

Postures guerrières de la médecine

Marie-Christine Pouchelle

CETSAH, Centre d'études transdisciplinaires,
Sociologie, anthropologie, histoire.

Lorsque l'association *Guerre et médecine* m'a demandé une contribution, j'ai entrepris, dans la ligne de mes travaux précédents, de réfléchir sur certaines des « guerres » de notre médecine, telles que nous les livre l'histoire de la thérapeutique et telles que je les ai observées depuis 1992 sur le terrain hospitalier. Le résultat est-il vraiment choquant ? Qu'il soit bien clair que pointer l'un des paradoxes de la posture thérapeutique – soumise au *primum non nocere* hippocratique alors que l'efficacité lui impose à l'occasion de faire violence – n'implique aucun jugement sur les individus. Il s'agit plutôt de prendre la mesure des difficultés culturelles inhérentes à l'art de guérir, et de la dette que notre collectivité a contractée et contracte à l'égard de ceux qui se risquent si concrètement sur les territoires incertains de l'existence d'autrui. Enfin il resterait à savoir dans quelle mesure les patients attendent ou non des praticiens qu'ils se comportent en guerriers plutôt qu'en accoucheurs d'eux-mêmes, dans un combat contre la maladie où eux, les malades, payent nécessairement de leur personne.

« *On va nettoyer cette zone... Bombarder, bombarder !* » : c'est ainsi qu'un médecin parisien a récemment présenté sa stratégie (radiothérapie) à l'une de ses patientes¹.

Nombre d'attitudes guerrières face à la maladie contrastent avec la bienveillante tranquillité d'autre part associée au soin des corps et des personnes, voire à la médecine elle-même - « *moderne Paix de Dieu* », comme le dit André Soubiran en conclusion de sa biographie de Dominique Larrey, chirurgien des armées napoléoniennes². Aujourd'hui, parmi les valeurs positives désormais assignées à l'hôpital il y a l'attention à la souffrance, le soulagement de la douleur dans un environnement humain qui serait tout animé par l'esprit d'équipe et l'harmonieuse coopération entre professionnels. Ainsi, « *l'humanisation* » ayant été ces vingt dernières années le leitmotiv affiché de nos structures de soins, on pourrait dire en glissant sur les mots et sur les idées que la médecine serait tout naturellement devenue « *humanitaire* », chez nous d'abord, et ailleurs ensuite. Mais l'ethnographie, comme l'histoire, est forcément porteuse de doute.

Connivences et impasses guerrières

Observer plusieurs hôpitaux français, dans la longue durée et au plus près de la vie quotidienne des services, c'est constater qu'en dépit des discours obligatoirement avantageux que les institutions tiennent sur elles-mêmes, malgré l'existence de fortes solidarités et souvent d'un réel souci du patient, les espaces médicaux et en particulier « hospitaliers » sont moins pacifiques qu'on ne voudrait le croire et faire croire³ (l'hospitalité a d'ailleurs le conflit pour horizon permanent, comme le montrent les travaux anthropologiques d'Anne Gotman⁴).

D'abord les établissements fournissent souvent les scènes d'affrontements de toutes sortes, par exemple entre corps de métier, voire entre collègues⁵. La violence est même susceptible de devenir un mode de relation ordinaire, d'où le conseil que me lança un chirurgien en 1992, lorsque je commençai à observer « en douceur » un bloc opératoire : « *les chirurgiens, il faut*

¹ Témoignage de la patiente, 7 avril 2004.

² André Soubiran, *Le Baron Larrey, chirurgien de Napoléon*, Fayard, 1966, 526 pages (p.484).

³ G. Cresson, M. Drulhe, F.-X. Schweyer, *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Rennes, Editions de l'ENSP (Ecole Nationale de Santé Publique), 2003, Marie-Christine Pouchelle, *L'Hôpital Corps et Ame, Essais d'Anthropologie Hospitalière*, Paris, Seli Arslan, 2003.

⁴ Anne Gotman, *L'hospitalité*, Paris, Seuil, 1997, *Le Sens de l'Hospitalité*, Paris, PUF, 2001.

⁵ Anne Véga, *Une Ethnologue à l'Hôpital*, Paris, Editions des Archives Contemporaines, 2000.

les violer ». Ensuite en ce qui concerne les attitudes thérapeutiques ou les valeurs professionnelles, l'examen de la littérature médicale et infirmière, ainsi que l'analyse des propos et des comportements perceptibles sur le terrain, font apparaître un large usage des métaphores militaires et sacrificielles propres aux héros combattant pour les plus justes causes.

Il y aurait-il donc une connivence particulière entre ces deux pôles de l'activité humaine que sont l'art de guérir et la guerre? Une connivence qui, en-dehors de toute coïncidence homophonique⁶, se situerait très en amont des avancées scientifiques et thérapeutiques suscitées par la pratique chirurgicale sur les champs de bataille, ou des interférences des stratégies militaires avec la recherche biomédicale. Une connivence à mettre en parallèle avec les recouvrements réciproques observés entre l'hygiène et la politique, qui ont souvent fait bon ménage. Les grands « nettoyages », les grandes « épurations » militaro-policières qui ont tragiquement scandé l'Histoire internationale du XX^e siècle partagent avec les pratiques hospitalières modernes un vocabulaire de la propreté – et parfois de la stérilisation pour ce qui est de l'eugénisme - qui ne peut que nous faire réfléchir sur les enjeux symboliques en cause, et en particulier sur la difficulté qu'il y a pour les Etats, les sociétés, les corps constitués, les individus, à tolérer la présence de l'Autre dans le Même⁷. Ce genre d'allergie dépasse largement notre héritage indo-européen et nous engage du côté des phénomènes immunitaires, à petite et à grande échelle, comme marqueurs et garants d'identité.

En matière de thérapeutique cette logique de l'exclusion débouche sur une stratégie de l'anéantissement qui a parfois engendré de redoutables impasses, ainsi en va-t-il de la résistance acquise des micro-organismes aux antibiotiques, « emblème(s) de la modernité biomédicale »⁸. L'enthousiasme que les médecins, surtout en France, ont très longtemps manifesté à leur égard jusque dans les années 1990 pour certains, tient à ce qu'ils y ont vu l'arme absolue contre les maladies infectieuses et les germes pathogènes⁹. Ils parlèrent de miracle. Se dissipaient définitivement les cauchemars que furent la pourriture d'hôpital ou la tuberculose. Chez les praticiens le « miracle » satisfaisait une indéniable passion de sauver, tout en assurant magistralement leur aura auprès de la population. Mais était aussi sans doute en jeu un plaisir quasiment esthétique¹⁰, intellectuel et sensitif, à savourer plus ou moins consciemment la victoire de l'ordre sur le désordre, de la vie (grâce à des anti-biotiques pourtant...) sur la mort, de la santé sur la maladie. Ceci en accord avec nos antiques racines religieuses, porteuses d'une opposition irréductible entre le Bien et le Mal qui n'a rien perdu de son pouvoir de fascination.

Malheureusement la magie des antibiotiques s'est révélée à double tranchant. Les surprenantes capacités d'adaptation de l'ennemi ont engendré de nouvelles formes d'infections nosocomiales, qui équivalent au retour imprévu du refoulé¹¹ et suscitent aujourd'hui un profond malaise dans les établissements de santé. L'écrasante victoire s'est transformée en situation périlleuse, genre de retournement bien connu d'ailleurs chez les militaires : les armées les plus sophistiquées en ont parfois fait l'expérience, naguère au Vietnam, ou ces derniers temps en Irak.

