HOSTO ACTION 01

HOPITAL HIERARCHIE

LABO-CONTESTATION

n:5

5F

Sommaire page 91

AVIS !!

Ce dossier a pour but de **COMMENCER** à poser certains problèmes ; de façon maladroite et incomplète, sûrement, mais l'essentiel est de commencer, pour que nous puissions continuer ensemble, les lecteurs et nous.
(On ne demande pas mieux que d'entrer en relation avec toi, lecteur !)

Il a pour but, en même temps, de **donner la parole aux travailleurs hospitaliers de toutes les catégories et aux malades.** Pour rompre avec une habitude qui semblait irréversible, comme quoi, seuls les intellectuels sauraient parler des hôpitaux et de la santé. Non, çà nous concerne tous, nous parlerons tous !

Ce dossier a été rédigé trop vite, et par trop peu de gens. Hosto-Action regroupe bien à Lyon plus d'une centaine de travailleurs hospitaliers et malades ; 1/10ème seulement d'entre eux a contribué réellement à synthétiser les flashes épars, à rédiger les phrases de synthèse et a pris en charge la réalisation matérielle de la maquette de ce dossier. Ca demande du boulot tout çà : lecteur sois indulgent, et viens nous donner un coup de main pour le prochain numéro !

Enfin, ce dossier a coûté cher – et il se vend – au prix minimal qui nous permettra de payer l'imprimeur, si nous en diffusons beaucoup. On peut en laisser en dépôt dans des librairies ou ailleurs. Sinon toute la vente s'effectue de la main à la main. Que ceux qui désirent en diffuser autour d'eux nous écrivent.

Hosto - Action
Les Canuts - 19, rue Burdeau
LYON 1er

Dernière remarque : Nous n'avons pas inséré dans ce dossier les textes venant de travailleurs ou malades des hôpitaux **PSYCHIATRIQUES.** Parce que certains des problèmes s'y posent dans un contexte différent qui mérite des développements propres : par exemple, ce sont les malades qui, pour quelques ridicules centimes, effectuent le travail réservé au personnel de service dans les autres hôpitaux. Par ailleurs, certains expériences ont été réalisées dans certains hôpitaux psychiatriques, à l'étranger comme en France, afin de diminuer les rapports hiérarchiques aussi bien au sein de l'équipe soignante qu'entre soignants et soignés ; ces expériences mériteraient d'être présentées et critiquées, ainsi que des essais de "psychiatrie de secteur". Peut-être dans un prochain numéro de L. C. Hosto-Action, si nous recevons suffisamment de textes !

Ce dossier parle donc des hôpitaux les plus habituels, les plus nombreux, tels qu'ils sont actuellement, tels qu'ils ne devraient pas être demain ...

A lire et relire avant chaque chapitre, et chaque paragraphe de chaque chapitre !

QUELQUES JOURNEES A L'HOPITAL

Ce sera notre première approche du milieu hospitalier : quelques cas concrets, vécus ; ils ont été jugés significatifs par chaque catégorie de travailleurs, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas particulièrement scandaleux. **C'EST LA SITUATION HABITUELLE !**

Elle n'est pas exagérée. Elle est décrite avec le style de chacun (et les plus intellectuels professionnellement ne sont pas forcément les plus agréables à lire !).

Par une sorte de perception globale où tous les problèmes sont mêlés, nous allons commencer à découvrir la réalité de l'hôpital ...

un malade

— Chaque lecteur ayant sans doute été hospitalisé au moins une fois, il se remémore ici, avec le plus de détails possible, une journée à l'hôpital.

(P.S. — Si, ô lacune ! , tu n'as pas encore été hospitalisé, essaye de ne jamais l'être (*) : pour cela, demande à quelqu'un que tu connais de te raconter son expérience d'hospitalisé — et puis lis ce dossier !)

(*) Si un jour tu es quand même hospitalisé, note toutes tes impressions et envoie-les à Hosto-Action — Et si le groupe Hosto-Action n'existe plus (il est né tout seul et très vite, il peut mourir de même !), crées-en un avec des copains ! —

à la lingerie

"Hier matin, j'arrive au boulot, me pointe et ensuite me dirige vers ma chère brigade pleine de cafards. Me change, enfile mes bleus et ensuite me dirige vers la feuille où tous les noms sont inscrits. Je suis à la lingerie. Le boulot consiste à contrôler le linge sale qui arrive de tous les services. Les draps sales sont enveloppés dans un autre drap sale. Nous les déplions de ma nière à les contrôler. Dans ces fameux draps, on trouve de la merde, du sang, du pus, du mercurochrome ... enfin les pires saloperies que l'on peut trouver. Le travail fini, nous prenons les paquets, et les mettons dans une pièce en tas de dix. Dans cette pièce se trouve des rayons ultra-violets, mais la plupart du temps ils n'ont pas fonctionné pendant la nuit. Lorsqu'il pleut, nous faisons le travail dans cette fameuse pièce où se trouvent toutes sortes de microbes. Enfin, nous en prenons plein les poumons. Il faut bien que l'on se nourrisse !

