collectivités par les Agences Régionales de Santé (ARS) avec mise en place d'un « guichet unique ». Il souligne la complexité et l'inadaptation des forfaits actuels : « forfait mission coordonnée » et « forfait nouveau service aux patients » qui sont proposés comme nouveaux modes de rémunération.

La mission reprend à son compte deux demandes fortes de tous ceux qui sont investis dans la mise en place et le fonctionnement de ces structures. D'une part, elle préconise l'élaboration d'un nouveau statut juridique pour permettre l'exercice collectif pluridisciplinaire ; elle envisage trois types de statuts : le « groupement de coopération sanitaire » qui fait souvent la part belle aux intérêts du privé, la « société d'exercice libéral » ou encore la « société coopérative » dont le modèle semble beaucoup plus

intéressant en termes de fonctionnement collectif. D'autre part, elle souligne l'importance d'un « forfait financement structure » pérenne pour les MSP et PSP pour que soient couverts les surcoûts liés au suivi du cahier des charges ; le montant en sera variable selon la population couverte et le nombre de professionnels inclus. Le versement en serait conditionné au respect d'un cahier des charges national et de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre ces structures et les ARS.

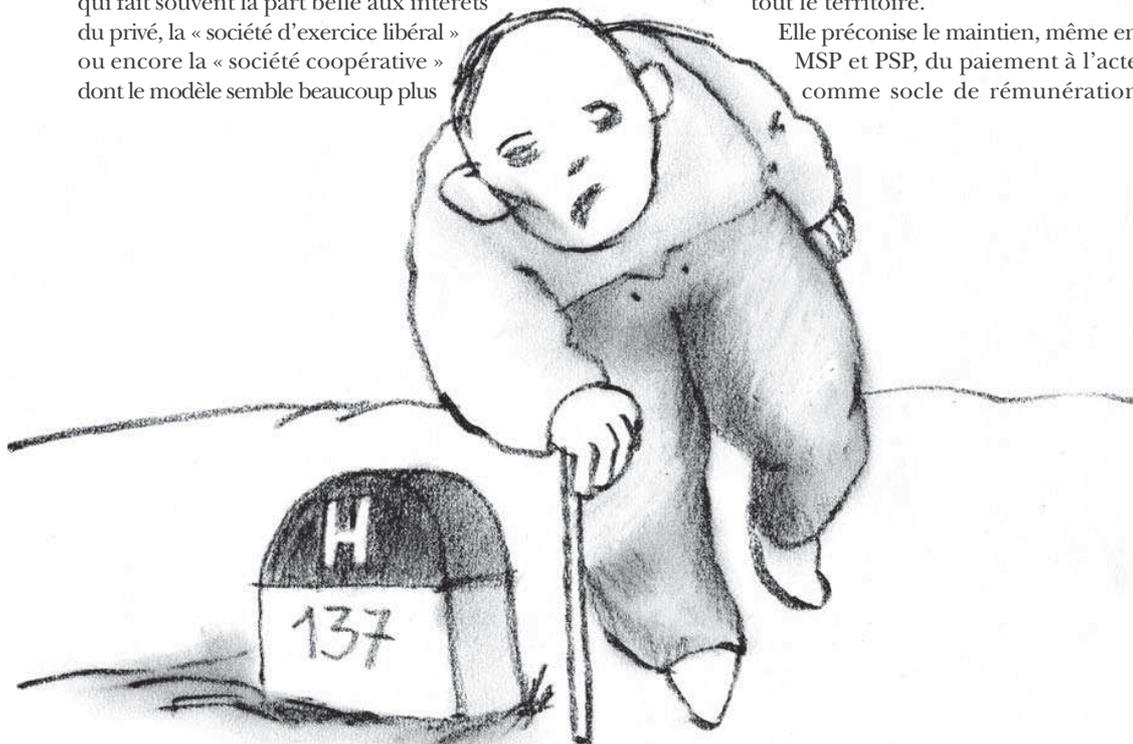
La mission liste par ailleurs des incitations financières pour inciter les médecins à rejoindre ces structures collectives : prêt à taux zéro pour primo installation, crédit bail, investissement récupérable en cas de départ ...

Elle fait aussi des propositions pour améliorer le statut des médecins généralistes comme l'amélioration de la couverture maternité en secteur I et la réflexion à mener sur l'Assurance Sociale Vieillesse qui finance une partie de la retraite des médecins de secteur I.

Toutefois le soutien aux MSP et PSP reste cantonné à certaines zones géographiques, la rémunération à l'acte y reste la base et l'accès financier aux soins n'y est pas garanti.

La mission reconnaît que des MSP ou PSP pourront se créer quel que soit le lieu géographique avec un accompagnement par les administrations, mais elle préconise que le soutien financier soit limité aux zones déficitaires. Elle ne considère pas que ce type d'exercice, permettant une meilleure prise en charge des populations en termes de soins et de santé, devrait être fortement encouragé à terme sur tout le territoire.

Elle préconise le maintien, même en MSP et PSP, du paiement à l'acte comme socle de rémunération



sans s'interroger sur les inconvénients de celui-ci. Par contre, elle souligne ceux du système à la capitation sans s'intéresser aux avantages de ce dernier. De travail salarié, il n'en est point question, sauf éventuellement et de façon provisoire dans les zones totalement déficitaires où aucun généraliste ne voudrait s'installer et où l'exercice serait reconnu « de service public ».

Enfin, le rapport recommande la présence de travailleurs sociaux dans les équipes des MSP ou des PSP pour y inclure une « dimension sociale », mais nulle part il n'est fait mention de la nécessité d'exercer à des tarifs opposables, de la pratique obligatoire du tiers-payant ou de la mise en place d'un recours facilité à des spécialistes de secteur 1.

La mission voit dans le développement des systèmes d'information et de la télémédecine une étape majeure de la modernisation de la médecine de proximité.

Le rapport en fait une des clefs du bon fonctionnement d'un exercice coopératif dans le cadre des MSP et PSP. Il critique la faible informatisation de la médecine libérale en « logiciels métiers » et le réel émiettement des prestataires de service qui sont intervenus au moment de l'informatisation des cabinets médicaux. Se trouve posée ici à nouveau la question du Dossier Médical Personnel (DMP).

Toutefois le développement des systèmes d'information et de la télémédecine soulève de nombreuses questions :

si un dossier médical est nécessaire pour le suivi du patient dans le cadre d'une équipe de soins, la question de la confidentialité des données se pose toujours et d'autant plus que les intervenants sont plus nombreux. Cette question se pose aussi par rapport aux financeurs du système de soins.

La télémédecine nécessite une réflexion à part entière qui n'est pas abordée dans le rapport.

Enfin, on retrouve ici un peu le même engouement pour les systèmes d'information qu'en 2004 quand le ministre de la Santé affirmait que le DMP prochainement mis en place serait la clef de l'équilibre de l'Assurance maladie.

La mission s'est intéressée aussi à la formation continue à travers le DPC : Développement Professionnel Continu.

Elle souligne l'importance de s'appuyer d'avantage sur les professionnels pour organiser les contenus et la gestion du DPC.

Toutefois, pas plus que pour la formation initiale, il n'y est fait mention de l'importance d'une formation et d'une information indépendante au seul service des patients.

Cette indépendance est pourtant indispensable pour la qualité des soins délivrés et devrait être exigée pour que les formations bénéficient de financement par l'argent public. Si cette exigence d'indépendance était étendue aux recours spécialisés libéraux ou hospitaliers et aux agences

gouvernementales, le travail du généraliste serait considérablement allégé : s'il essaie de travailler selon des sources indépendantes de formation et d'information, il est perpétuellement en butte avec des prescriptions de spécialistes ou des recommandations officielles sous influence.

Une telle indépendance à tous niveaux éviterait des scandales sanitaires comme celui du Vioxx®, du Mediator®, et bien d'autres passés et à venir.

La mission a malheureusement bien entendu aussi les tenants du système libéral de rémunération à l'acte.

D'une part, nous l'avons vu, elle considère le paiement à l'acte comme un élément de base incontournable, quel que soit le lieu d'exercice, d'autre part elle propose d'établir un éventail de quatre à cinq tarifs allant de 11 à 60 ou 70 euros par consultation, selon la longueur et la complexité de celle-ci.