⁶ Se suivent à la queue-leu-leu et s'entremêlent, dans *Le Robert* (7 volumes) guérilla, guérillero, guérir, guérison, guérisseur, guérite, guerrier, guerroyer, guet, guet-apens... « Guérir » s'est dit d'abord *guarir* (XII^e siècle) et viendrait du germanique *warjan* signifiant réprimer. Dans son sens premier en français c'est protéger, préserver. « Guérisseur » aurait été formé au X^e siècle sur *gariseor*(garant). « Guérite », l'abri de la sentinelle, se disait *garite* au XIII^e siècle. Mais « guerre » viendrait du francique *werra*. N'étant ni germaniste ni linguiste, je n'irai pas plus loin, en souhaitant que les experts dans ce domaine puissent faire justice de ce qui n'est ici qu'une remarque flottante.

⁷ Voir là-dessus les analyses de Mary Douglas (*De la souillure*, Paris, Maspéro, 1971) sur le pur et l'impur dans le Lévitique. Léon Murard, Patrick Zylberman, *L'Hygiène de la République : la Santé Publique en France ou l'Utopie Contrariée(1870-1918)*, Paris, Fayard, 1996, Patrice Bourdelais (dir.), *Les Hygiénistes, Enjeux, Modèles et pratiques*, Paris, Belin, 2001 et en particulier Didier Fassin, « Les scènes locales de l'hygiénisme contemporain. La lutte contre le saturnisme infantile : une biopolitique à la française », pp.447-466.

⁸ Jean-Paul Gaudillière, « Antibiotique », in Dominique Lecourt, *Dictionnaire de la Pensée Médicale*, Paris, Presses Universitaires de France, 2004.

⁹ Il y eut quelques exceptions, le chirurgien Raymond Vilain par exemple, inventeur de *SOS Mains*, rappelant dès les années 70 que tous les micro-organismes ne sont pas pour autant pathogènes (d'où le film *Nos amis les bactéries*) et recommandant la modération voire l'abstention dans l'emploi des antibiotiques. Preuve qu'un tempérament guerrier – Raymond Vilain était connu pour cela - n'oblige pas à être dupe d'une arme prétendument absolue.

¹⁰ Sur les procédures médicales et l'esthétique voir la belle thèse de Margitta Zimmermann, *Le jeu avec les ombres : médecine, maladie et expérience esthétique*, Paris, EHESS (Anthropologie sociale et Ethnologie), 2004.

¹¹ Marie-Christine Pouchelle, « Infections nosocomiales et culture hospitalière », *Actes de la Journée du Groupe Tiré-sias* (chirurgiens orthopédiques), Paris, 14 mai 2004.

Qu'on ne s'étonne pas de cette allusion directe au champ militaro-politique. Nous aurons plus d'une fois à passer de la métaphore au concret et vice-versa. Le corps biologique et le corps social (celui des individus et celui des nations) sont en effet des modèles de totalité réciproques, et ce qui concerne l'un peut donc se dire dans les termes de l'autre. Mais cela renvoie aussi à ce que la guerre et l'art de guérir semblent procéder à certains égards d'une même attitude intellectuelle et psychologique. A titre exploratoire, et sans négliger les spécificités historiques et culturelles en cause, il resterait à rechercher en détail dans les traités de Sun Tzu (IV^e siècle avant JC, connu en France grâce aux Jésuites à la fin du XVIII^e siècle) et de Clausewitz, si les théoriciens de l'art de la guerre ne se seraient pas eux-mêmes servis de modèles médico-philosophiques, tout comme les Pères de l'Eglise se sont servis du système galénique pour penser la pénitence. Une relecture rapide de Sun Tzu ne m'a pas donné cette impression, mais il faudrait creuser plus avant. En tout cas le traité du combat au sabre, écrit au Japon par le célèbre escrimeur Miyamoto Musashi (XVII^e siècle), s'inscrit lui d'emblée dans une cosmologie générale en mettant ses cinq chapitres sous le signe de la Terre, de l'Eau, du Feu, du Vent et du Vide¹².

Sur le théâtre des opérations

De même que le champ de bataille, le terrain médico-hospitalier est, au sens propre en ce qui concerne les opérations chirurgicales, un « *théâtre des opérations* » - *theater* désigne du reste en anglais la salle d'opération, comme cela a été récemment (2004) rappelé devant moi dans un bloc opératoire, par un médecin. Il est la scène où se déploie l'arsenal des armes à disposition des initiés, le mot « *opération* » appartenant depuis le XVIII^e siècle au vocabulaire militaire comme au vocabulaire chirurgical¹³.

« *Se battre* » contre la maladie est généralement considéré comme allant de soi, chez les profanes comme chez les professionnels, bien que d'autres attitudes apparaissent parfois, dans les marges de la médecine académique, du côté de la médecine psychosomatique ou de l'homéopathie. Conséquence de ce rapport dominant à la maladie dans la médecine post-humorale : les gestes thérapeutiques les plus agressifs et/ou à bénéfice immédiat ont été jusqu'aujourd'hui les plus valorisés dans les cultures hospitalières. Le traitement des « *aigus* » y est encore largement préféré au soin des « *chroniques* », la réanimation au soin palliatif, la gériatrie y a été longtemps laissée de côté (le « *combat* » dans ce cas étant pour ainsi dire perdu d'avance). En chirurgie les nouvelles techniques dites « *non-invasives* » - pas aussi anodines que leurs promoteurs aiment à les présenter - ont eu fort à faire, à leurs débuts, pour conquérir auprès des professionnels une légitimité en face des avantages concrets et des prestiges symboliques de la pénétration franche dans les espaces les plus profonds et les plus fermés du corps, où le chirurgien peut travailler relativement à l'aise.

Il est vrai que les moyens thérapeutiques les plus violents sont parfois les plus efficaces. C'est une réalité bien connue dès l'Antiquité en ce qui concerne l'usage médicinal des toxiques. Le *pharmakon* grec renvoie ainsi à l'ambivalence des remèdes, poisons guérisseurs de manière délicate, tels la digitale, l'aconit, la jusquiame¹⁴. On sait aujourd'hui ce qu'il en est des cytotoxiques employés dans la chimiothérapie du cancer. Le drame qui s'est noué en 2004 dans un hôpital d'Ile-de-France autour d'un jeune enfant atteint de cancer et d'un médecin partisan de chimiothérapies extrêmement lourdes joue en partie là-dessus. Plus généralement la notion de « *dose efficace* » implique dans les hôpitaux des effets indésirables importants chez les patients, au point que de certains d'entre eux on pourrait peut-être parfois dire qu'ils meurent guéris.

Cependant à l'action concrète de dangereux outils thérapeutiques il faut ajouter la dimension imaginaire largement répandue tout au long de l'Histoire, chez les patients comme chez les thérapeutes, qui fait mesurer *a priori* l'efficacité des traitements prescrits à l'agression qu'ils impliquent. D'où l'amertume de tel chirurgien médiéval du XIV^e siècle, remarquant que les

¹² Miyamoto Musashi, *Traité des Cinq Roues*, Paris, Albin Michel, 1983. L'homme est aussi célèbre au Japon qu'en France notre d'Artagnan. Voir à son sujet le roman de Yoshikawa Eiji, vol.1 *La Pierre et le Sabre*, vol.2 *La Parfaite Lumière*, Paris, J'ai Lu, 2000.

¹³ Paul Robert, *Dictionnaire alphabétique et analogique de la Langue Française*, tome IV, 1980, article « *Opération* » 4° et 5°. Son emploi concerne d'abord les mathématiques, au début du XVII^e siècle. Il est attesté en chirurgie en 1690, et dans l'armée en 1701.