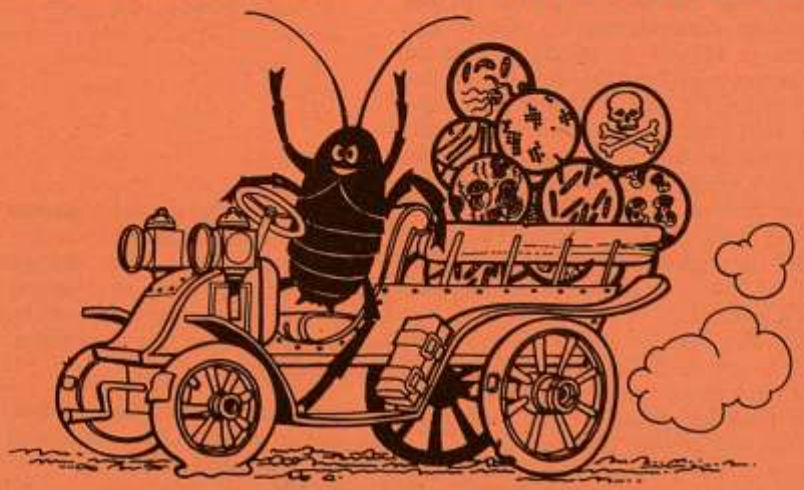
Le boulot fini, nous allons dans la pièce qui se trouve à côté, où se range le linge propre que l'on empile dans une camionnette pour faire la tournée dans chaque service. Tout ceci terminé, nous allons mendier du pain dans les services, afin de pouvoir manger. La nourriture n'est pas fameuse, car nous mangeons les restes de la veille. Ceux qui ne font pas attention ne se lavent pas les mains, et mangent : ce sont des salauds. Remarquez, je commence à me plaire car j'aime cette odeur qui me monte au nez, soit disant que cela porte bonheur, ce qui ne veut pas dire que je ne me lave pas les mains.

Maintenant je vais vous quitter car il est deux heures, et je rentre chez moi prendre une bonne douche afin de me décrasser. Les lingers n'ayant droit qu'à trois douches par semaine de 5 jours de travail.

Salut tout le monde !

CAMPAGNE ANTI-CAFARDS

LE CAFARD TRANSPORTE LES GERMES ET LES MICROBES



NE LAISSEZ TRAINER AUCUN DÉCHET ALIMENTAIRE, AUCUN PANSEMENT SOUILLÉ

LA GUÉRISON SERA PLUS RAPIDE

à la brigade

"Je suis garçon de brigade. Bon à rien, bon à tout faire, ayant de très nombreuses spécialités : balayeur, égouttier, plongeur, garçon de service, de dépôt, accompagnateur d'ambulance, bon à rien mal payé.

Aujourd'hui, j'arrive à la brigade puante et pleine de cafards. Dans le fond de la pièce décrépie il y a un trou avec une sorte de tôle communiquant aux égouts. "Tchack", tous les cafards sous la trappe.

Je consulte la fiche de route : je suis aujourd'hui en brigade, la planque entre deux boulots dégueulasses. La surveillance m'envoie à l'étuve pour faire les crachoirs. Mon boulot consiste à prendre une charette, remplir les bacs de petits crachoirs en carton vides et me voilà parti cahin-caha vers tous les services, donnant à mes petits malades crachoteurs les petites boîtes étudiées, mais en échange je prends les pleines, ça dégouline de partout. Le comble j'en ai plein les doigts et ne possède aucune protection (je n'ai pas de gants). Quant aux malades pulmonaires toussant et crachant, j'en prends plein la gueule (je n'ai pas de masque, c'est rebutant !) . De services en services je récolte de gentils bacilles de Kock et autres microbes. Une fois le tour des services terminé, je vais à l'étuve pour faire incinérer tout cela. Le four est un modèle ancien rénové brûleur à mazout qui marche quand il en a envie, mais quand il marche les retours de flamme et de fumée sont formidables (près de l'asphyxie). A côté de ça, il me faut brûler les poubelles à pansements qui ont fermenté 24 heures et ça pue et les microbes pullulent à leur aise.

Il faut dire que je suis à l'étuve pour remplacer le garçon attitré qui est en arrêt de travail, il s'est envoyé une poussée de fumée polluante dans les yeux, lesquels sont boursouflés, il ne voit presque plus rien.

3 heures ... j'ai terminé ma journée très éducative et je retourne à ma chère brigade puante.

"Oh ! brigadier, j'suis où demain ? "

– "Garçon en chirurgie".

Clopin-clopant, je vais demain pouvoir porter des microbes aux opérés car l'on change de bleus une fois par semaine. Le malade peut nous faire confiance, tout ceci étant très propre.

Maintenant je vous laisse, il faut que j'aille manger en cachette dans un service car depuis le petit déjeuner j'ai faim.

Salut !

une dame de service

7 heures – Faire les lits, avant de déjeuner. Ca sent parfois mauvais ! Certains malades ont des escarres aux ferres gros comme une main ! Il y a du pipi, du caca ...

Et il faut économiser les draps pour bien se faire voir : alors on roule la partie souillée sous le matelas, pour utiliser l'autre partie ... Ca ne fait pas partir les odeurs !

Si on ne fait pas comme çà, on se fait engueuler par les anciennes dames de service : "Faut pas prendre dans la réserve ! Faut économiser ! ".

Mais c'est pas ça le plus dégueulasse.

Après avoir déjeuné, une d'entre nous a le boulot dégueulasse : changer les urinoirs et les crachoirs : l'autre fait le ménage, c'est la cheftaine qui fait le plan de travail et nous le répartit.

Celle qui fait le ménage sert le repas de midi aux malades avec une infirmière si celle-ci veut bien venir au lieu de fumer une cigarette ou de discuter avec une copine.

Quand l'infirmière n'est pas "disponible", c'est nous qui servons tous les repas, y com pris les régimes ce qui est une responsabilité qu'on ne devrait jamais prendre : pour 700 F. par mois, on n'a pas envie en plus de prendre des responsabilités – et on voudrait bien que celles qui sont payées pour les infirmières, les prennent ces responsabilités ... elles nous font bien sentir à tous propos que c'est elles les responsables : il faut toujours leur demander ce qu'il faut faire !