Une telle grille tarifaire qui prétend reconnaître la complexité du métier donne en fait des gages à la partie la plus libérale de la profession. En instaurant un minuteur dans la consultation, cette proposition méconnaît totalement la réalité de l'exercice de la médecine générale et fait peser sur les patients les augmentations tarifaires en augmentant considérablement leur reste à charge. Cette grille va à l'encontre du principe de solidarité de l'Assurance maladie : plus les gens seront malades, plus ils paieront cher, sauf s'ils sont en Affection de Longue Durée à 100 %. Cette tarification serait un casse-tête pour les médecins et engendrerait des perturbations de la relation médecin malade. Le Directeur de l'Assurance maladie a calculé que, pour équilibrer 10 % des consultations qui se feraient à 60 euros, il faudrait qu'un tiers se fasse à la moitié d'un C, soit 11 euros³. Espérons que ces considérations financières empêcheront que cette proposition aboutisse.

Seul un système de soins solidaire et indépendant peut garantir l'existence des soins pour tous et l'amélioration des conditions de travail des soignants de proximité que nous sommes.

Comment obtenir la mise en place des préconisations intéressantes en termes de formation initiale, d'exercice de métier et d'accès géographique aux soins ? Comment faire pression pour que la grille tarifaire ne soit pas mise en place et que les questions d'accès aux soins soient prises en considération ? Comment faire entendre les questions d'indépendance de la formation initiale et continue pourtant indispensables à l'exercice du métier ? ■

1. www.elysee.fr/president/root/bank_objects/rapport_definitif_.pdf
2. Pôle de santé pluridisciplinaire (PSP) : exercice en coopération mais sans regroupement sous un toit commun contrairement aux Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP).
3. *Quotidien du Médecin* : 3 décembre 2010.

Déni du droit aux soins ¹

§Accès aux soins, §Assurance maladie, Sécurité sociale, §Droits de l'homme, discriminations

■ Marie Kayser, médecin généraliste

La loi de finances pour 2011 met en place des restrictions majeures pour l'accès aux soins au titre de l'Aide Médicale d'Etat (AME).

L'AME permet aux étrangers en situation irrégulière d'avoir un accès aux soins ; ils doivent souscrire à des conditions strictement contrôlées : présence sur le territoire français de façon permanente et habituelle depuis plus de trois mois, ressources inférieures au plafond de la CMU (Couverture Maladie Universelle) complémentaire, soit à ce jour 634 euros par mois pour une personne seule.

Les nouvelles mesures adoptées vont condamner de nombreux malades à rester sans soins :

- Instauration d'un droit d'entrée annuel de trente euros par bénéficiaire adulte. Cette somme représente, pour un couple demandeurs d'AME, près de 10 % du revenu mensuel à payer en une fois.
- Obligation d'agrément préalable des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM), avec nouvelle vérification des conditions de ressources et de résidence, pour les soins hospitaliers au-delà d'une certaine somme. Cette mesure retardera la prise en charge médicale et rajoutera une charge administrative pour les hôpitaux et les CPAM.
- Réduction du panier de soins de l'AME avec l'exclusion des « actes, produits et prestations dont le service médical rendu n'a pas été qualifié de moyen ou d'important ou lorsqu'ils ne sont pas destinés directement au traitement ou à la prévention d'une maladie », sauf pour les mineurs. Assisté-t-on à une expérimentation sur les étrangers d'un prochain déremboursement ?

Ces mesures ont suscité une forte mobilisation de ceux qui défendent le droit à l'accès aux soins pour tous. Ils ont en dénoncé le caractère dangereux en termes de santé publique, économiquement catastrophique, et socialement injuste et discriminatoire.

L'Assemblée nationale a voté le texte avec ces mesures le 17 novembre, mais le Sénat les a refusées le 7 décembre. Le gouvernement a ensuite fait pression sur sa majorité pour que la Commission Mixte Paritaire les adopte et la loi a ainsi été votée le 29 décembre 2010.

Démocratie bafouée

Malgré les demandes de nombreux parlementaires, le gouvernement a maintenu caché un rapport conjoint de l'Inspection Générale des Affaires

Sociales (IGAS) et de l'Inspection Générale des Finances (IGF). Ce rapport daté de novembre 2010 et que le gouvernement avait commandé en juin, était en sa possession au moment des débats et n'a été rendu public qu'après le vote de la loi. Il est vrai qu'il démonte de façon très rigoureuse les arguments du gouvernement et formule des recommandations inverses aux mesures adoptées par le Parlement puisqu'« il ne recommande pas un droit d'accès à l'AME » et préconise, au contraire, de « revisiter la distinction entre CMU et AME pour ne retenir qu'un seul dispositif ». C'est un vrai déni de démocratie que de dissimuler ainsi aux élus un rapport dont la lecture aurait pu modifier leur vote.

Les associations demandent que les ministres successifs « s'expliquent sur cette dissimulation scandaleuse privilégiant les enjeux électoralistes au détriment de la santé des personnes » et que les mesures d'application des restrictions votées soient suspendues. Elles rappellent leur demande d'intégration de l'AME dans le droit commun de la CMU comme le préconise le rapport.

Droit au séjour des étrangers malades menacé

Les associations se mobilisent aussi avant le passage, en janvier 2011, devant le Sénat de la loi « immigration, intégration et nationalité ». En première lecture, l'Assemblée nationale a introduit des dispositions rendant plus difficiles les démarches d'admission au séjour pour raison de santé et privant les étrangers gravement malades d'un délai suffisant pour saisir le juge. Mais surtout, l'article 17 ter du projet de loi propose de transformer la condition de « non accès effectif au traitement approprié dans le pays d'origine de l'étranger » en seule « indisponibilité du traitement approprié ». Une telle modification reviendrait à supprimer le droit au séjour pour beaucoup d'étrangers gravement malades vivant en France, car un traitement peut être disponible quelque part dans un pays, mais non effectivement accessible pour des raisons géographiques ou financières. ■

1. Voir le dossier complet d'analyse et communiqués de presse sur le site de l'Observatoire pour le Droit à la santé des Etrangers : www.odse.eu.org/-Reforme-en-cours-de-l-Aide-

La CPAM hors-la-loi ?

5Accès aux soins, 5Assurance maladie, Sécurité sociale

Yveline Frilay, médecin généraliste

Le manque d'accès aux soins, ce sont les refus de CMU, d'AME¹, les dépassements d'honoraires, la distance entre le domicile et le médecin, la suppression des hôpitaux de proximité, leur regroupement, le non remboursement des frais de taxis par carence de taxis conventionnés, l'augmentation des franchises, le déremboursement des médicaments ; à cette liste, non exhaustive s'ajoute une nouvelle forme, le refus administratif.

Pendant l'été 2010, des patients relevant des mêmes centres de Caisse Primaire Assurance Maladie (CPAM) de Paris reçoivent un avis « défavorable d'ordre administratif à la prise en charge des actes de kinésithérapie car la cotation n'est pas conforme à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)² ». Sur ces refus, il est notifié que le patient peut demander un recours amiable ou saisir le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (TASS).

Comment le patient peut-il contester des refus non médicaux tous caractérisés par l'âge : plus de 80 ans et des séances à domicile ?

Seuls le médecin prescripteur et le kinésithérapeute responsable de la cotation peuvent argumenter, mais ils ne sont pas avisés. Le directeur de l'UNCAM, M. Van Roekeghem, après sa prise de fonction, s'était pourtant engagé à ce que tout professionnel de santé soit, avant tout contrôle, averti. Pendant ce temps-là, le patient n'est pas remboursé des soins, le praticien non plus (en cas de tiers-payant). Quand le praticien n'est pas averti, il est privé du bien-fondé de contester auprès de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie et du TASS. Selon la jurisprudence du TASS, un tel refus ne peut être « exécuté » car le praticien n'a été informé ni du refus, ni de ses droits de contestation. En effet, cet avis défavorable signifié au patient ne permet pas au kinésithérapeute de se défendre : en droit, cela s'appelle une décision non « motivée » entraînant la nullité du refus administratif. En outre, cela ne prouve pas la non-conformité de la cotation. Enfin, tant pour les assurés que pour les praticiens, cette notification n'indique pas laquelle des huit autres cotations serait acceptée par le médecin conseil.

Le libellé de l'ordonnance « rééducation du rachis

et des deux membres inférieurs » répond, dans la NGAP, à « rééducation de tout ou parties de plusieurs membres, ou du tronc ou plusieurs membres » ; la cotation est AMS 9,5, conforme aux déficiences relevées par les soignants. En retenant une autre cotation, le contrôleur appliquerait un circulaire de la CPAM comme « la police applique les circulaires de Hortefeux »³ empêchant de traiter les territoires anatomiques mis en cause : il s'agit d'une maîtrise comptable des soins et non d'un contrôle médical clinique appréciant le travail du kinésithérapeute.