¹⁴ « Des poisons : nature ambiguë », numéro thématique d'*Ethnologie Française*, 2004/3 (Presses Universitaires de France).

patients évaluent l'efficacité des interventions de l'homme de l'art à la douleur qu'elles procurent, et font donc peu confiance au praticien qui tente d'épargner leur sensibilité¹⁵. Nous touchons ici à l'ambivalence des malades envers eux-mêmes et envers les hommes de l'art. La brutalité imputée aux chirurgiens correspond parfois au comportement affiché par certains opérateurs aujourd'hui. Mais c'est aussi un stéréotype encore en vigueur dans les professions de santé comme dans le public. Elle peut être inconsciemment recherchée, comme garante d'une puissance d'intervention, et en même temps critiquée, redoutée et même condamnée.

En dehors du bloc opératoire, mais obéissant en partie au modèle chirurgical, le fonctionnement traditionnel des réanimations s'est revendiqué lui aussi comme nécessairement violent, sans que grand-chose ait pendant longtemps été fait pour compenser les agressions subies par les patients au nom de leur sauvetage thérapeutique. D'où nombre d'effets iatrogènes, tant chez les professionnels que chez les soignés¹⁶. L'urgence vitale, maître mot en milieu hospitalier, légitime l'action à la hussarde sans qu'on tienne trop à s'encombrer ni d'émotions ni, éventuellement, de règlements (ce dernier aspect vaut surtout pour les années 60-80, grande période de développement des services de réanimation et de l'acharnement thérapeutique).

Les « *bavures* » suscitées par l'héroïsme de ces hommes d'action (la douleur en a fait très longtemps partie) furent bien souvent, comme chez les militaires, justifiées par la nécessité de l'action immédiate et la sécurité des hommes. Allant pour ainsi dire de soi elles n'ont pendant longtemps pas retenu l'attention des responsables, et leurs conséquences somatiques ou psychiques sont bien souvent demeurées non traitées. En matière de psychisme en tout cas le modèle militaire classique est resté puissamment opérant, médecins et soignants vivant fréquemment dans le déni (au moins apparent) de leurs propres émotions et de celles des patients.

Si les réanimations représentent un cas extrême, ces remarques peuvent aussi s'appliquer à l'ensemble d'une culture médico-scientifique souvent plus axée sur le traitement que sur le soin, comme l'a excellemment montré Marie-Françoise Collière¹⁷. La violence est structurelle dans une prise en charge qui concerne davantage la maladie que le malade¹⁸. « *A la guerre comme à la guerre...* » : certes des efforts notables ont été effectivement réalisés en matière de confort dans certains établissements, certes *l'hôtellerie*, comme la notion de *clientèle*, appartient désormais au vocabulaire de la logistique hospitalière. Mais la courageuse formule reste sous-jacente lorsque, rappelant à l'ordre un malade hospitalisé jugé trop exigeant, telle infirmière lui fait remarquer que justement ici, à l'hôpital, il n'est pas « *à l'hôtel* ».

De toutes manières la question du plaisir des hospitalisés reste généralement tabouée chez les soignants, sauf en néonatalogie et en pédiatrie, où son incidence thérapeutique a été progressivement (mais non partout) reconnue. C'est que les enfants bénéficient d'une image d'innocence (quand ils ne sont pas accusés d'exagérer, de jouer la comédie, ou d'être trop gâtés), à la différence des adultes, malades d'avoir forcément trop péché. Derrière la thérapeutique continue de se profiler la pénitence. La guerre contre la maladie est aussi bien un combat contre le Mal. La seringue et le sabre se confondent ici avec le goupillon pour nous faire souvenir des origines religieuses de nos hôpitaux, devenus, en particulier les CHU, si « guerriers ».

Portrait des hospitaliers en guerriers

Jadis il y eut bien sûr les Chevaliers Teutoniques, ordre monastique fondé en 1191 par des nobles allemands voués au soin des malades et des blessés dans l'hôpital créé en Palestine pendant le siège d'Acre (un remède devait ensuite porter leur nom, cité au XIV^e siècle par le

¹⁵ Henri de Mondeville, *Grande Chirurgie*, édition Nicaise, Paris, 1893, p.189.

¹⁶ Voir les travaux de Michèle Grosclaude, *Réanimation, Coma : à la Recherche du Sujet Inconscient*, Paris, Masson-Éditions Hospitalières, 1996, ainsi que les ouvrages collectifs qu'elle a dirigés, en particulier *En réanimation. Ombres et Clartés*, Paris, Éditions Hospitalières, Masson, 1996, et *Vers une Histoire de la Réanimation*, Paris, Glyphe et Biotem Éditions, 2002, ainsi que les *Cahiers du Réseau Européen Interdisciplinaire sur Psychologie et Réanimation* (Strasbourg). Marie-Christine Pouchelle, *L'Hôpital Corps et Ame*, déjà cité.

¹⁷ Marie-Françoise Collière, *Promouvoir la Vie : de la pratique soignante aux soins infirmiers*, Paris, Interéditions, 1996. Le film *Etats de Service* (Jean-Paul Andrieu, 1999, 2'40), tourné dans un service parisien de cancérologie, montre très bien les impasses auxquelles mène cette attitude, à l'insu manifestement des médecins concernés.

¹⁸ Bruno Dujardin (« Le médecin des systèmes de santé publique : un extra-terrestre malgré lui », *Santé Publique & Sciences Sociales*, n°8 et 9, juin 2002, 17-36) désigne le « paradigme pasteurien » comme un facteur de cette violence structurelle, en raison de la causalité mécaniste et linéaire qu'il assigne à l'étiologie des maladies.

chirurgien Mondeville). L'ordre fut transformé dès 1198 en ordre militaire, au service du Bien tel qu'il était défini par l'Église dans ses dimensions aussi temporelles que spirituelles, et ces Chevaliers ecclésiastiques déployèrent bientôt en Europe Centrale un redoutable génie de conquérants¹⁹.

Au tournant des XVIII^e et XIX^e siècles, à l'origine de la grande histoire de la médecine française, s'est produit un événement qui pourrait correspondre à une coalescence médecins/gens d'armes peut-être particulièrement forte en France (?). Pendant la Révolution, « où tout paraissait mort dans le domaine des sciences et des arts (...) le service de santé des armées resta comme seul cadre d'activité offert aux médecins comme aux chirurgiens, aussi presque tous ceux qui, plus tard, durent acquérir un nom illustre dans les sciences médicales, prirent-ils part aux premières campagnes [et] ne quittèrent l'armée que lorsque la victoire [eut] amené la paix extérieure²⁰ ». Ensuite le créateur de l'internat, fut bien, en 1802, un général éminemment glorieux : Napoléon Bonaparte, alors Premier Consul²¹. Or l'internat devait devenir le prestigieux creuset de la corporation médicale au sein de nos hôpitaux. Cela explique peut-être que la référence à la période napoléonienne atteigne parfois à la dimension mythique en milieu médical et surtout chirurgical. La famille de tel chirurgien cardiaque ne s'y est pas trompée, qui lui a offert un grand tableau représentant de pied en cap un chirurgien militaire de l'époque impériale, tableau anonyme trouvé par hasard chez un brocanteur²².

Sur le plan métaphorique il suffira de remonter à la description détaillée que Maxime du Camp, fils d'un chirurgien militaire, fait au XIX^e siècle des hôpitaux parisiens et du personnel de santé, pour retrouver la référence implicite à l'armée comme modèle de l'activité hospitalière. Ainsi note-t-il que pendant l'épidémie de choléra en 1832, dans les « ambulances » (lieux d'hospitalisation provisoires), les médecins « se relevaient de deux heures en deux heures comme des soldats en faction »²³. « La garde » est en effet une activité aussi caractéristique des médecins que des militaires.