Celle qui a fait le ménage sert le repas, et c'est la dame de service qui vient de faire les urinoirs qui fait manger les malades.

Tu obliges alors des gens à manger, alors qu'ils n'en ont pas envié, ou qu'ils vont mourir, tu les obliges à manger ou tu leur donnes des trucs qu'ils ne veulent pas.

Il arrive qu'à 11 h 1/2 on ait 25 repas à servir alors que le travail finit à midi. On a donc une 1/2 heure pour servir les 25 repas et débarrasser après.

Alors si on peut, on préfère partir 10 minutes plus tard, et prendre un peu du reste des gamelles des malades au lieu de les mettre à la poubelle, pour manger un peu. C'est normalement interdit : la cheftaine dit qu'il vaut mieux jeter, surtout si c'est une soeur (c'est elles les plus flic !) .

La plupart d'entre nous arrive ainsi à bouffer, en cachette, avec les malades, debout derrière la porte du placard.

L'après-midi

A 3 h 1/2, on se retape les lits.

Alors là, on fait comme on peut : on ne doit absolument pas changer les draps, "rouler la merde", c'est bien l'expression ! Par manque de taies d'oreiller, on met parfois des chemises, ce qui est très décoratif !

Puis à trois, on se fait un couloir (le lendemain un autre, etc ...). Alors là, il faut faire mousser au lave-pont avec du savon noir. Par économie, le typol est interdit (il est réservé à la vaiselle !). Nous, en cachette, on faisait quand même le couloir au typol !

De toute façon, on ne regarde jamais si c'est propre, l'essentiel est qu'on te voit boulonner, qu'on te voit frotter !

Quand il y a moins de boulot, surtout ne pas s'arrêter. Alors on nous fait faire des boulots cons, inutiles : par exemple, essuyer des chaises, toutes les chaises pendant toute un après-midi.

C'est ensuite la distribution des boissons. Là aussi restriction : les boissons n'arrivent pas tous les jours et des fois il en manquait.

Alors on était obligées de remplir des bouteilles d'Evian avec l'eau du robinet. Mais, comme ces bouteilles n'étaient pas cachetées, certains malades refusaient de les boire : "on paye 20 000 F. par jour ! "(*).

Interdit de donner plus de deux bouteilles par jour au malade : une le matin, une l'après-midi.

A 17 h 30, servir les repas. Mêmes problèmes et même cirque que pour les repas de midi

... pour partir à 18 h.

une autre femme de service

Je travaille dans un service de réanimation.

C'est donc au début que sont arrivés dans le service, ces deux gamins, à une semaine de différence. Le premier s'en tire vachement bien : il faut dire que sa chambre est réservée aux malades dont on est aux petits soins (important matériel installé dedans, proximité de la salle de soins, etc ...)

Comme par hasard les malades de cette chambre sont toujours des cas "intéressants" et ça a souvent un rapport avec le fric. Par exemple pour revenir aux 2 gosses, les parents du premier, ont une bonne situation : chaque fois qu'ils arrivent dans le service on se jette sur eux pour les couvrir de sourires, leur donner des nouvelles de leur fils : la cheftaine en personne se déplace pour aller voir les améliorations du petit malade : les externes fourmillent dans sa chambre.

Il faut dire aussi que les parents n'y sont pas allés par quatre chemins non plus : on a les moyens ou pas ... Ils ont dit "faites tout ce que vous pouvez, on paiera". Ca a du payer !

Bien sûr les parents de l'autre gosse ont dit "faites ce que vous pouvez". Ils ont pas dit : "on payera". Aussi : alors, y a juste quelques petites différences, mais on sent qu'il n'y a pas le même empressement. Les parents ne sont pas des ouvriers, alors ! Alors le gosse, il a pas la même chambre et puis il peut bien rester un peu dans sa merde, les infirmières n'ont pas le temps de le changer. Et puis, après tout, il est plus gravement atteint ; il a tellement peu de chances de s'en sortir ...

Ce matin, une infirmière envoie une stagiaire donner les médicaments aux malades. Le gamin de 5 ans devait recevoir 2 cuillerées de sirop Théralène. Résultat il a eu 2 cuillerées de goutte de Théralène, ce qui équivaut à 80 gouttes (la dose pour endormir un adulte est de 20 gouttes). Bon ! une erreur, ça arrive à n'importe qui, mais la conclusion c'est que ce n'est pas n'importe qui qui trinquera. Par exemple pour la stagiaire, elle ne doit pas donner les médicaments sans qu'une infirmière soit avec elle. Elle, elle obéit : résultat elle se fera engueuler, et peut-être même vider, mais maintenant aucune infirmière ne dira qu'elles l'ont envoyée donner les médicaments ...

Une camarade m'a raconté une histoire qui lui était arrivée dans un autre service. Elle avait eu un malade oranais qui, lorsqu'il allait partir, était venu remercier toutes les dames de service qui s'étaient occupées de lui. Il avait pris l'adresse du service et promis qu'une fois rentré chez lui, il leur enverrait un gros colis, de là-bas.

En effet, 3 semaines plus tard, elles virent toutes, un gros paquet timbré d'Oran déposé dans le bureau de la surveillance. Celle-ci appela les femmes de service et leur dit : "Ce malade untel a envoyé un petit colis aux infirmières et je crois qu'il reste quelques souvenirs dans le paquet, alors choisissez !". Oui ! il restait trois trucs que les infirmières avaient [illegible]s. Les filles ont répondu qu'elles laissaient ce reste aux infirmières.