Un autre exemple : les cotations sont invariablement réduites dans une maison de retraite du XVIII^e arrondissement car, pour le médecin conseil, ce ne sont que des déambulations, rappelant étrangement l'affaire de l'été 2008 : des refus administratifs conduisirent des thérapeutes parisiens à passer en commission. Le discours fut qu'« à partir d'un certain âge, tout le monde a mal au dos, ou a une sciatique, la rééducation ne sert

qu'au maintien de l'autonomie, évite le placement en maison de retraite ».

La cotation accordée était alors AMK 6 ou 8, et l'indemnité de déplacement réduite de 4 à 2 €

Est-ce un moyen justifiant la cinquième branche du plan 2011 de Nicolas Sarkozy remettant les maisons de retraite aux mains des financiers ? Un moyen pour les médecins conseils d'augmenter leur prime ? Au traitement des déficiences induisant des troubles de la déambulation répond une cotation satisfaisant aux zones anatomiques concernées, sans

limite d'âge, et ces refus sont une discrimination à l'accès aux soins de nos aînés qui ont participé à l'établissement de la Sécurité sociale solidaire souhaitée par la Résistance. La procédure administrative étant préférée à celle d'Ordre médical, il est de notre devoir de citoyens de saisir le TASS et Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité (HALDE) tant qu'elle existe encore. ■

■

1. Couverture Médicale Universelle, Aide Médicale d'Etat.
2. Base de remboursement des actes par l'Assurance maladie.
3. Propos tenus par un médecin conseil.

« Comment le patient peut-il contester des refus non médicaux tous caractérisés par l'âge : plus de 80 ans et des séances à domicile ? »

Juge et partie

§Assurance maladie, §Sécurité sociale, §Conflits d'intérêt, §Rémunérations

Juge et partie ¹ : tel est le statut des médecins conseils de l'Assurance maladie.

Un accord d'intéressement signé l'été dernier entre l'Assurance maladie et certains syndicats de médecins conseils a récemment fait les titres des journaux. De quoi s'agit-il ?

Cet accord n'est pas consultable par les assurés sociaux et les soignants, pourtant directement concernés, mais la presse médicale en a dévoilé les grandes lignes ². Cet accord permet aux médecins conseils de recevoir un intéressement, évalué « entre 2 et 2,5 % de leur salaire annuel », en fonction de points obtenus grâce à la réalisation d'objectifs. Ceux-ci concernent le nombre d'arrêts de travail contrôlés, mais aussi la maîtrise du poste des indemnités journalières : nombre de jours d'arrêts, montant des indemnités versées. Ils portent aussi sur l'évolution des postes de dépenses de transport, de kinésithérapie et de certains médicaments. Il existe aussi un objectif lié au montant des pénalités financières infligées dans le cadre du Plan National de Lutte contre la fraude...

Ces accords d'intéressement ne sont pas nouveaux, ils sont prévus dans la convention de 2006 des praticiens conseils du régime général de la Sécurité sociale (cf. encadré).

Dans de telles conditions, comment les assurés et les soignants pourraient-ils avoir confiance dans les décisions des médecins conseils, même si certains d'entre eux arrivent à résister à ces pressions ?

Quand Madame A. ira à sa convocation, le médecin conseil entendra-t-il ce qui motive son arrêt : une cheville encore douloureuse parce qu'elle a été renversée par une voiture il y a quelques mois,

Marie Kayser, médecin généraliste

un début de grossesse un peu difficile à 38 ans, un état dépressif ? Lui dont le travail n'est pas physiquement difficile, prendra-t-il en compte les conditions de travail de cette femme qui fait des ménages ou va-t-il se laisser influencer par le discours ambiant et les pressions hiérarchiques morales et financières ?

Pourtant l'Assurance maladie est un bien collectif qui fonctionne avec l'argent des assurés. Limiter les soins aggrave les inégalités sociales : les plus aisés, qui sont aussi les moins usés par le travail, peuvent plus facilement se payer les soins nécessaires à l'aide d'assurances supplémentaires ou prendre des jours de congés sans solde.

Le rôle des médecins conseils devrait être de permettre le meilleur usage des soins possible et non de refuser leur remboursement pour des raisons financières ou d'intérêt personnel.

Juge et partie : tel ne doit pas être le statut des médecins conseils.

Tel ne devra pas non plus être celui des médecins généralistes dans le cadre des nouveaux modes de rémunération dits « à la performance ». La profession et les assurés doivent être collectivement vigilants sur les accords négociés avec l'Assurance maladie. Les effets pervers du paiement à l'acte ne doivent pas faire place à ceux liés à des accords d'intéressement. ■

1. Article paru dans *l'Humanité Dimanche* du 15 décembre 2010

2. *Le Quotidien du médecin*, 8 novembre 2010

Selon la Convention collective nationale des praticiens conseils du régime général de Sécurité sociale de mars 2006 ¹, un médecin conseil « de base » a un salaire fixe (au moins 4 000 euros mensuel) et une part complémentaire liée à l'acquisition de points de « contribution professionnelle » qui s'ajoutent chaque année ; ces points dépendent de la réalisation « d'objectifs individuels s'inscrivant dans ceux plus généraux du service » et peuvent apporter une rémunération supplémentaire allant jusqu'à 350 euros par mois. A ces sommes s'ajoutent ² une gratification dite « prime d'intéressement » égale pour tous en fonction des objectifs atteints collectivement. A l'échelon supérieur viennent les médecins conseils régionaux et nationaux. Ils bénéficient d'une part fixe de salaire (au moins 5 700 euros mensuels) et d'une part variable pouvant aller jusqu'à un mois à un mois et demi de salaire mensuel. Au sommet de la pyramide sont le Directeur de la Caisse et le gouvernement. ■

1. www.ucanss.fr/services/textes_documents/textes_conventionnels/telechargement/070220_Convention_collective_%20praticiens_conseils_modifie.pdf

2. Syndicat autonome des praticiens conseils du régime général d'assurance maladie : www.apima.org/img_bronner/medcons_legmann_capi.pdf

Une réflexion pleine de trous ?

§Accès aux soins, §Assurance maladie, Sécurité sociale, §Maisons de santé, §Médecin généraliste, médecine générale

■ Pierre Volovitch, économiste

C'est la « Note d'analyse 204 » du Centre d'analyse stratégique. Elle porte sur « Médecine de ville : quelles nouvelles pratiques pour quels gains d'efficacité ? ». Alors forcément, « ça en jette ». Le titre de l'organisme : « Centre d'analyse stratégique », « stratégique » un peu comme à la guerre donc. Le numéro : « Note 204 ». Voilà des gens qui ont de l'expérience. Déjà plus de 200 « notes ». Et puis le sujet est important.

Donc on rentre là-dedans en se disant qu'on va apprendre des choses, qu'on ne va pas être forcément d'accord, mais qu'on va en sortir un peu plus intelligent.

Hélas.

Pour poser le décor, la « note » commence par dresser un « bilan » de ce qui a été fait en matière de « régulation des dépenses » sur « une quarantaine d'années ».

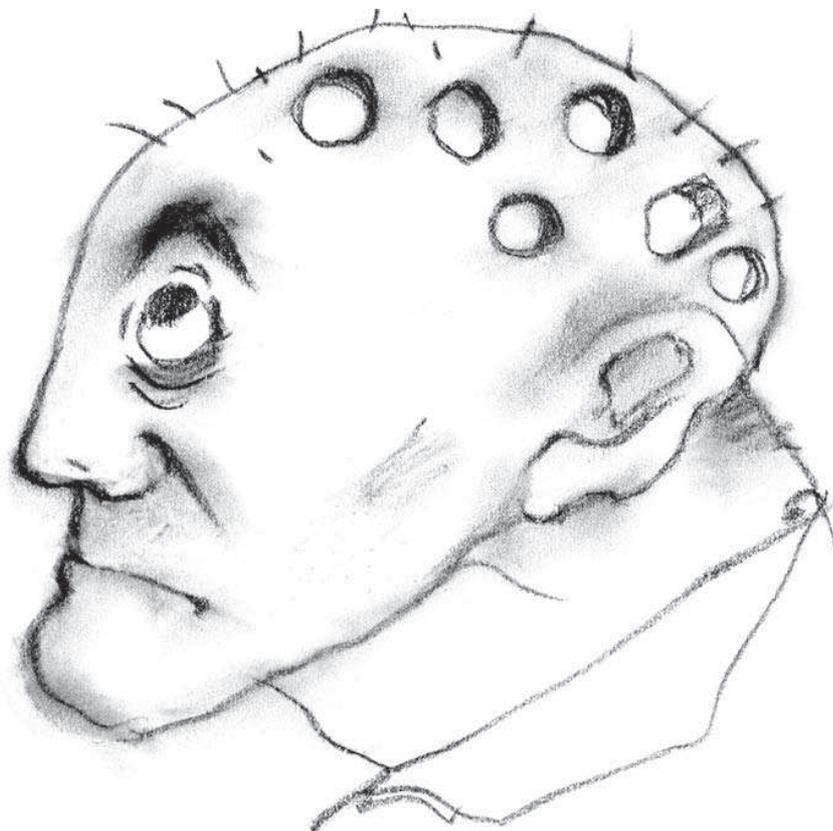
Sont alors évoqués la « régulation par les prix et les quantités » (ici le tarif des actes et le *numerus clausus*), la « régulation négociée de l'offre de soins » (ici la « maîtrise médicalisée »), la « création de l'ONDAM (Objectif National de Dépenses d'Assurance maladie) », la tentative de mettre en place des « lettres clés flottantes », le « contrôle des arrêts de travail », les « RMO (Références Médicales