Quant au personnel soignant et ancillaire des hôpitaux placé sous les ordres des religieuses, il est, d'après Maxime du Camp, composé d'individus plus que suspects, alcooliques, paresseux et vénaux. Mais en temps d'épidémie « on [les] retrouve toujours au premier rang à l'heure du combat », comme les soldats, ces derniers n'étant pour leur part guère plus recommandables, « mauvais sujets, [et] familiers de la salle de police »²⁴. Ce n'est pas là seulement image d'écrivain, mais un trait qui converge par exemple avec le modèle militaire en usage à l'Assistance Publique de Paris (créée en 1849) : jusqu'en plein XX^e siècle la hiérarchie infirmière y fut signalée par des galons plus ou moins étoilés, sur le devant d'une coiffe arborant aussi une cocarde rouge et bleue aux couleurs de la capitale.

En matière de procédures et plus près de nous (1993), la *Guerre des Etoiles* a été spontanément invoquée en cours d'opération par un jeune chirurgien lorsque, ravi, il a eu à projeter sur le site opéré un produit biotechnologique « miraculeux ». Il s'agissait d'hémostase, le saignement post-opératoire étant l'ennemi juré des chirurgiens, et l'avancée technique se trouvant parée des prestiges magiques de la science-fiction²⁵. Mais la guerre c'est d'abord « trouer la peau de l'autre ». Un tel geste – porter la main sur autrui, atteindre à son intégrité corporelle – bien que perpétré à des fins différentes, fait que le chirurgien peut se sentir proche du guerrier²⁶, voire de l'assassin si l'on se place sur le registre de l'inconscient et de ses contenus archaïques. Car ces fins, dans l'inconscient, ces fins sont-elles aussi opposées que professionnels et patients voudraient le croire ? L'agression chirurgicale met en jeu les pulsions meurtrières présentes chez tout un chacun, serment d'Hippocrate ou pas. De sorte que la chirurgie comme la guerre amène à commettre, l'une imaginativement et l'autre concrètement, des « crimes lé-

¹⁹ L'ordre, dissous par Napoléon en 1809, existe toujours en Autriche.

²⁰ G. Morache, article « Militaire (service de santé) », dans A. Dechambre, *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales* (100 volumes), tome VIII, deuxième série, Paris, 1874, p.98.

²¹ *Ordre et désordre à l'Hôpital. L'internat en médecine*, Paris, Musée de l'AP-HP, 2002

²² Cf mon enquête dans cet hôpital de 1992 à 1997. Le tableau a figuré sur l'un des murs du bureau de ce chirurgien, jusqu'à son départ à la retraite (hôpital privé de service public, Ile-de-France, 1997). Il appartient désormais, grâce à la générosité de ce chirurgien, aux collections hospitalières du Musée National des Arts et Traditions Populaires.

²³ Maxime du Camp, *Paris, ses organes, ses fonctions, sa vie*, (1869-1875), Monaco, Georges Rondeau, 1993, p.407.

²⁴ *Ibidem*, p.415.

²⁵ Archives personnelles, enquête dans un bloc opératoire 1992-1997.

²⁶ Pr Bernard Duvauchelle, « Défigurations », communication au colloque *Guerre et Médecine*, Paris, 7 février 2004

gaux » pour le Bien (celui du prochain, celui de la patrie). En 1995 un chirurgien familial de la psychanalyse ne me déclarait-il pas que lorsque l'opéré meurt sur table ou des suites opératoires immédiates, c'est la réussite concrète de la pulsion meurtrière de l'opérateur qui rend cet échec thérapeutique si difficile à supporter ?

Parmi les stéréotypes attachés à la profession, il y a le côté « caractériel » des chirurgiens. En fait cet aspect est chez eux très inégalement distribué. Mais il a longtemps constitué un modèle identitaire équivalant à une évaluation implicite de leur efficacité, issu des temps historiques où les conditions d'exercice étaient effroyables. Sa persistance aujourd'hui dans la conscience collective montre que l'anesthésie ne peut annuler complètement la nécessaire agressivité du geste chirurgical. Mais l'inscription de ce modèle dans la longue durée tient aussi à l'absence de réflexion et de prise en charge psychologique systématique des praticiens, alors que précisément, du point de vue psychique, la chirurgie, comme la réanimation, peut être considérée comme un métier à risque. A ce titre la collectivité a une dette symbolique particulière – en deçà de tout aspect financier – à l'égard de ces aventuriers non seulement du corps d'autrui, mais de leur propre esprit.

De toutes façons le goût du risque, l'excitation à braver la mort et à faire triompher la vie sont communs aux chirurgiens et aux combattants, même s'ils n'y sont pas impliqués de la même manière. Mais il y a aussi, sur le plan conceptuel, d'autres affinités repérables entre les activités thérapeutiques et les nécessités guerrières. Ainsi, alors que la ruse représentait justement pour Sun Tzu l'essentiel de la stratégie militaire, tel chirurgien actuel, judoka confirmé et de tempérament en effet combatif, définit son métier comme l'art de « *ruser sans cesse avec la contingence des choses* », et emploie à l'occasion pour le décrire des métaphores militaires²⁷.

Enfin, puisque la camarade finit nécessairement par avoir la peau des « guerriers » comme de leurs protégés, les notices nécrologiques publiées dans la presse professionnelle sont un matériau de choix pour repérer les images fortement associées aux métiers de santé : tel éloge concernant un réanimateur fait apparaître une stature de héros qui n'a pas grand-chose à envier aux légendes napoléoniennes²⁸.

S'oublier et se dépasser, au-delà de toute fatigue, faire l'impossible, s'engager corps et âme dans l'action, ce sont là des injonctions – et des ivresses – que les professionnels de santé ont longtemps partagées avec les gens d'armes, dans un voisinage commun avec la mort, voisinage dont le terme « *carabin* » porte manifestement la trace²⁹. Rien d'étonnant à ce que chez les médecins, et en particulier chez les chirurgiens, le folklore des salles de garde, mariant allègrement Eros et Thanatos, évoque les plaisanteries dites de corps de garde, d'ailleurs généralement associées aux groupes de jeunes hommes. Manières très ritualisées chez les médecins de faire pièce à l'émotion, à la peur, au dégoût, voire au désir³⁰. Débridements propres à des groupes qui furent d'abord exclusivement masculins, et sur lesquels ont d'autre part lourdement pesé les contraintes hiérarchiques et leur corollaire, la lutte pour le pouvoir.

Il n'est pas sûr que l'importante féminisation des professions médicales entraîne *ipso facto* la transformation des valeurs « viriles » attachées à l'intervention thérapeutique. Emmanuelle Godeau démontre en tout cas dans sa thèse (note 29) que cette féminisation n'a pas eu d'incidence vraiment significative sur les rituels de l'internat. Quant aux patients, ils continuent d'associer médecin et masculin au point d'appeler volontiers « docteur » tout homme en blouse blanche dans les services de soins, et de prendre d'abord pour une infirmière la femme médecin.

Quel que soit le sexe des professionnels, la valorisation du traitement et des aspects techniques à l'hôpital, fortement associée aux actions « viriles », contrastent, surtout en France, avec le peu d'intérêt que continue de susciter le soin en tant que tel, qui reste dévolu aux « infirmières » (femmes à 90%). Celles-ci ont chez nous, à la différence de ce qui s'est passé au

²⁷ Philippe Icard, thèse de philosophie en cours, version provisoire aimablement communiquée par son auteur.

²⁸ MC Pouchelle, *L'Hôpital Corps et Ame*, déjà cité, p.197,198. L'éloge en question est paru dans *Réanimation-Urgences*, vol.6, n°3, p.271-272.