Mardi : Les infirmières se révoltent : elles en ont vraiment marre d'être traitées "comme des chiens". Et par qui donc ? par l'"assistant et tous ces cons de toubibs", qui ne se prennent pas pour de la merde (ce sont leurs expressions) Oui ! c'est bien triste de n'être pas grand chose ! Les infirmières se rendent-elles compte qu'elles ont avec nous des rapports d'autorité et de mépris identiques à ceux des toubibs, et que si elles sont des chiens, nous on n'est que des "serpillières" ...

Les infirmières qui sont d'accord pour faire la grève viennent tout de même travailler à l'hôpital en disant "Il faut bien assurer les soins", ou "Les pauvres malades ils n'y sont pour rien", et pour parachever tout, elles ne pointent pas car elles veulent montrer bien sûr, qu'elles font grève. De ce fait, elles travaillent à l'oeil.

Des grèves comme celles-là les patrons en voudraient souvent ! !

Quand les infirmières font la relève, les unes entre les autres, elles n'aiment pas le faire en présence d'une femme de service parce que ce sont leurs mots : "il faut maintenir celles-ci dans l'ignorance"

une veilleuse de nuit

Je suis veilleuse de nuit depuis 1 an 1/2, après avoir obtenu un diplôme d'assistante hospitalière et avoir travaillé pendant 6 mois de jour.

J'ai la chance d'être remplacante dans un important service de médecine générale

— Cirrhoses ... délirium tremens,

— Tumeurs diverses,

— Maladies contagieuses,

— Vieillards attendant un placement, la mort parce que trop souvent ils embarrassent leurs familles, la société. A noter que l'hôpital où je me trouve est une concentration de gens (émigrés, vieillards ...) que l'on ne veut pas ailleurs.

Mais pour moi c'est l'inquiétude de tous les soirs en arrivant au travail. Vais-je être dans mon service habituel que je n'ai pas quitté depuis au moins 4 mois. Ce soir non : je suis en chirurgie générale, service que je n'ai pas fait depuis 1 an. Pendant que dans mon service il y aura une autre veilleuse diplômée comme moi mais qui ne le connaît pas forcément.

Ce n'est pas fait pour nous rendre de bonne humeur. Je ne connais aucun malade et à peine qui est avec moi. On va bien rire car cette personne n'a pas fait le service depuis environ 2 mois, et les malades eux restent au grand maximum 3 semaines à 1 mois.

Pour commencer il nous faut supporter la mauvaise humeur de l'infirmière et ses réflexions désobligeantes. (on la comprend quand on sait qu'elle doit prendre son bus et que pour les consignes nécessaires il lui faudrait au moins 1/4 d'heure). Il lui faut expliquer ce qu'ont les malades, les surveillances particulières, où se trouve le matériel, là on éclaire, là on éteint. On a l'impression de ne rien comprendre. Il faut sans cesse reprendre les habitudes des services.

Le tour des malades commence. Il faut sortir son petit papier avant d'entrer chez chaque personne. Que pourrait-on penser ? là aussi les réflexions ne font pas défaut :

— "Vous êtes nouvelles ?

— L'appareil de la voisine marche comme cela.

— Les veilleuses habituelles ne font pas comme cela.

— J'ai besoin de ceci, mais savez-vous où cela se trouve ? "

Très agréable, beaucoup de malades demandent des comprimés, des piqûres, ou des suppositoires pour dormir. Les malades sont anxieux., cela se comprend d'ailleurs très bien mais que pouvons-nous y faire les veilleuses remplacantes du service sont dans d'autres ...

Le tour terminé, après avoir bien repéré les numéros, nous passons le service au peigne fin ; là placard des comprimés, des injections, là placard du matériel, là les draps, etc ... Tout cela implique plus de bruit, de déplacement, les malades se demandent ce qui peut bien se passer.

Le travail proprement dit commence :

— surveillance : pouls, tension, pansement perfusions, transfusions etc ...

— soins divers à accomplir : lavages de vessie, aspirations de certains malades (mais que d'hésitation, d'appréhension chez le patient), changements de drains, de poches diverses, etc ...

Heureusement les derniers opérés datent de vendredi et nous sommes dimanche soir, les malades nécessitent un peu moins de soins et d'attention.

Tant bien que mal la nuit se passe mais lentement, lentement. Maintenant à l'office faut-il faire le beurre, chauffer le lait, le café doit-on faire la tisane pour le soir ? ... Ce matin il risque d'y avoir des grincements de dents.

Il est 6 h 30 l'infirmière de garde n'est toujours pas là. Enfin elle arrive, ne dit pas bonjour, pourquoi ménager les roulantes.

— "Ca s'est bien passé ?

— Oui, pas trop mal ...

— Vous n'avez qu'à partir ".

Que conclure, on se moque du personnel cela on le sait, c'est bien connu. Mais le plus grave c'est que les malades, l'administration elle s'en fout. Après tout ce n'est pas elle qui est malade ou elle ne s'en rend pas compte. Et puis quoi il y avait des veilleuses dans le service, nous fait notre métier (repression, pièges, renvois, etc ...) alors qu'elles fassent le leur ... Et demain je serais où ? ...

une infirmière

6 h 30 pointage obligatoire (à partir de 3 minutes de retard j'ai droit à une demi-heure de moins sur le total de mes heures du mois : la direction se manifeste ainsi ...)

Dans le service, le premier travail est la relève : l'infirmière prend connaissance de tout ce qui s'est passé pendant la nuit et du boulot qui se prépare pour le journée.