Opposables) », les « ACBUS (Accords de Bon Usage des Soins) », les « recommandations de bonnes pratiques », « les maisons de santé pluridisciplinaires », les « CAPI (Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles) »...

Ça ratisse donc large. Mais pourtant il n'y a RIEN, rien du tout, sur les baisses de remboursement, les franchises... Rien sur la réduction du niveau de prise en charge des dépenses par l'Assurance maladie. Parce que ça n'a pas de rapport avec la « régulation des dépenses » ? Rien non plus sur les « dépassements » d'honoraires. Même pas un mot, puisque l'on parle pas mal des Conventions sur « le secteur optionnel » qui prétend encadrer ces dépassements. Voici donc un « bilan » avec de curieux trous. En lien avec ces curieux trous, on remarque que la question de l'accès aux soins est à peine effleurée dans ce bilan ¹. Mais peut-être que la question de l'accès aux soins n'a pas de rapport avec l'efficacité de la médecine de ville !

Autre absence remarquée dans ce « bilan », « l'Option référent ». On peut dire du bien ou du mal de « l'Option référent ». Mais pourquoi ne rien en dire ? Cette absence de « l'Option référent » renvoie à une autre étrangeté de la « note ». La présentation du « bilan » est faite sans acteurs. On a bien des Conventions médicales et des « syndicats médi-

.../...



Une réflexion pleine de trous ?

.../... caux », mais « les » syndicats médicaux sont une sorte de tout indifférencié. Le fait que, sur la période étudiée, certaines Conventions aient été signées par certains syndicats et d'autres par d'autres syndicats est ici totalement négligé.

Après le « bilan », on passe aux propositions. Il y en a quatre.

- Développer, dans un cadre juridique strictement défini, la transmission aux médecins d'informations sur les patients dont dispose l'Assurance maladie.
- Veiller à la cohérence entre les objectifs et les moyens des différents dispositifs de contractualisation proposés aux professionnels de santé, et désigner un interlocuteur unique pour les professionnels de santé contractants.
- Donner aux Agences régionales de santé la possibilité de mieux rémunérer les professionnels de santé intervenant dans les territoires où l'offre médicale est insuffisante.
- Développer les informations ciblées vers les patients en utilisant le compte individuel « Ameli », en associant l'assureur public, les assurances complémentaires et les professionnels de santé.

Je voudrais faire trois remarques plutôt « transversales » à ces quatre propositions.

- La « note » reprend, dans le « bilan » et dans les « propositions », les nombreuses initiatives prises par l'Assurance maladie pour tenter d'agir sur le système de soins. L'évocation de ces initiatives fait clairement apparaître que sur la même période, les complémentaires ont, elles, largement brillées par l'absence d'initiatives². Pourtant, dans les propositions le Centre d'analyse stratégique tient à mettre sur le même plan l'Assurance maladie et les complémentaires. Pourquoi ?
- Pour les auteurs de la « note », il y a « les patients ». Ce sont « les patients » qui demandent plus d'informations, c'est à « eux » que l'on transmettra plus d'informations, c'est à « eux » qu'on « imposera », pour maintenir leur niveau de prise en charge, de se conformer à certaines « obligations », ce sont « eux » qui bénéficieront des progrès liés à la télémédecine. Mais à aucun moment l'idée que ce groupe, « les patients », n'est pas homogène, qu'on y trouve des gens aux niveaux de formations divers, à la volonté et à la capacité d'utiliser des informations médicales très variées, dont l'accès aux outils de la télémédecine ne sont pas identiques... n'est évoquée. Le fait, désormais bien connu, que les inégalités sociales de santé ont aussi leur origine dans des rapports socialement différenciés au savoir et à

la façon de poser les questions de santé est totalement absent de la note. Après avoir choisi de ne pas traiter dans le « bilan » de la dimension financière de l'accès aux soins, choisir, dans les propositions de ne même pas envisager la question des inégalités culturelles face aux soins, cela fait beaucoup.

- Dans une « note » qui prétend parler de « nouvelles pratiques », dans laquelle la question de la répartition des tâches entre professionnels de santé est abordée, la question de la mise en place de formes plus coopératives, collectives d'exercice n'est abordée que très rapidement pour en conclure que « le bilan mitigé de ces dispositifs invite à s'interroger sur l'intérêt potentiel d'autres expérimentations qui vont plus loin en repensant la répartition des compétences entre les professionnels de santé ». Comment un bilan peut-il déjà être tiré alors que ces formes d'exercice collectif sont très récentes ? La « note » semble s'intéresser surtout à « renforcer le développement de rôles infirmiers plus avancés afin d'améliorer les soins en contenant les coûts ».

Au final, il est possible que la « note d'analyse 204 » du Centre d'analyse stratégique ne soit qu'une production de plus d'un organisme de plus. On peut l'espérer.

Si, au contraire, cette « note » était, si peu que ce soit, représentative de l'état de la réflexion des pouvoirs publics sur la question, alors il faut être inquiet. Parce que cela veut dire qu'au-delà de divergences sur lesquels il faut sans doute débattre, il y a des trous béants dans la compréhension même de la réalité à laquelle il faut faire face. ■

1. « L'accès aux soins » est présent quatre fois. Page 6 à propos d'une étude de l'OMS sur « l'investissement dans les soins primaires (qui permettrait de garantir un meilleur accès au système de soins pour le plus grand nombre ». Page 7 pour donner une compétence aux ARS pour établir des listes de territoires où « la continuité de l'accès aux soins est menacée ». Page 9, quand on envisage de faire dépendre les remboursements « conditionnés » à certains comportements des patients, il est ajouté « qu'il faudrait alors se prémunir des risques de moindre accès aux soins pour les publics les plus vulnérables ». Page 11 pour dire que la télémédecine permettrait d'améliorer « l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire ».
2. Intéressant à noter quand on se souvient que les discours sur le retrait de l'Assurance maladie et la place plus grande à donner aux complémentaires prétend s'articuler sur le fait que placées entre elles en situation de concurrence, les complémentaires développeraient « naturellement » des pratiques contractuelles avec les professionnels et les patients.

Experts HAS, liés ou... bâillonnés !

§Conflit d'intérêts, §Principe de précaution

Philippe de Chazournes, médecin de terrain, île de la Réunion, membre du groupe de travail de la HAS sur le frottis, membre du Formindep

« *Allo ! Bonjour, ici la HAS¹. On, m'a donné vos coordonnées car vous semblez vous intéresser de près au cancer du col de l'utérus et j'aimerais que vous fassiez partie du groupe de travail de notre prochaine recommandation.*

– Merci de votre proposition, eh bien d'accord pour y participer. Je pense qu'on a dû vous dire que je n'ai pas forcément une position très habituelle concernant la vaccination ? Vous savez, il existe une controverse à ce propos et on ne pourra pas ne pas en parler.

– *Ce n'est pas le thème de cette recommandation, mais ce thème sera évoqué. Nous avons besoin de personnes qui puissent être une certaine opposition aux gynécologues. Je vous envoie le premier document de travail. Ah oui, je vous envoie aussi la déclaration des conflits d'intérêts prévue par la loi.* »

Quelques semaines après, ce premier document de synthèse arrive, ainsi que le récapitulatif des déclarations de conflits d'intérêts des membres du groupe de travail. Quelle surprise à sa lecture ! Le texte, même s'il donne la plus grande part au frottis, parle de l'intérêt de la vaccination comme une vérité non discutable !