²⁹ Emmanuelle Godeau, « *La coutume des carabins. Ethnologie de l'internat* », Toulouse, EHESS, Ethnologie Historique et Sociale, 2004. Au XVI^e siècle le carabin est un soldat de cavalerie légère (*Le Robert*, déjà cité, article « carabin »).

³⁰ Emmanuelle Godeau, thèse citée. Voir aussi son article « Dans un amphithéâtre... La fréquentation des morts dans la formation des médecins », *Terrain*, n°20, mars 1993, p.82-96.

Canada, en Belgique ou en Suisse, globalement échoué à faire reconnaître et à valoriser l'activité de soin comme moyen thérapeutique spécifique. Cet échec est dû en partie aux difficultés des infirmières à s'affirmer de manière indépendante et aux dissensions intérieures au sein des mouvements infirmiers, mais il tient aussi à la vive hostilité que rencontre non seulement auprès des médecins mais aussi auprès de certains directeurs hospitaliers toute tentative d'autonomisation réelle du métier infirmier³¹. En témoignent les levées de boucliers suscitées par la tentative de mettre en place un diagnostic infirmier à la fin du XXe siècle, comme aujourd'hui le statut ambigu des « Directions des Soins ».

A noter aussi que le patient occupe pour sa part une place implicitement féminine puisque par définition on lui fait du « rentre-dedans », ceci très ouvertement en chirurgie, au moins visuellement lors des explorations diagnostiques, et de manière indirecte par le biais des prescriptions médicales. On est très loin de la reconnaissance du « médecin intérieur » animant tout patient (à son insu certes), notion qu'on trouve chez Paracelse, ou encore au XXe siècle chez Georg Groddeck (inventeur du *ça*) et les psychosomatiques, et à l'occasion chez quelques médecins généralistes « ordinaires »³². Dans ces contrées marginales de notre médecine, il s'agit des puissances de guérison intrinsèques de tout individu et de son savoir inconscient sur lui-même. Les solliciter c'est faire du *patient* un actif, le rendre auteur de sa guérison, de sa vie ou de sa mort (curieux mot que le terme de *coopératif* utilisé dans les dossiers de soins infirmiers pour désigner l'adhésion du patient à la toute-puissance médico-infirmière). Aider le patient à mobiliser sa propre part d'ombre ferait du médecin un accoucheur plutôt qu'un guerrier. Fin XVIIIe siècle ce fut la position du Marquis de Puységur, colonel d'artillerie pourtant, et magnétiseur³³. Mais l'aristocrate n'était pas médecin. Et l'homme d'action reconnu sur les champs de bataille pouvait se dispenser de « faire », sur le théâtre thérapeutique.

A l'hôpital, dans l'esprit de ceux qui sont directement affrontés à la maladie (sinon aux malades), il y a d'ailleurs des professionnels qui sont bien réputés ne rien faire, ou sinon dans une lenteur contraire à l'urgence toujours supposée de l'action : les administratifs. Sauf exception (et il y en a) les administrations hospitalières n'ont en effet pas meilleure réputation auprès des médecins que l'administration de l'armée auprès des militaires. D'où une partie des difficultés qu'ont certains directeurs d'hôpitaux à conquérir une légitimité (sans parler d'une aura) auprès des équipes médico-chirurgicales, même lorsqu'ils n'ont pas des « horaires de fonctionnaires ».

Vieille affaire que cette opposition de principe entre clercs et hommes d'action, gens de papiers et gens d'armes, les premiers porteurs d'un règlement général et distancié, les seconds aux prises avec les réalités particulières et l'urgence immédiate. Elle est présente par exemple au XIVe siècle dans l'oeuvre du chirurgien médiéval auquel j'ai déjà fait allusion, et correspond à deux catégories de patients, à deux tempéraments opposés et donc justiciables de thérapeutiques différentes. D'un côté les gens d'armes et avec eux les paysans, les marins, les meuniers et le « dur » (os, nerfs, muscles). De l'autre le « mou » (la chair), les hommes d'école, les bourgeois, les moines, les enfants, les femmes, les eunuques, les pêcheurs de rivière, les hommes efféminés. Pour les premiers des remèdes violents en grande quantité, pour les seconds des remèdes plus faibles en petite quantité³⁴. Nous sommes ici dans la très longue durée, l'opposition du dur et du mou continuant d'ailleurs de structurer les spécialités chirurgicales.

Pendant tout le XIXe siècle, les démêlés des médecins et des chirurgiens avec l'administration ont agité les armées. Larrey et Percy s'indignent que l'administration militaire se montre plus

³¹ Voir le statut équivoque des sages-femmes et des infirmières-anesthésistes ainsi que le destin de l'Ecole Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur créée à Lyon en 1965 et disparue en 1994. Hughette Bachelot, « L'Ecole Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur a dix ans », *Soins*, n°7, 1976. Sanky Raine, « Formations Universitaires. Ecole Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur », in *Univers de la Profession Infirmière*, Paris, presses de Lutèce, tome II, 1992, pp.79-90. Marie-Françoise Collière, « Vous avez dit « Sans état d'âme »... », *Soins Formation-Pédagogie-Encadrement*, n°11, 1994, pp.60-63.

³² Paracelse, *Le Labyrinthe des Médecins Errants*(1538),chap.13. Georg Groddeck, *Le Livre du Ca (1923)*, Paris, Gallimard, 1963. Daniel Helle, *Le Savoir Scientifique du médecin, le savoir intime du patient*, s.d.(1997), Ed. du GERM, 47 av. J.-Jaurès, 93450 Ile St-Denis

³³ Jean-Pierre Peter, Présentation et édition de Puységur, *Un Somnambule Désordonné. Journal du traitement magnétique du jeune Hébert*, Le Plessis-Robinson, Synthélabo, Les Empêcheurs de Penser en Rond, 1999.

³⁴ Henri de Mondeville, *op.cit.* p.127. MC Pouchelle, *Corps et chirurgie à l'apogée du Moyen Age*, Paris, Flammarion 1983, p.184.

soucieuse de faire des économies et de compter les morts que d'assurer la santé des soldats et le soin aux blessés³⁵. Les praticiens des armées cherchent à échapper au maximum à l'administration en s'incrutant dans les régiments, loin des hôpitaux militaires où ils étaient confrontés directement à l'autorité du commissariat des guerres et des ordonnateurs. Et « [dans les régiments ils] trouvaient de vigoureux appuis [chez] les colonels, qui résistaient par la force d'inertie aux diverses circulaires leur enjoignant de détacher leurs médecins dans les hôpitaux »³⁶. Une partie de l'engagement de nos médecins dans « l'humanitaire » jusque sur les fronts les plus dangereux tiendrait-il à un mécanisme du même genre ? J'y reviendrai.

En tout cas la logique du faire, de l'action, et de l'acte (voir le paiement « à l'acte ») que nos médecins partagent avec les militaires a pour conséquence qu'encore aujourd'hui, dans l'esprit de nombre de professionnels de santé « soigner », c'est bon pour les « soins palliatifs », lorsqu'on a renoncé à sauver et donc à « traiter »... Pas de combat, plus rien d'héroïque. C'est sans doute ce qui explique que l'esprit de prévention soit si peu développé dans le système de santé français, très contrôlé par le pouvoir médical : pour revendiquer une victoire et être en mesure d'afficher des résultats il vaut mieux avoir eu en face de soi un ennemi déclaré. Voyons-le donc venir. Les statistiques épidémiologiques qui permettent de prouver l'efficacité collective de la prévention n'ont pas la saveur de la démonstration en soliste de l'excellence d'un savoir-faire.