1°) Gestes mécaniques, quotidiens : températures, tensions astérielles, pulsations et diurèses pour chaque malade et bien sûr tout cela dans un minimum de temps d'où un premier contact avec le malade plus que réduit.

2°) Vient le tour des prises de sang : fait aussi en série même si le malade à ce moment veut parler, raconter sa mauvaise nuit ... "Ne bougez pas, la veine va claquer ! ". Prélèvements qui doivent être faits rapidement car la pharmacie après 9 h 30 ne fait plus les analyses pour le jour même.

3°) Réfections des lits : tout doit paraître propre, mais attention ! il faut utiliser le moins possible de drap.

Deuxième temps de la matinée : l'infirmière robot a ses soins en série ...

nursing (toilettes des malades, frictions, soins de bouche ...)

traitement c'est là où j'arrive dans une salle de 20 lits avec un plateau de 30 seringues pour piqûres intramusculaires, intraveineuses et en avant pour le travail à la chaine : "Tournez-vous S.V.P." "Serrez le poing" ...

Toujours dans la même salle, j'arriverai ensuite avec mon chariot rempli de ballons de sérums et le même cirque recommence.

Enfin ce sera le tour des pansements : c'est en fait le moment privilégié où l'on peut parler avec le malade, car un pansement demande un certain temps.

C'est ainsi dans ce deuxième temps de la matinée qu'arrive la stagiaire, on peut alors entrevoir la relation possible entre Infirmière-Stagiaire, vue l'intensité de travail fourni par cette première.

Par ailleurs dans cette "usine", où la stagiaire peut-elle trouver les "Besoins du malade"(*).

Aux environs de 11 heures, visite de "ces messieurs les médecins" (toute la suite du Patron, chefs de clinique, internes, externes ...) Visite où tout rappelle à l'infirmière qu'elle est inférieure et doit obéir à ces Messieurs : "traitements modifiés, voire même arrêtes ... pansements défaits "pour voir" "pour se rendre compte de l'état" alors qu'ils viennent d'être faits ... sérum changés ou supprimés alors qu'ils étaient prêts et posés ...

Puis stérilisation : alors que l'infirmière est censée s'occuper des malades, il lui faut laver, récurrer, sécher les seringues, les boîtes d'instruments, les pinces et ciseaux ... alors que du matériel à usage unique permettrait une meilleure disponibilité.

Tout cela nous porte aux environs de 13 h où l'on accorde à l'infirmière 20 minutes pour se restaurer dans un self-service. Puis c'est la relève avec la nouvelle équipe du soir et le travail de l'après-midi commence.

L'infirmière se retrouve en général seule à partir de 16 h (départ de la cheftaine). Elle a droit aussi dans la soirée à une visite de l'interne "Rien de grave ... ça va ? ".

En fait on retrouve un peu le même travail que le matin mais les problèmes de hiérarchie disparaissent ! ! pas de Patron, pas de cheftaine ... (on comprend).

Il reste en fait une infirmière avec quelques dames de service et merveille : l'infirmière et la dame de service mangent ensemble le soir : chose impensable à midi (même le self est règlementé à ce sujet !).

(*) "Les Besoins du malade" : formule employée à l'école pour résumer les différents points sur lesquels elles doivent porter leur attention : se nourrir, respirer, ... etc ...

une élève infirmière

1 — Une matinée de stage en dermato

8 h : arrivée dans le service.

– Je dis bonjour à tout le monde. Pas de réponse.

Je commence à faire les toilettes et les lits. L'infirmière qui fait les lits avec moi me répond du bout des lèvres et m'ignore royalement. Les contacts sont difficiles avec les dames de service, car celles-ci calquent leur attitude sur les infirmières.

– Nous faisons la série de lits en vitesse, car le malade, ici, n'est apparemment qu'un corps posé sur un lit et qui empêche de faire ce lit sans plis !

L'infirmière me dit de terminer seule car il est l'heure de déjeuner. Bien entendu je ne peux prétendre à cette pause.

Après avoir terminé, je me morfond seule dans la salle de soins en attendant qu'elles aient fini, car je ne dois prendre l'initiative de rien, bien que je sois en seconde année, donc capable de faire un minimum de gestes pratiques.

– Une infirmière arrive pour demander de porter les examens. Une autre me demande en même temps que telle épreuve sanguine soit terminée et aucun des deux ne veut changer d'avis. Finalement je descend les examens, avec un certain soulagement à l'idée de ne plus être là quelques instants.

Je remonte et c'est pour me faire passer une engueulade maison par l'infirmière qui ne voulait pas que je descende ; l'autre évidemment, ne se mouille pas, elle ne dit plus rien.

Je n'ai pas le droit de toucher aux comprimés.

J'ai tout juste quelques intramusculaires à faire.

Par contre les urines et les bassins sont mon lot !

– Les infirmières commencent les pansements ; je propose mon aide, pour m'entendre dire qu'on ne laisse pas faire çà aux stagiaires ! En désespoir de cause je vais consulter les dossiers : la cheftaine arrive et me dit qu'il est trop facile de rester assise pendant que les autres travaillent. D'ailleurs elle marquera par la suite dans mon rapport de stage "s'intéresse plus aux dossiers qu'aux malades".

On m'envoie donc faire un bain : la malade avait la galle !

– Toujours désoeuvrée je vais voir les malades, essayer de discuter, d'établir des contacts plus humains aussi bien pour eux que pour moi. Mais là encore je m'entends dire : "être infirmière ne consiste pas à faire de la psychologie ! "...