Certains membres du groupe de travail présentent des conflits considérés comme « majeurs » par la HAS, notamment vis-à-vis des fabriquant de vaccin antiHPV² !

« Heu, M^{me} la HAS, ce n'est pas gênant d'avoir de

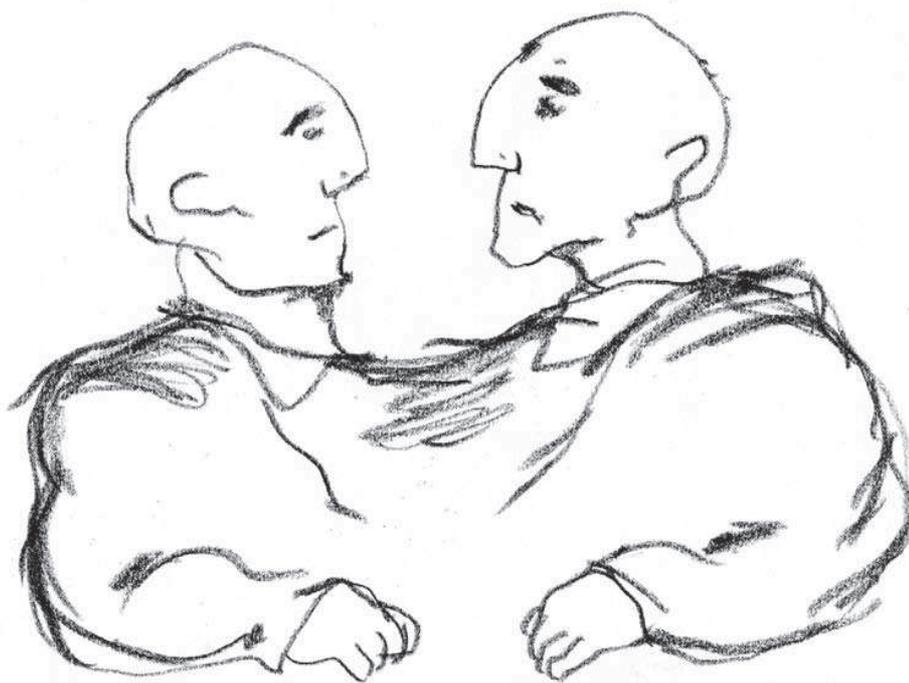
tels conflits dans le groupe ? Ah bon, vous les avez pris en compte et considérez qu'ils sont sans rapport avec le thème abordé ? C'est vrai qu'il est effectivement marqué qu'ils ont été étudiés... et acceptés ! Faudra quand même les signaler aux futurs lecteurs ! »

Les semaines passent, les mois passent, les réunions se poursuivent à Paris et parfois en visioconférence avec la Réunion. A l'occasion d'un voyage personnel, j'y suis même allé pour la dernière séance de travail, car c'était la dernière occasion d'essayer d'être entendu de façon directe par le groupe puisque celui-ci restait sourd à mes différentes demandes d'amendements concernant ce qui était écrit à propos de la vaccination et sur notre position concernant sa publicité outrancière. Ces amendements sont systématiquement refusés car la vaccination n'était pas le thème de la recommandation. Dans ce cas, pourquoi en parler alors ? Que ce soit de loin ou de près, ces réunions deviennent vite houleuses... Le ton monte, l'échéance approche, le temps presse et les mails se font de plus en plus cinglants, même avec l'autorité suprême de la HAS.

Vient le tour du groupe de lecture de donner son avis. Ces avis sont récapitulés et exposés : « les avis minoritaires ne sont pas pris en compte car... minoritaires ». Ah bon !

Et pendant ce temps...

.../...



.../... ... Dans un CHU : « *Allo bonjour, je voudrais un rendez-vous avec le Professeur ?* » Vous savez, il est bien occupé ces jours-ci car il est en conférence de presse. Il a participé à la nouvelle recommandation sur le frottis. « *Ah, c'est bien et je suis fière. Il revient quand ? Dans quelques jours ? Il n'y a pas de problème, je peux attendre. Je l'ai vu dans le reportage à la télé, j'attendrai son retour. Paraît alors qu'il faut faire le dépistage ? J'ai aussi entendu le journaliste parler du vaccin. Il faut absolument que je le fasse faire à ma fille...* »

... Dans un cabinet de terrain : « *Bonjour, le cabinet médical ? Je voudrais prendre un rendez-vous avec le Docteur.* » Ah, désolé, il n'est pas là, il est à une réunion. « *Encore ! Mais il est bien souvent en réunion le docteur !* » Oui, mais vous savez, c'est à une réunion importante pour faire une meilleure médecine et mieux vous soigner. « *Je sais, je connais son discours. En attendant, c'est mon médecin traitant, et il n'est jamais là... et je suis sûr que c'est encore avec les labos qu'il va à Paris se payer des vacances !* » Non, c'est pour la Haute autorité de santé et d'ailleurs, elle ne lui a pas payé le voyage...

Essayer de prôner la qualité en santé est contre-productif dans un système libéral de paiement à l'acte. Certains patients ne le supportent pas. C'est si facile de n'être que de simples exécutants, sans rien faire ni rien dire, même lorsque l'on doute... mais faut-il encore pouvoir douter ? Un médecin peut-il douter ? Doit-il douter... au risque ensuite que le patient doute de son médecin !

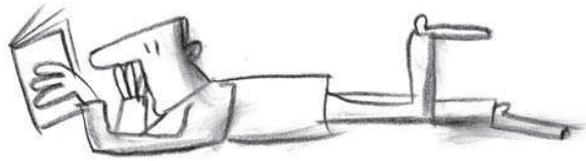
A aucun moment, et malgré nos demandes répétées, la vaccination n'a été abordée dans les différentes séances du groupe de travail. Sujet tabou ? Probablement ! En rapport avec la présence très influente de membres très impliqués dans cette vaccination ? Très certainement !

La grande majorité, silencieuse, s'est simplement « exprimée » par la non réprobation face à des leaders d'opinions qui s'expriment à sa place. Certains s'agenouillent, des représentants de patients s'offusquent qu'on puisse remettre en cause les experts, les cartes se brouillent... mais la recommandation va sortir. Des menaces se précisent de

part et d'autre... et la recommandation évolue lors du passage au collège de la HAS (instance validant en dernier recours le texte)... avec un texte final³ qui enfin... remet la vaccination à sa place et exprime clairement les doutes à son sujet. Mais il s'agit encore d'un clair obscur qui aurait mérité un peu plus de courage de la HAS, coincée entre le bon sens médical des acteurs de terrain, et les conflits d'intérêts de certains de ses experts.

En attendant, dès le lendemain de la conférence de presse annonçant la sortie de cette recommandation, la presse grand public continuait de dire que le vaccin devait être fait car il était efficace. Pourquoi la presse le dit-elle puisque la vaccination était hors sujet ?... mais chut, tout cela doit rester confidentiel ! ■

1. La HAS (Haute Autorité de santé) a pour mission, entre autres, d'élaborer des recommandations pour l'ensemble des praticiens français. Elles le sont grâce à un groupe de travail puis de lecture après analyse critique de la littérature française et internationale. En respectant ces recommandations (pouvant être considérées comme opposables aux médecins puisqu'émanant de l'autorité scientifique française de référence), il est probable qu'on ne s'éloigne pas trop de l'EBM (Evidence Based Medicine : médecine validée par les preuves). Malheureusement, toutes ne sont pas élaborées avec la rigueur et l'indépendance annoncées, ce qui nuit à leur crédibilité. En fonction de la personnalité du chef de projet et des experts choisis, les conclusions de ces recommandations peuvent devenir polémiques et non partagées : « Ah, cher conflit d'intérêt, mais quand me laisseras-tu tranquille ? »...
2. Il s'agit de la vaccination proposée contre certains papillomavirus (HPV) qui peuvent être responsables de certains cancers du col de l'utérus. Pour en savoir plus et encore plus sur la vaccination : www.medocean.re
« L'efficacité réelle du vaccin antiHPV en prévention des lésions cancéreuses du col non invasives (CIN 2-3) est inférieure à 20 %, tous HPV et populations confondus : faut que ça se sache et que ça se répète... »
www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/06/briefing/2006-4222B3.pdf
<http://content.nejm.org/cgi/reprint/356/19/1915.pdf>
3. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche_de_synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf



Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

— Jacques Philipponneau, *Relation de l'empoisonnement perpétré en Espagne et camouflé sous le nom de syndrome de l'huile toxique*, Editions de l'encyclopédie des nuisances, 1994

Entre 1981 et 1982, une mystérieuse épidémie dans la région de Madrid provoque la mort de 1200 personnes et l'intoxication de 20 000 autres. L'explication officielle, diffusée par les médias et les revues scientifiques (*Nature*, *The Lancet*, *Prescrire* notamment) met en cause la consommation d'huile de colza dénaturée puis retraitée et mise en vente sur des marchés périodiques comme huile d'olive pure : c'est le syndrome de l'huile toxique.