Enfin la formation médicale et le cheminement des carrières s'appuient très fortement sur la concurrence et la rivalité, et sollicitent d'emblée chez les praticiens non seulement la quête d'une gloire personnelle mais un type de pugnacité plutôt associée dans notre culture aux mœurs masculines. Le climat de certains hôpitaux s'en ressent. Lors des restructurations hospitalières on voit les ambitions de chacun jouer à l'air libre, souvent au nom du salut des patients (alors associé de manière quasi incantatoire aux avancées de la science et aux moyens matériels mis à la disposition des praticiens). Cet aspect foire d'empoigne de la médecine n'est pas nouveau : en 1894 dans *Les Morticoles* Léon Daudet, étudiant en médecine, intime de la famille Charcot et familier du milieu médico-hospitalier de la capitale, a fort bien décrit, à grands traits barbelés, les luttes intestines de la corporation dans la deuxième moitié du XIX^e siècle³⁷. Il l'a fait sous le couvert de la fiction, pour ne pas être poursuivi pour diffamation. Mais ses contemporains ne s'y sont pas trompés. Certains, dont le célèbre Péan, s'y sont parfaitement reconnus, à leur vif déplaisir³⁸.

Travailler comme anthropologue à l'hôpital c'est ainsi avoir à réfléchir sur les avatars de la violence au sein même de nos pays paisibles et prospères, sachant que parfois médecins, soignants, administratifs ont eux-mêmes témoigné de certaines situations, les ont analysées et ont parfois pu agir en conséquence³⁹. En effet pointer un aspect de notre système médical – l'imaginaire de la guerre – qui fait sens parce qu'il permet d'interpréter une partie des attitudes observées sur le terrain, ne doit pas faire oublier que le paysage hospitalier est très divers, en pleine évolution, travaillé de nombreuses contradictions. Du reste l'hôpital n'est pas toute la médecine (même si les hospitaliers le croient) et les professionnels n'adhèrent pas tous aux modèles dégagés précédemment. Ici ou là se transforment parfois les pratiques et les représentations propres à la culture médico-hospitalière, en dépit de la force d'inertie du système⁴⁰.

³⁵ Sur l'histoire du service de santé des Armées et son autonomie très tardivement acquise (1917) par rapport à l'administration militaire : G. Morache, *op. cit.* (pp.73-204) et André Soubiran, *op. cit.*

³⁶ G. Morache, *op. cit.*, p.102.

³⁷ Léon Daudet, *Les Morticoles* (1894), Paris, Grasset, 1984. Marie-Christine Pouchelle, « Lire *Les Morticoles* aujourd'hui... », in *L'Hôpital Corps et Ame*, déjà cité.

³⁸ Sur Péan : exposition réalisée au Musée de l'AP-HP (octobre-décembre 2000), *De l'Audace, encore de l'Audace, toujours de l'Audace. La Chirurgie Hospitalière à Paris, à la fin du XIX^e siècle*, Paris, AP-HP, 2000.

³⁹ Didier Cohen-Salmon, *En Travers de la Gorge*, Paris, InterEditions, 1994, Stanislaw Tomkiewicz, *L'Adolescence Volée*, Paris, Calmann-Lévy, 1999 ; Catherine Mercadier, *Le Travail Emotionnel des Soignants à l'Hôpital*, Paris, Seli Arslan, 2002, Joseph Gazengel, *Vivre en réanimation. Lazare ou le prix à payer*, Paris, L'Harmattan, 2002. Mais aussi réalisation d'une Maison des Usagers à Broussais par Michel Bilis et Chantal Deschamps, certains colloques du GRAPH (Groupe de Recherches et d'Applications Hospitalières), réflexions de Groupes ou d'Espaces Ethiques divers, à l'AP-HP en particulier, recherches du DIES (Développement, Innovation, Evaluation, Santé), organisation des Etats Généraux de la Santé, création d'un Centre d'Ethique Clinique, travaux des associations d'usagers etc.

⁴⁰ Françoise Bouchayer, *Les Praticiens des Nouvelles Thérapies. Stratégies de rétablissement professionnel et d'ajustement à la demande*, Rapport final, programme MIRE-CNRS Santé-Maladie-Société, IRESCO, 157 pages + annexes

Il reste que dans les établissements et dans une moindre mesure au sein des cabinets privés la médecine n'a pas toujours été « humanitaire », ne serait-ce qu'en raison de la tension que fait naître la proximité du corps d'autrui : « *le patient n'est pas vu par des yeux humains [sic], il est vu professionnellement pour un soin* »⁴¹. L'écueil, aussi ancien que l'art de guérir, est signalé dans le serment d'Hippocrate. Il est en effet difficile à contourner. Mais pendant longtemps il n'a pas fait question dans les hôpitaux où jusqu'à la fin des années cinquante les hospitalisés, appartenant exclusivement aux classes défavorisées et soignés gratuitement, furent pour de bon les obligés du système de santé. Chair à canon au temps de la conscription, les démunis furent pour la médecine ses champs de manœuvres privilégiés⁴². Ils fournirent bon gré mal gré la matière première de nombre d'apprentissages et d'expérimentations, à commencer par la dissection, sur quoi s'est édifiée la révolution anatomo-clinique qui fit la gloire de la médecine parisienne au XIX^e siècle. On trouve l'écho de ce statut des patients comme gibiers d'expérience à la fin du siècle dans le répertoire du Grand Guignol, où le comportement sans scrupule d'un interne à l'égard d'une hospitalisée a fourni l'argument d'une pièce, ironiquement intitulée *Une Leçon à la Salpêtrière...*⁴³.

Depuis lors les choses ont changé. Mais les mentalités évoluent lentement. Ainsi les souvenirs de Stanislas Tomkiewicz témoignent-ils de son effroi de jeune médecin devant la manière dont étaient traités les malades, par tel professeur de la Salpêtrière justement, dans les années 1950⁴⁴. Effroi semblable chez une jeune fille récemment embauchée comme agent hospitalier dans un hôpital psychiatrique départemental, devant la façon dont certaines infirmières y parlent aux patients⁴⁵. A Paris, en juin 2004, un professionnel m'a rapporté de manière ambiguë l'acharnement peut-être trop enthousiaste d'une équipe hospitalière à sauver pendant toute une nuit un « *clochard* » qui s'était jeté du haut d'un pont dans la Seine, en faisant discrètement allusion au plaisir qu'il y aurait eu pour les professionnels, dans un temps – la nuit – où les règlements sont vécus comme moins contraignants, à disposer d'un patient sans famille et sans proche, tout entier livré à l'exercice du Grand Art. Que l'histoire soit véridique ou déformée, qu'il se soit ou non agi d'augmenter « simplement » à tout prix l'activité de l'hôpital, le soupçon porté tient sa vraisemblance du long passé de notre histoire hospitalière.

Guerres de positions sur frontières brouillées

En France les relations médecins-patients se sont aujourd'hui diversifiées⁴⁶. Certains médecins diraient sans doute qu'elles ont été surtout compliquées par le droit à l'information du patient et l'obligation de lui demander son consentement éclairé aux soins, soins qu'on est censé désormais lui proposer et non lui imposer. Les usagers de notre système de santé mettent en question l'image guerrière que notre médecine se fait de l'excellence, même si d'autre part les patients ou leurs proches sont aussi souvent partisans d'un « combat » contre la maladie, cela fait partie de notre culture ambiante. De toutes manières le rapport des forces entre experts et profanes a commencé à se modifier, depuis les années 1980 et le début de l'épidémie de Sida⁴⁷, avec l'émergence des « droits du patients » (loi du 4 mars 2002) et la reconnaissance d'une compétence chez les usagers. D'autre part les recommandations de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) insistent sur la satisfaction des patients...