Ne croyons pas, à lire tout cela, que je me pose en pauvre martyre persécutée : non, aucune violence, aucune méchanceté. Tout est dit avec calme, gentillesse même. Il suffirait d'être un tout petit peu bête pour se laisser prendre au piège et se dire : "Oh ! dans le fond, ces infirmières, elles ne veulent que mon bien ; elles me donnent des conseils, elles veulent m'aider ..."

– Je suis stagiaire et en tant que telle mon statut est le suivant :

Je suis incapable :

de penser

de réfléchir

de prendre des initiatives

de me comporter en personne indépendante

de me montrer telle que je suis et non pas comme un petit modèle - standard - d'élève - infirmière - sortie - des - écoles.

Au bout de quelques jours, estimant qu'il était inutile de continuer ainsi, j'ai pris des infirmières à part et je leur ai dit qu'il était impossible de continuer de vivre une telle tension nerveuse chaque jour ; et que travailler avec elles était pour moi une véritable corvée. Et là j'ai eu l'explication de leur attitude : elles m'ont avoué qu'elles avaient toutes une peur bleue de la cheftaine, celle-ci étant très distante et peu gracieuse ; très imbues de la personne de la cheftaine, elles calquaient leurs attitudes sur elle, n'osant la contrarier.

2 — Comment vit une élève infirmière

Ce texte a été rédigé par des élèves infirmières après un travail collectif de plusieurs dizaines d'élèves-infirmièr(e)s de Lyon, de décembre à mars 1972.

Je me trouve ici (*) représenter mes camarades de toutes les écoles qui jusque là ont accepté de travailler dans ce groupe (Hosto-Action). Grâce à celui-ci pas mal d'entre nous ont pris conscience qu'elles étaient plus professionnelles en formation qu'étudiantes élèves-infirmières.

Au contact du malade on apprend beaucoup plus que par l'enseignement scolaire auquel pourtant les écoles donnent une place presque égale :

24 h. de travail hebdomadaire à l'hôpital.

16 h. de cours théoriques chaque semaine.

Les conditions d'entrée à l'école d'infirmières sont les suivantes :

- Un droit d'inscription de 80 F, et aucun engagement de notre part.
- Pour avoir une bourse de 250 F par mois, il faut s'engager à travailler 3 ans dans les hôpitaux publics.
- En promotion sociale (avec rémunération basée sur le salaire antérieur), ils doivent s'engager à travailler 5 ans dans les H.C.L. (Hospices Civils Lyon).
- A partir d'octobre 72, il y aura possibilité pour toute les élèves qui le désirent d'être considérées à l'entrée de l'école comme agent du personnel des H.C.L., avec un salaire de 900 F par mois (mais impossibilité de bénéficier du statut d'étudiant : carte de Restau U., Résidence U., Sécurité Sociale), et avec un engagement corrélatif de 5 ans de travail dans les H.C.L.

Sur Lyon, nous sommes 700 élèves infirmières ; 600 travaillent donc, actuellement au seul profit des H.C.L.

Il s'agit d'un travail réel : si nous n'étions pas là, on devrait embaucher à notre place

- des aides soignantes, et les payer pour faire : toilettes, analyses d'urine, changement des malades, injections, etc...
- des garçons de service pour faire les courses, porter les examens, conduire les malades à la radio ...

Nous fournissons 2.400 h. de travail gratuit par jour, soit 14.400 h./semaine, soit 9.156 F par jour = 54.936 F/semaine (tarif SMIG) de gain net pour les H.C.L.

En gros notre journée se compose ainsi :

Dans les bus : 1 heures (3 pour certaines)

En stage : 4 heures

En cours : 4 heures

Repas : 2 heures environ

soit 12 h. pour le sommeil, le travail personnel et la "vie personnelle" ! !

Cette "vie personnelle" est donc très réduite : un minimum de détente quand nous ne sommes pas trop abruties par le reste ! J Et nous n'avons pratiquement pas la possibilité de participer à des activités extrascolaires, qui aideraient bien pourtant notre équilibre personnel !

Les heures de stage sont la plupart du temps utilisées à faire ce que les autres ne veulent pas : compresses, tampons, courses à travers l'hôpital, rangement de matériel. Avant ou après, on effectue le travail propre à notre profession : soins, surveillence du malade ...

Pour clore la matinée, certaines d'entre nous doivent rejoindre le Restau. U. pour y faire la queue, car certains hôpitaux refusent de les restaurer. Cette mesure s'applique aux élèves extérieurs aux écoles des H.C.L.

L'après-midi, après un contrôle sérieux des présences, sous l'oeil vigilant de la monitrice, nous avalons 4 heures de cours.

(*) Ce texte a été préparé pour une rencontre qui a réuni, le 13 mars 1972, environ 80 travailleurs hospitaliers de toutes catégories et élèves infirmières.

– Nos dépenses mensuelles se répartissent ainsi :

Bouffe :	130,00 F
Bus tout réseau :	52,00 F
Chambre en Cité U. :	100,00 F

soit 282,00 F/mois pour 250 F de bourse ! !

N'ironisons pas sur ce qu'il "nous resterait" pour nos loisirs et nos frais personnels !

Nous avons pu nous réjouir de constater qu'un tract distribué dans les écoles d'infirmières et révélant la situation qui vient d'être décrite a suscité quelques réactions :

– Intervention de l'autorité pour faire quelques réflexions.

– Aménagement de certains petits détails.

Parmi nous, pas mal d'élèves de l'intérieur (c'est-à-dire ayant déjà effectué un travail soignant) sont assez déçus par le peu de formation pratique qu'on leur donne lors de leurs études.

Par ailleurs, dans le stage, pourquoi ne pas tenir compte de l'expérience hospitalière antérieure de certains ?