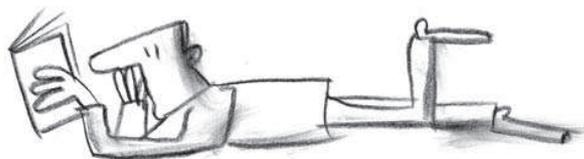
Treize ans après, reprenant les faits, pointant les invraisemblances de la thèse officielle (aucun argument toxicologique, expérimentation animale négative, manipulation des données épidémiologiques), donnant la parole aux chercheurs dissidents privés de relais médiatiques, de crédits financiers, voire tout simplement évincés de leur fonction (« par une note du ministère de la Santé, l'équipe du Dr Muro apprend que ce dernier, « victime d'un grand stress et d'une grande fatigue physique et psychique », est relevé de ses fonctions ; probablement, selon une formule fameuse, pour encourager les autres »), citant des déclarations passées inaperçues (« il s'agissait d'un organophosphoré mais nous ne pouvions pas le reconnaître » confie le ministre de la Santé de l'époque), l'enquête de Philipponneau rétablit la vérité : mensonge du pouvoir politique en place avec la fabrication d'une théorie, à la manière du *story telling*, visant à protéger ses intérêts économiques, au mépris de la vie des citoyens. Un syndrome de l'huile toxique pour camoufler l'empoisonnement, via la consommation de tomates, par des pesticides, produits d'un géant phar-

maceutique spécialisé autrefois dans la fabrication de gaz expérimentés sur les prisonniers dans des camps (« Cette hypothèse avait été délibérément choisie par les responsables politiques parmi toutes celles présentes sur le marché des ambitions, des intérêts et des certitudes. Elle présentait un minimum de plausibilité et l'avantage de fournir des coupables commodes... »).

« Plutôt la mort que le désordre de la vérité, tel est le maître mot de la science mercenaire de notre temps. »

A travers ce scandale, l'auteur dénonce l'abstraction, le mensonge et la fausse conscience de cette science asservie à l'industrie et à l'Etat et sa responsabilité dans l'empoisonnement chimique et nucléaire cumulatif de la planète : « C'est surtout à propos de l'effondrement des défenses immunitaires auquel on a donné le nom de Sida que s'illustre en notre fin de siècle la flagrante irrationalité de ce qui se perpétue sous le nom de science. On retrouve là, à très grande échelle et sur la longue durée, tous les traits de l'imposture criminelle que nous avons vue à l'œuvre pour camoufler l'origine réelle du syndrome de l'huile toxique ; ce qu'il s'agit de camoufler étant dans ce cas rien de moins que la totalité des conditions de vie pathogènes aujourd'hui imposées à chacun.(...) Cet effondrement soudain des défenses immunitaires vient couronner, si l'on ose dire, la progression ininterrompue des maladies cancéreuses au cours de ce siècle, tout aussi inexplicée bien que la science propagandiste veuille maintenant nous persuader de leur origine génétique, au mépris de la simple observation et de ses propres statistiques. » —

Laurent Huillard



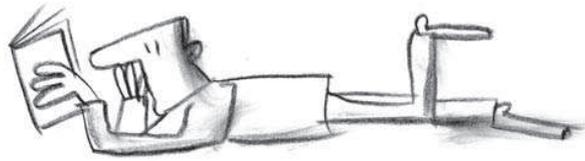
Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

— Emmanuel Carrère, *D'autres vies que la mienne*, P.O.L., mars 2009

Emmanuel Carrère a été témoin de deux événements qui font peur : la mort d'un enfant pour ses parents et la mort d'une jeune femme pour son mari et ses enfants. L'écrivain a une commande : écrire la vie de ces gens « ordinaires » qui savent intégrer la mort dans le quotidien de leur vie. Mais il lui faudra des années de travail sur lui-même avant de s'intéresser à d'autres vies que la sienne. Il écrit au jour le jour la recherche, parmi des milliers de cadavres, de celui de l'enfant de Delphine et Jérôme emportée par le tsunami, la lente descente de Delphine vers la mort puis son choix de donner la vie. C'est difficile à expliquer, mais c'est la vérité : la mort fait partie intégrante de la vie et Delphine et Jérôme disent : « Maintenant, nous avons trois enfants dont la première est morte ». Il écrit Juliette qui fait toujours des choix pour toute la vie : choix d'amour, Patrice, choix de métier, juge d'instance, choix éthique, mettre le droit au service de tous. Il écrit l'amitié née entre Juliette et Étienne, rencontre de deux personnes qui savent être passées par des souffrances analogues, qui savent avec certitude, sans mots, que l'autre comprend : il est celui à qui tout peut se dire même et surtout les mots qu'on ne peut pas dire à ceux qu'on aime le plus au monde. Il dit le travail de fourmi des deux juges qui, dans leur poste méprisé au tribunal d'instance, n'ont que des petits dossiers de petites faillites de petites gens pauvres qui sont étranglés par des organismes confisquant le droit à leur profit. Avec le Syndicat de la Magistrature, ils travaillent ensemble, au jour le jour, comme des « médecins de quartier », pour, petit à petit, trouver les moyens de signifier que le droit est égal pour tous. Même de courte durée, ces petites victoires les font jubiler, permettant aux sans droits écrasés de relever la tête. L'écrivain écrit le long cheminement de Juliette vers la mort par cancer avec tous ceux qui l'aiment : Patrice et sa tendresse fabuleuse, Étienne et sa façon de donner du sens à la maladie, les trois enfants à qui il dédit ce livre « car il peut leur faire du bien ». En regardant vivre ces autres, Emmanuel Carrère ressent combien « tout ce qui touche à la mort touche aussi à la vie » : rien ne sera jamais plus comme avant, jamais plus le père ne dira à ses enfants malades « ce n'est pas grave », car ils savent, eux, qu'on peut mourir et être enterrée dans le cimetière, et qu'on pourrit dans la terre. Vivre, c'est prendre le lot tout entier, en bloc, la vie, la mort, la maladie, le handicap, et faire avec. Faire de la vie avec tout ça, savoir « où on est » : Delphine et Jérôme sont parents de trois enfants, Patrice a eu la chance de vivre un grand amour avec Juliette, ses larmes sont douces alors que sa petite fille pleure car elle a oublié sa mère morte trop tôt.

D'autres vies que la mienne est pour moi un livre essentiel, de ceux qu'on laisse à portée de main. Emmanuel Carrère témoigne de la vie telle qu'elle est vécue au jour le jour par des gens qui savent que la mort colore la vie. C'est vrai, la vie est faite de petites choses, de petits gestes, de petits choix qui font et illuminent les relations avec les autres ; l'engagement syndical professionnel est un travail quotidien de fourmi dont résultent parfois de petites victoires qui, même partielles et de courte durée, font jubiler les professionnels, juges d'instance ou médecins généralistes pour qui, arriver à trouver le petit truc qui fera que le droit soit égal pour

.../...



Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

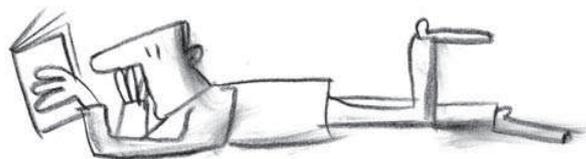
.../... tous, que les soins soient égaux pour tous, que les sans droits, les exclus puissent lever la tête, est constitutif de leur choix de vie en société. L'écriture, remarquable de sobriété, d'absence de pathos, nous accompagne avec respect et délicatesse sur les rudes chemins de la vie et de la mort, de la souffrance et du handicap. La justesse avec laquelle ces mots gorgés de douleurs sont écrits tient au concret de la vie dans laquelle ils baignent : le tri des cadavres en Indonésie, le cimetière entre l'école les courses les repas, l'organisation détaillée de Patrice pour aider Juliette durant son agonie. La vie continue pour tous, avec tous. Et l'on peut lire ces mots car ils sont à leur place : chacun peut dire la mort, dire la pourriture du corps ; tous, professionnels ou non, savent que les petites choses font jaillir la vie et relever la tête. C'est ainsi, mêlé, au quotidien. —

Anne-Marie Pabois

— Fred Léal, *Délaissé*, P.O.L., octobre 2010

Chaque fois que je lis « Les aventures d'un médecin généraliste », je me dis que je devrais faire ce métier ! Cette fois-ci, c'est différent, ce médecin est un peu à part : sa clientèle est parfois « louche », il ne garde pas la distance avec ses patients, l'un d'eux, pas recommandable du tout devient son ami, lui-même ne respecte pas complètement la loi. Il n'aime pas les organisations, les amicales, les syndicats... Mais il aime les gens, il promène sur eux et sur sa profession un regard étonné, lucide et même cynique, mais tout de même bienveillant et parfois poétique. C'est un solitaire, il ne diffuse pas la joie de vivre, mais, comme dans un roman noir, il est touchant et je m'y suis attachée. Touchante aussi la difficile relation qu'il a, ou n'a pas, avec sa fille de 5 ans. En arrière-fond, la transformation du quartier de Bordeaux où il vit, les friches et la réhabilitation, ce que cela bouleverse dans la vie. L'écriture est aisée, un peu déroutante comme l'est le cours de la pensée, qui passe de la consultation actuelle au souvenir étudiant, à l'enfance, entrecoupée des lettres venant d'un patient grand paranoïaque. Ce livre m'a plu. —

Martine Devries



Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

Une affaire privée ?

— Claire Crignon de Oliveira et Marie Gaille, *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin*, Editions Séli Arslan, 2010

Un ouvrage collectif vient de paraître aux éditions Séli Arslan, posant dans son titre une double question d'apparence très naïve : Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ? Question qui semble même quasiment moralisatrice dans sa formulation simplette.

Mais de fait, interrogeant la relation médecin-patient, l'ensemble de ces contributions ouvre un champ d'investigation nettement plus large qui étend la problématique d'une simple dimension relationnelle à une dimension sociale, et, au bout du compte, politique.

Les contributeurs sont issus des sciences humaines, du droit, de la philosophie ; mais aussi de la médecine, de la psychanalyse et de la psychiatrie, et tout simplement de cet ensemble infini que constituent les patients, passés, actuels ou potentiels, que nous sommes.

Le texte de Céline Lefève, contributrice régulière de la revue *Pratiques*, qui ouvre l'ouvrage, affirme, dans la filiation de la philosophie de Canguilhem, la réalité constante d'une appropriation des normes par l'individu : la revalorisation de la clinique et de la thérapeutique s'oppose à la fois à l'erreur épistémologique qui confond la médecine avec une science, et à la faute anthropologique qui tient la médecine pour une technique d'adaptation de l'individu à la société.

Le défi que ce livre tente de relever est de se tenir toujours sur la ligne précaire qui sépare une analyse descriptive de la réalité médicale, d'une interprétation prescriptive de ce que devrait être l'exercice médical pour être véritablement thérapeutique. Foucault discréditait en ce sens l'idée du « colloque singulier », comme une fiction pseudo-humaniste, une sorte d'euphémisation visant à masquer la réalité brutale et dépersonnalisante de la technologisation de la médecine. Cet ouvrage vise en quelque sorte non pas à réhabiliter cet artifice, mais à chercher à

quelles conditions la nécessité thérapeutique, et véritablement vitale, d'une authentique relation patient/soignant, peut, malgré tout, se réaliser.

Ainsi est abordé le rapport entre la dimension juridique et la dimension éthique de cette relation, et la manière dont le droit peut moraliser un rapport originellement asymétrique et inégalitaire. Mais cette dimension éthique est sans cesse renvoyée à un contexte économique-politique susceptible de la contredire : la relation avec le patient est aussi une relation d'échange marchand, et la formation médicale, oscillant entre le privilège accordé au rapport économique et le privilège accordé à la dépersonnalisation « scientifique », laisse de fait peu de place aux interrogations légitimes qu'ouvre ce livre pluridisciplinaire sur la demande du patient, la responsabilité du médecin et les problématiques de l'échange et de l'autonomie.

Riche et varié dans ses approches, cet ouvrage interroge ainsi à la fois les attentes des médecins et les celles des patients (celle, en particulier, d'une continuité thérapeutique dans les ruptures qu'engendre la maladie), la question de la maltraitance et celle d'une médecine des familles, la question du soin sous contrainte et celle de l'urgence, celle des maladies chroniques et celle des soins palliatifs. Il tourne en dérision les représentations qu'une médecine machiste peut se faire du féminin, et recontextualise l'affaire privée que paraît être le soin de sa propre santé dans les enjeux historiques que constituent la crise de l'autorité médicale au XVIII^e siècle, et l'émergence d'un concept de santé publique lié à la question des épidémies. Il nous montre ainsi que ce qu'il y a de plus intime dans notre rapport à la santé ne saurait être d'aucune manière une simple affaire privée. —

Christiane Vollaire

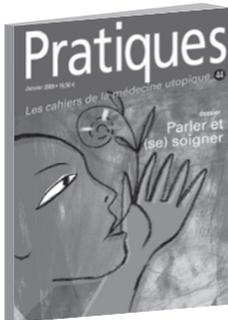
Numéros disponibles

Numéros à 12,20 € (sauf le numéro double 14/15) + 1,50 € de frais de traitement

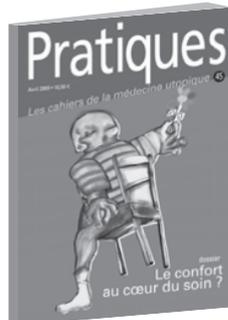
- | | | |
|--|---|--|
| N° 1 : La société du gène | N° 11 : Choisir sa vie, choisir sa mort | N° 19 : La vieillesse, une maladie ?
(épuisé) |
| N° 2 : La souffrance psychique
(épuisé) | N° 12 : L'information et le patient | N° 20 : La santé des femmes |
| N° 3 : Penser la violence | N° 13 : La médecine et l'argent | N° 21 : Le médicament, une marchandise
pas comme les autres |
| N° 4 : Santé et environnement | N° 14/15 : Profession infirmière
(prix 16,80€) | N° 22 : La santé, un enjeu public |
| N° 5 : La santé au travail | N° 16 : Les émotions dans le soin
(épuisé) | N° 23 : Ils vont tuer la Sécu ! |
| N° 6 : Sexe et médecine | N° 17 : Des remèdes pour la Sécu
(épuisé) | N° 24 : Le métier de médecin généraliste |
| N° 7 : La responsabilité du médecin | N° 18 : Quels savoirs pour soigner ? | N° 25 : Hold-up sur nos assiettes |
| N° 8 : La santé n'est pas à vendre | | N° 26 : L'exil et l'accueil en médecine |
| N° 9 : L'hôpital en crise | | N° 27 : Faire autrement pour soigner (épuisé) |
| N° 10 : Folle psychiatrie | | |

Numéros à 14 €, 16 € et à partir du numéro 43 : 16,50 € + 1,50 € de frais de traitement

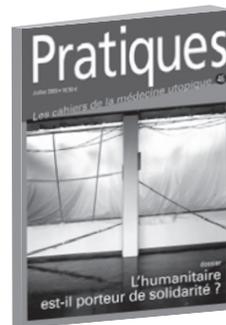
- | | | |
|--|--|--|
| N° 28 : Les pouvoirs en médecine | N° 36 : La place de sciences humaines
dans le soin (épuisé) | N° 41 : Redonner le goût du
collectif |
| N° 29 : Réforme de la Sécu : guide pratique de la résistance | N° 37/38 : Des normes
pour quoi faire ? (épuisé) | N° 42 : Les couples infernaux
en médecine |
| N° 30 : Les sens au cœur du soin | N° 39 : Comment payer
ceux qui nous soignent ? | N° 43 : Réécrire le soin,
un pari toujours actuel |
| N° 31 : Justice et médecine | N° 40 : Les brancardiers
de la République | |
| N° 32 : Le temps de la parole | | |
| N° 33 : L'envie de guérir | | |
| N° 34 : Autour de la mort, des rites à penser | | |
| N° 35 : Espaces, mouvements et territoire du soin | | |