Voici donc que la société civile s'immisce dans le colloque singulier médecin/malade revendiqué par les professionnels comme emblème de leur art. A tort ou à raison ceux-ci se sentent parfois mal à l'aise devant les nouvelles dispositions relatives aux droits des malades, leur an-

⁴¹ Infirmière (cadre) dans un hôpital de la région parisienne, printemps 2004 (compte-rendu de réunion). Sur cette question : Marie-Annick Delomel, *La Toilette Dévoilée*, Paris, Seli Arslan, 1999, Jocalyn Lawler, *La Face Cachée des Soins*, Paris, Seli Arslan, 2002.

⁴² C'est le ressort principal des *Morticoles*. Voir aussi Patrice Pinell, *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*, Paris, Anne-Marie Métaillié, 1992, pp.111 et 232-236. Les essais cliniques ne sont réglementés dans les hôpitaux que depuis 1987 (Loi Huriet-Sérusclat).

⁴³ *Le Grand Guignol. Le Théâtre des Peurs à la Belle Epoque*, préface et notices d'Agnès Pierron, Paris, Robert Laffont, 1995, p.306-341.

⁴⁴ *Op.cit.*, pp.81,84-87,94,95.

⁴⁵ Témoignage recueilli le 31 juillet 2004

⁴⁶ V.Rabeharisoa, M.Callon, *Le Pouvoir des Malades. L'Association Française contre les Myopathies et la Recherche*, Paris, Les Presses de l'Ecole des Mines, 1999.

⁴⁷ Nicolas Dodier, « Reconstitution de la médecine dans ses rapports avec la science. Les leçons du Sida », in *Santé Publique et Sciences Sociales*, n°8&9, juin 2002, p.37-52.

xiété étant d'ailleurs puissamment alimentée par les sociétés d'assurances, qui en ont profité pour augmenter leurs tarifs. Les médecins redoutent désormais les procès, de manière probablement exagérée puisque les recours en justice semblent en fait n'avoir qu'assez peu augmenté. Certains cherchent de plus en plus à s'entourer de protections médico-légales et en particulier de protocoles thérapeutiques, sans toujours voir que les procès intentés ne sont souvent pas l'aboutissement d'une erreur technique en elle-même, mais d'un dialogue défectueux avec le patient ou sa famille. En tout cas est à l'honneur chez les médecins le principe de précaution, car ce ne sont pas ces risques-là – les procès – qui les tentent.

Mais il n'y a pas que les patients et la législation pour compliquer la vie des médecins. Il y a les administrations hospitalières, vis-à-vis desquelles nous avons vu que la culture médicale manifeste une défiance de principe. Elles demandent des comptes de plus en plus serrés aux praticiens : « *Maintenant le patron de service est pris dans des réunions, dans des analyses budgétaires. On en a fait des gestionnaires. Les impératifs comptables ont pris le pas sur l'intuition du médecin face au patient* »⁴⁸.

Les directions administratives occupent désormais dans les établissements une place qu'elles étaient loin d'avoir il y a trente ans. Certaines s'occupent activement à restreindre l'étendue du pouvoir médical, sans position critique véritable par rapport à la médecine académique, mais avec le souci de faire pièce aux féodalités locales héritées des grands patrons d'antan. Dans cette perspective substituer des « pôles » aux « services » est aujourd'hui à l'ordre du jour, de même que nombre de recommandations insistent sur la transversalité des fonctions dans les établissements et leur déterritorialisation, théoriquement facilitée par la logistique informatique. Directement responsables sur le plan judiciaire de tout incident survenant dans l'hôpital, les directions administratives sont elles-mêmes aux prises avec des situations multifactorielles dont elles ne peuvent maîtriser tous les éléments à la fois. Il s'ensuit des tensions importantes intra-hospitalières, certains chefs de service regrettant pour leur part le gonflement des charges administratives et leur propre engagement dans des fonctions jusqu'ici dévolues aux « gens de papier ». La question peut se poser tout différemment dans d'autres pays, par exemple aux USA.

En France semblent ainsi contestées non seulement la fonction des chefs de service, mais l'identité des médecins en général comme hommes d'action, comme guerriers qui feraient face à « l'ennemi » dans un corps-à-corps immédiat aussi intuitif parfois que savant. Il leur est maintenant demandé par les administratifs de s'engager dans des préoccupations gestionnaires et économiques et donc, pensent-ils, dans des labyrinthes - labyrinthes de « papiers » et labyrinthes des circuits imprimés de l'informatique. Or justement, s'agissant pour de bon de papier, une partie des esculapes n'a pas encore vraiment accepté l'obligation légale de formuler par écrit les prescriptions au sein des services : écrire, lorsque ce n'est pas en tant qu'auteur littéraire tel un Georges Duhamel ou Gilbert Schlogel, n'est pas un privilège; c'est vécu comme une tâche d'ordre ancillaire et quasi vexatoire. Le « papier », dans l'exercice professionnel, ce serait la distance et le règlement, la contrainte et la lenteur. Ses lettres de noblesse ne peuvent lui venir que d'un manieur de « plume », mais c'est une autre histoire.

Dans l'autre camp, chez les gens de papier administratif, au plus haut niveau, peuvent circuler désormais des imputations de meurtre qui n'ont rien à envier à celles dont on peut créditer certains combattants : « *c'est un tueur* »⁴⁹... Le mot est à la mode, et l'attitude aussi, on le voit bien dans le domaine des grands patrons d'entreprise comme dans l'univers des jeux vidéos (à moins qu'il ne faille inverser le sens de la comparaison). Il y aurait beaucoup à dire sur la manière dont, depuis les années 1960, les directeurs administratifs ont dans les hôpitaux « *pris du poil de la bête* » (de quelle bête?) . Certains, parfois des femmes, ont un charisme personnel qui leur permet de nouer des échanges constructifs avec le corps médical. D'autres peinent à se faire reconnaître comme des interlocuteurs véritables, et d'autant plus que les charges de directeur général hospitalier sont désormais rarement occupées plus de cinq ans, tandis que la grande majorité des chefs de service se caractérise encore par une implantation territoriale de très longue durée. Mais pour tous aujourd'hui l'École Nationale de Santé Publique (Rennes) ,

⁴⁸ Marie-Christine Pouchelle, Lucienne Carpot, *Regards sur l'Hôpital Boucicaud*, Paris, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 2000 , p.24. Travail réalisé dans le contexte de la fermeture de l'hôpital.

⁴⁹ Un directeur d'hôpital me parlant d'un éminent collègue mais à ses yeux redoutable (1998). Mon interlocuteur a d'ailleurs été plus tard gratifié du même terme par un professionnel de santé (entretien, 2003). Question de point de vue...

conçue en écho à l'École Nationale d'Administration, représente la voie d'accès au management hospitalier. Elle fournit aux directeurs non seulement une solide formation mais un point d'appui symbolique supposé leur donner une légitimité qui leur manquait. Les médecins ne s'y trompent pas et j'ai surpris bien des mines « entendues » à la mention de l'appartenance de tel ou tel à l'École : celle-ci est parfois supposée alimenter la nouvelle pugnacité de ceux qui pendant longtemps ne furent que des intendants aux ordres des praticiens.

Que les administratifs, en tous cas les directeurs, puissent se conduire aussi en guerriers (comme avant eux *les capitaines d'industrie*) voire apparaître comme hommes de sang et hommes de main (*tueurs*), et que de leur côté les médecins, parmi lesquels les chirurgiens sont autant de *Princes du Sang*⁵⁰, se sentent contaminés par « la paperasse »- met en question la dualité symbolique sur laquelle les médecins avaient construit en partie leur identité. Un tel brouillage de frontières entre clercs et gens d'armes contribue peut-être, côté médecins, au malaise repérable aujourd'hui dans les professions de santé. En effet, quelles défenses immunitaires pour protéger leur spécificité de « guerriers » ? La situation exige peut-être un profond retournement des mentalités médicales. Faute de quoi reste peut-être une solution : la fuite. L'humanitaire en serait-il une ?