... et on se demande bien à quoi servent exactement nos études, puisque la plupart des infirmières qu'on a rencontré nous ont dit qu'elles avaient pratiquement tout appris sur le tas, à l'hôpital, et qu'elles ne commençaient à être à l'aise dans leur pratique professionnelle qu'après 2 ans au moins de pratique à l'hôpital ...

un externe

L'entrée dans un poste hospitalier en tant qu'externe a été une date dans ma vie d'étudiant : c'était l'avènement, après une formation théorique, du contact désiré et craint avec le malade.

La journée de l'externe

Elle est brève : théoriquement de 9 h à 12 h tous les matins.

Pendant ce temps, mon travail consiste à "prendre l'observation" des malades entrés la veille (déjà examinés, au moins sommairement, par l'Interne) et à recopier les examens de laboratoire. Bref, mon rôle est de tenir à jour les dossiers. C'est un travail de secrétaire auquel je suis tenu (gratter aussi les mots du patron pendant la visite et en consultation).

C'est dire que les horaires peuvent être assez souples, que je peux facilement arriver en retard ou partir plus tôt : on ne me reproche rien tant que les dossiers sont à jour.

Je sais simplement quel est le matin de la visite du patron, et que, faisant partie des figurants, je dois être ce jour-là à l'heure.

Ceci est l'activité - minime - pour laquelle je reçois une rémunération - également minime.

L'intérêt personnel que je peux trouver au stage est, à travers cette activité obligatoire, d'apprendre mon futur métier.

A l'hôpital, comme à la Faculté, je ne suis cependant pas considéré comme un travailleur, socialement adulte, mais comme "un étudiant". Cette situation d'"étudiant-secrétaire" conditionne mes relations dans le service.

C'est d'abord le malade qui me pose problème. Non pas sa personne, mais sa maladie, dont ke dois codifier les symptômes dans mon observation : interrogatoire et examen physique sont mes premiers apprentissages. La conclusion que j'en tire est un essai de diagnostic, ce qui me place d'emblée dans la catégorie des médecins.

Par le biais de cette observation, je joue le rôle d'accueil du malade dans le service, et de traducteur entre lui et le patron : **j'expose en termes consacrés les symptômes dont le malade parle avec son langage courant.**

D'autre part, je recherche une maladie correspondant à mon savoir, c'est-à-dire une maladie purement organique, d'un organe précis. Ce qui est psychiatrique ou problèmes sociaux n'entre pas dans mon travail, ou a de la peine à y trouver sa place. Un diagnostic organique difficime sera qualifié par le patron de "beau diagnostic" ; et j'en serai félicité. Un diagnostic psychiatrique, même juste, n'est pas un beau diagnostic.

D'autre part je ne rentre pas moi-même dans la relation, si ce n'est par l'intermédiaire d'un questionnaire stéréotypé : ma personne n'est pas concernée par la relation, celle du malade non plus. Mon travail est de faire un début de bilan de son organe malade, et surtout de me servir de lui pour apprendre quelque chose.

Les relations avec l'équipe :

Elles sont conditionnées par ma situation d'étudiant qui cherche à attraper par ci par là quelques brins de connaissances.

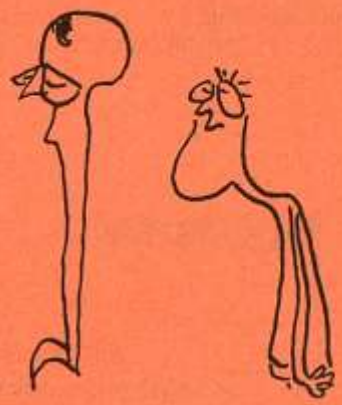
C'est donc surtout **avec le patron** (hautain, détenteur du savoir, dont on attend les exposés pendant la visite), le chef de clinique (déjà plus abordable) et enfin l'interne (dont la personnalité et l'ouverture sont essentielles pour moi), que j'aurai des contacts.

Je suis **avec les autres externes** dans une relation souvent d'émulation, parfois d'indifférence plus ou moins partagée. En fait, chacun de nous est un autodidacte à l'hôpital.

Les infirmières peuvent m'apprendre à faire des piqûres, des pansements, des sondages, mais je n'y suis pas obligé ; et c'est moi qui dois demander à apprendre d'elles. Elles le font alors sans difficulté, contentes d'apprendre quelque chose à quelqu'un qui, hiérarchiquement, leur est supérieur, quoique non investi encore d'un pouvoir précis. Les rapports avec les infirmières sont en général assez décontractés, mais la division du travail est nette : l'infirmière doit m'appeler dès qu'un examen ou un prélèvement banal doit être fait.

Par contre **le personnel de salle** s'efface devant moi et me semble assez "lointain". Il n'a rien à apprendre du point de vue médical d'une part, et d'autre part son travail m'apparaît comme un certain nombre de corvées nécessaires à la marche de l'hôpital, mais sans intérêt en elles-mêmes. C'est ainsi qu'il est rare qu'externes et femmes de salle parlent entre eux.

Ainsi je suis là pour apprendre à soigner, donc à devenir médecin : c'est le malade qui m:occupe et qui, à mes yeux, justifie la hiérarchie hospitalière et ses différents échelons. Je ne suis pas tenté de la remettre en question, d'une part parce que je n'y suis transitoirement, mais surtout parce que je suis déjà "du bon côté", et que je ne peux guère que monter dans cette hiérarchie...



Très peu d'internes et de médecins ont participé à l'ensemble des rencontres effectuées sur ces problèmes de santé, malgré les convocations. Ce fait en soi est à noter.