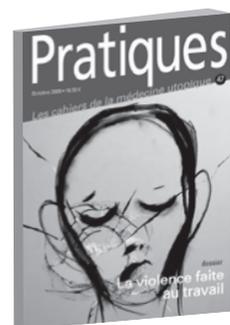
N° 44 : Parler et (se) soigner - 16,50 €



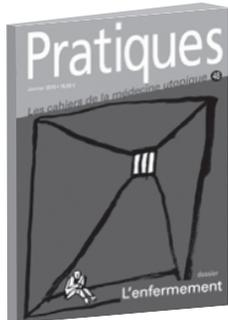
N° 45 : Le confort au cœur du soin - 16,50 €



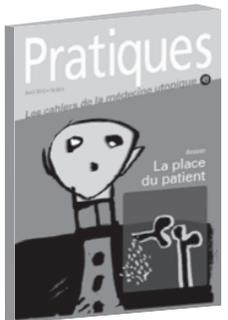
N° 46 : L'humanitaire est-il porteur de solidarité ? - 16,50 €



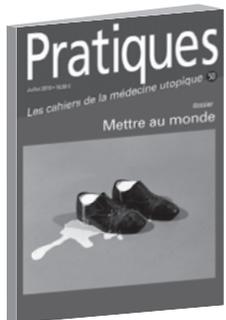
N° 47 : La violence faite au travail - 16,50 €



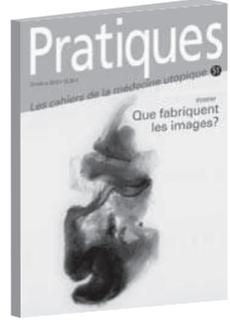
N° 48 : L'enfermement - 16,50 €



N° 49 : La place du patient - 16,50 €



N° 50 : Mettre au monde - 16,50 €



N° 51 : Que fabriquent les images ? - 16,50 €

Il est possible d'acheter les numéros 2, 16, 17, 19, 27, 36 et 37-38 épuisés sous forme de fichier .pdf, vous pouvez pour cela soit les acheter en ligne via notre site, soit télécharger le bon de commande sur notre site à l'adresse : www.pratiques.fr/bulletin-de-commande-des-numeros.html et de nous le renvoyer avec votre règlement.

Nom Prénom

Profession

Adresse

Code postal Ville

Tél. Fax

E-mail



Chère abonnée, cher abonné,

Vous disposez ici de la version électronique de votre abonnement à Pratiques.

Deux conseils, pour vous en faciliter l'usage.

1) Dans cette version, les articles sont indexés par thème.

Vous trouverez à la page suivante un sommaire-index des mots-clés utilisés, indiquant, pour chacun de ces mots-clés, les N° de page des articles dont ce mot-clé caractérise un des thèmes principaux.

Pour vous rendre facilement à cette page, il vous suffit de cliquer sur le N° de page.

Pour revenir au sommaire-index, tapez 98 dans le marque pages de la barre des tâches. Vous pouvez aussi cliquer sur l'icône « Signet », située juste au-dessous de l'icône « Page », à gauche, en haut, sous la barre des tâches : elle vous conduira à la mention : « Index page 98 », qui vous y dirigera immédiatement.

En laissant continuellement affiché ce signet sur la partie gauche de votre écran, vous pouvez commodément passer du sommaire-index à l'article désiré, et réciproquement.

Alternativement, tapez dans le moteur de recherche de votre lecteur de pdf le début du mot clé figurant au sommaire index page 98, précédé de la marque de paragraphe §. D'occurrence en occurrence, vous vous déplacerez ainsi d'un article au suivant, pour ce même mot clé.

2) Vous souhaitez extraire un article pour l'envoyer à un correspondant : téléchargez un logiciel gratuit de fractionnement de votre revue pdf. Ces logiciels vous fournissent sur le champ une copie de votre fichier fragmentée en autant de fichiers séparés que de pages. Vous n'avez plus qu'à choisir celle(s) que vous souhaitez joindre à votre envoi.

Un bon logiciel pour cet usage est "Split and Merge" dont il existe une version en français. Il vous permet aussi bien de fractionner à votre guise votre fichier que d'en fusionner les pages que vous désignerez.

Consultez le tutoriel <http://www.pdfsam.org/uploads/pdfsam-tuto-fr.pdf>

Vous y trouverez les liens de téléchargement page 4. Une fois le logiciel installé et ouvert, à Réglages, choisissez la langue (french).

Pour extraire un article :

- Choisir le Module Fusion
- Cliquer sur Ajouter, et choisir le fichier pdf dont vous souhaitez extraire un article.
- Choisir « Sélection de pages » parmi les onglets du menu, en haut, à droite.
- Double-cliquer dans la case du dessous et indiquer les N° de page du début et de fin de l'article, séparés par un tiret.
- Fichier à créer : Choisir un dossier et nommer votre fichier à extraire.
- Décocher Remplacer le fichier existant
- Cliquer sur Exécuter et retrouvez le fichier extrait dans le dossier que vous aurez choisi.

Bonne lecture !

Sommaire-index

Mot Clé	Page								
§Accès aux soins	81	§Femme, Condition féminine, Droit des femmes	44	§Infirmière, infirmier	12	§Psychiatrie, santé mentale, psychiatrie de secteur	51		
	84				25				
	85				26				
	87				38				
					60				
§Adolescent, Jeune	26				70	§Qualité des soins, technicité	44		
	42	§Fiction, imaginaire	54		72				
§Aide, soins à domicile	34	§Formation initiale, Formation continue	20	§Information médicale	77	§Revenu, Rémunération soignants, à l'acte, forfaitaire, T2A	42		
	38				§Logement, Banlieue, Politique urbaine			43	86
	43							64	
§Assurance maladie, Sécurité sociale	81				67	§Rural – Agricole	54		
	84								
	85			§Luttes sociales, contestation	16	§Sage-femme	20		
	86				34				
	87	§Gouvernement, politique, démocratie, Etat	67		48	§Santé publique	5		
§Collectif	64			§Maisons de santé	81	§Sexualité, rapports sexuels, désir	48		
	77	§Guerre	27		87			27	
	86	§Hiérarchie, Rapports médecins infirmières	25		§Médecin généraliste, médecine générale			81	§Société
89		70	87						
§Corruption, lobbying	77								
§Droits de L'Homme, discriminations						§Sociologue	64		
	84	§Histoire	16					67	
§Ecoute, empathie, Relation soignant soigné		§Histoire de la médecine	5	§Médicament, firmes pharmaceutiques	77	§Travail social, Assistante sociale	51		
	43							20	
								23	
								70	
§Ethnologie	54			§Normes	60	§Travail, Conditions de travail	16		
			12		25				
§Femme, Condition féminine, Droit des femmes	16	§Hôpital, réforme hospitalière, gestion hospitalière	12	§Planning	42	§Travail, Conditions de travail	34		
					26				5
	23			§Politique de la santé	20	§Usagers, associations d'usagers	67		
	27							44	
	34	§Inégalités, Exclusion sociale	51	§Pratique médicale	43	§Violence	51		
	38								89

Pratiques

Janvier 2011 • 16,50 €

Les cahiers de la médecine utopique 52

dossier

Féminin invisible : la question du soin



L'essentiel de l'activité humaine repose sur une multitude d'éléments invisibles bien qu'incontournables. Les gestes élémentaires de la vie quotidienne, mais aussi le soin des enfants et des parents dépendants, sont encore très majoritairement assumés par les femmes, y compris lorsqu'elles travaillent au dehors. Des métiers « de service » aux professions du soin, de la médiation dans les banlieues au « désorcèlement », elles s'attachent aux missions les plus modestes sans lesquelles aucune société ne pourrait fonctionner. Elles sont ainsi, plus que les hommes, attentives à l'autre, à ce qui fait lien. Comment faire reconnaître, et surtout partager plus équitablement, cette responsabilité ? Comment la rendre visible sans la pervertir ? Comment lutter contre les formes d'exploitation auxquelles cette invisibilité peut donner lieu ? Les auteurs de ce numéro, chercheurs, journaliste, philosophes, sociologues, soignants, explorent les multiples facettes de cette question, et tentent de révéler l'humanité de ce qui échappe au regard.

Dans le magazine, l'actualité avec l'affaire du Médiateur® (déjà pointé par *Pratiques* en 1977...), les « experts » de la Haute autorité de santé, le rapport Hubert, les tribulations de la CPAM et quelques propositions de lectures...

Prochain numéro : Résister



Prix : 16,50 €

ISBN 978-2-919249-01-5

ISSN 1161-3726