Pour réenchanter la médecine⁵¹, le front de l'humanitaire ?

Prêtons l'oreille à ce dialogue (1999) entre deux femmes, un médecin-anesthésiste et un cadre infirmier, assez proches de la retraite et ayant donc connu des conditions d'exercice différentes de celles d'aujourd'hui⁵²:

- Médecin – « *On a rajouté énormément de contraintes. A certains moments on se dit : « Oh là, là ! Qu'est-ce j'irais bien endormir dans la brousse sans avoir des alarmes qui sonnent, sans avoir un appareil qui ne veut pas démarrer parce qu'il n'a pas fait son test ! ».*
- Infirmière – *C'est sûr que dans la brousse on ne vous fera pas un procès si vous tuez quelqu'un ... »*
- Médecin – « *Non, mais je sauverais peut-être beaucoup de vies ! ».*

Les sécurités apportées par le développement du progrès technique peuvent être parfois vécues comme des entraves contrariant l'immédiateté et la simplicité qui donnaient jadis, et donnent désormais ailleurs, en situation de pénurie, la mesure de l'excellence du médecin et faisaient le plaisir de la pratique médicale. Prendre des risques (en l'occurrence les faire prendre au malade) appartenait en effet à la culture de base à l'hôpital : « *Si j'avais vingt ans aujourd'hui je dirais « qu'est-ce que j'ai encore le droit de faire ? Et dans quelle mesure est-ce que j'ai le droit d'essayer de faire des inventions sans faire prendre le moindre risque à quelqu'un ? (...) Nous étions des artistes, des artisans-sorciers. Les instincts nous ont constamment gouvernés. Et on nous regardait avec admiration de partout »*(médecin-réanimateur)⁵³. L'argument était qu'on sauvait ou que du moins on l'avait espéré.

Les changements survenus dans les conditions d'exercice des praticiens – droits des patients, émergence de la notion de démocratie sanitaire, protocolisation des procédures, pouvoir grandissant de l'administration, et même parfois sophistication du matériel donc dépendance vis-à-vis de nouveaux experts, bref « *l'érosion de l'autonomie professionnelle des médecins* »⁵⁴ – ont peut-être induit en partie la désaffection des jeunes médecins pour des spécialités d'autre part exigeantes en disponibilité et en sacrifice personnel (chirurgie, anesthésie-réanimation, urgences). Les améliorations (de statut, de rémunération) suffiront-elles à enrayer le phénomène ? L'instauration toute récente des repos de sécurité après les gardes, si elle épargne la fatigue des individus (et si elle limite théoriquement les exigences des patrons vis-à-vis de leurs équipes), écorne les mérites qu'il y avait à se glorifier d'avoir tenu le coup quelquefois 72 heures de suite : j'ai récemment entendu dans un bloc opératoire des réflexions non équivoques à ce sujet. Toucher aux gardes c'est toucher à l'un des repères symboliques essentiels

⁵⁰ Gilbert Schlogel, *Les Princes du Sang*, Paris, Fayard, 1992 et Livre de Poche, 1994.

⁵¹ Françoise Bouchayer, « Les voies du réenchancement professionnel », in P. Aiach et D. Fassin (éds), *Les Métiers de la Santé. Enjeux de pouvoirs et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, 1994, 201-225.

⁵² *Regards sur Boucicaud*, déjà cité, p. 81.

⁵³ *Ibidem*, p. 80.

⁵⁴ Nicolas Dodier, *op.cit.*, 38-40.

des médecins, occasion d'épreuves héroïquement surmontées et de démonstration de résistance physique et nerveuse hors du commun. Le point est peut-être d'autant plus névralgique que les salles de garde, classiquement mal vues des administrations hospitalières, et où les chirurgiens ont occupé une place déterminante, pourraient peut-être bien décliner : quand elles ne sont pas supprimées à l'occasion des recompositions des espaces hospitaliers, elles sont amputées de leurs cuisines (raisonnement du genre « les internes n'ont qu'à manger au self comme tout le monde ») et elles perdent ainsi un élément majeur de leur efficacité symbolique : le partage ritualisé de la nourriture⁵⁵.

« Le front » n'est plus ce qu'il était. La démotivation de nos médecins pourrait-elle être comparée avec la crise des vocations religieuses dans l'Eglise de la deuxième moitié du XX^e siècle ? A quoi donc nos médecins ont-ils cessé de croire ? S'agit-il de la disparition des compensations symboliques jusqu'ici en usage ? N'est-ce pas se fourvoyer que de s'en tenir à la revendication financière récemment formulée, par exemple, par les chirurgiens (juillet 2004) ? Ne s'agit-il pas au moins autant de la perte des références identitaires qui faisaient le sel du métier, dans un moment de recomposition des pouvoirs au sein du système de santé ?

Les réflexions presque gourmandes ou envieuses entendues ici ou là chez les professionnels à propos de l'humanitaire incitent en tout cas à s'interroger sur les séductions que ce secteur très particulier pourrait désormais exercer sur certains médecins. On peut en effet se demander si aujourd'hui « l'humanitaire » ne représenterait pas aussi l'espoir d'échapper aux contraintes de plus en plus fortes que la société civile fait porter sur les métiers de santé, tout en fournissant l'occasion de retrouver l'aura de la profession. Plutôt que rester « à l'arrière » chez soi, choisir de se porter ailleurs sur « un front » retrouvé. Ailleurs : là où les besoins sont véritablement criants et les populations complètement démunies, ou encore, si l'on a le tempérament carrément guerrier ou un goût prononcé pour le sacrifice, sur les lieux d'affrontements armés. Ce serait à la fois se sentir efficace et éviter d'être confronté à l'encadrement grandissant de l'activité médico-infirmière par les prescriptions médico-légales, les droits des patients et l'alourdissement général des procédures bureaucratiques. Cela expliquerait que le Tiers Monde, loin de chez nous, soit décidément plus attrayant que le Quart Monde, encore trop proche.

L'humanitaire ne représenterait-il donc pas pour médecins et soignants une autre scène où rejouer une partie devenue difficile à l'hôpital, un autre théâtre où renouer avec une identité professionnelle qu'à tort ou à raison ils sentent menacée. En ce sens l'engagement dans « la médecine humanitaire », fruit d'une incontestable générosité, pourrait-il constituer un symptôme du malaise collectif de nos professions de santé ?

Mais alors dans quelles dispositions et avec quels espoirs les professionnels de la médecine humanitaire, surtout si celle-ci est entendue dans son sens restrictif d'une médecine pratiquée au milieu des conflits armés⁵⁶, partent-ils en guerre contre le malheur biologique, dans une logique de l'urgence et de l'action que nombre d'entre eux partagent en effet, doublement du coup, avec les militaires ? La question n'enlève rien aux mérites de ceux et celles qui, au risque de leur propre santé et parfois de leur vie, tentent envers et contre tout de remédier aux souffrances des populations atteintes par la famine, les épidémies et la maladie, les catastrophes climatiques et les conflits armés, et parfois par tout cela à la fois. Mais il y a des déterminants culturels – ici le dogmatisme de notre médecine technico-scientifique et l'image guerrière de la thérapeutique – auxquels il n'est pas toujours facile d'échapper, surtout dans des contextes socio-politiques complexes, sur fond de pénurie, au cœur du danger immédiat.

⁵⁵ Thèse d'Emmanuelle Godeau, déjà citée.

⁵⁶ Rony Brauman, article « Humanitaire », in D. Lecourt, *Dictionnaire de la Pensée Médicale*, déjà cité.