Ce qui angoisse l'interne arrivant dans un service est plus le jugement qu'auront de lui les infirmières, les externes et les médecins, que le devenir du malade. A la limite on pourrait dire : tant pis si le malade vient à mourir dans la mesure où nous n'avons pas fait d'erreur thérapeutique.

La position de l'interne est très confortable en soi.

Il termine ses études, vient de réussir un concours, est payé, commence à exercer sa profession. Mais il n'a jamais la responsabilité totale, le "patron" demeurant là pour le couvrir. Il apprend son métier comme il faut. Il est déjà dans la hiérarchie supérieure sans y appartenir vraiment et est donc, en règle générale, bien vécu par les infirmières d'une part et les médecins d'autre part. Qui plus est, s'Il est gauchisant par hasard, le confort de sa position est encore plus important, car les "gens de droite" lui excusent cette passade de jeunesse (après tout, c'est quand même un médecin !) et les "gens de gauche" le considèrent comme des leurs.

Dans le fond, l'interne qui conteste la hiérarchie ne le fait-il pas d'autant plus férocement qu'il la sait bien assise ? Veut-il véritablement sa suppression ?

une technicienne de laboratoire médical

Ce dossier n'abordera pas réellement les problèmes de la recherche médicale et des laboratoires médicaux (1).

Le texte suivant a été rédigé après plusieurs réunions et discussions entre techniciennes et laborantines de labos de recherche médicale.

Nous le publions dans ce dossier pour montrer que les problèmes qui se posent dans ces labos sont très proches, sinon identiques, de ceux qui se posent dans les hôpitaux.

Il sont aussi semblables à ceux qui se posent dans tous les labos de recherche (2) ; la seule différence est le chantage au malade ("les malades attendent, travailles ! "), qui est permanent dans les hôpitaux.

La description de cette journée pour paraître exagérée, voire caricaturale, n'est que le reflet fidèle du travail dans de nombreux laboratoires d'analyses médicales privés ou publics.

La journée de labo est terminée ; que j'en fasse en quelque sorte un bilan ? Allons-y.

Avant tout, j'ai travaillé au bon rythme : pas levé le nez de mon boulot. Le temps ne nous dure pas ainsi et voilà résolus d'avance tous les éventuels problèmes de relations entre nous, les techniciennes : on n'a pas le temps d'en avoir. Miaux vaut pas d'ambiance du tout qu'une ambiance plus ou moins bonne, pas vrai ?

D'ailleurs ça finit toujours mal quand on donne à un labo les moyens de s'instaurer une vie intérieure. Notre chef de service, très social, avait eu la bonté d'instituer des cours ; on aurait enfin à quoi penser, une fois rentrées chez nous.

Pour ce faire, il avait fait installer un tableau noir dans un labo du service.

Les laborantines avaient pris l'habitude en passant d'y dessiner qui une fleur, une portée de musique ou d'y inscrire des questions auxquelles d'autres répondaient, etc... Pas méchant, pas même "mal élevé", peut-être, mais quand même... Résultat : suppression du tableau et des cours. Et voilà ... Punies.

Revenons à notre journée de rendement. Ce temps qui file à toute vitesse ça a un autre avantage : celui de nous permettre de sauter à pieds joints sur les difficultés posées par la réalisation technique. Pas de fignolage. Ce qui compte n'est-ce pas le nombre de B, après tout ? (le B est la base de calcul du prix de revient d'une analyse médicale, dûment officialisé et remboursé par la Sécurité Sociale). Bien sûr, quelquefois des erreurs se glissent dans le résultat, mais quoi, l'erreur est humaine !

Ce qu'il nous aurait fallu, sans doute, ce sont des techniciennes supplémentaires, mais on nous a expliqué que ce n'était pas possible, compte tenu de tous les frais dûs au fonctionnement du service et à l'insuffisance, en contre-partie, des rentrées d'argent. D'ailleurs, vous n'ignorez pas qu'un employé coûte beaucoup plus que son salaire. On nous l'a bien expliqué tout cela. Et puis si on nous répond du côté administratif qu'on ne peut plus se permettre d'embaucher, c'est que sans doute il y a là les chiffres pour en témoigner. Mais, ça n'est pas notre affaire, n'est-ce pas ? Nous on est là pour faire le travail qu'on nous donne ! La gestion, ça ne nous regarde pas. Ce qu'il faut c'est arriver à les faire toutes ces analyses, et le plus rapidement possible, car les malades attendent. Oui, ce qu'il faut c'est tenir le coup en pensant aux malades. Il nous l'a dit, le patron.

Remarquez, le patron il est vraiment gentil. Aujourd'hui il a allégé mon programme de travail, ce qui fait que j'ai pu sortir à l'heure. "Partez vite mon petit, vous l'avez bien mérité." On l'apprécie, vous savez, quand ça n'arrive pas souvent.

Ah, il est humain, le patron. Il s'inquiète des menus qui vous sont servis à la cantine, de l'évolution de votre rhume, de la façon dont vous avez résolu votre problème trajet. S'il s'en fait pour nous, tout de même ! Après ça, vous n'allez pas avoir la mesquinerie de lui refuser une petite heure ou deux de travail en plus ?

Bien sûr, notre travail aurait plus de sens et plus d'intérêt s'il se trouvait moins coupé de son environnement. On n'a pas toujours la possibilité d'effectuer une analyse du début jusqu'à la fin et pour nous cette analyse ne s'inscrit dans aucun contexte, qu'il soit médical, scientifique ou humain. On n'a pas la possibilité de connaître le pourquoi de l'examen

---

(1) Sauf par une allusion au chapitre III, pour rappeler qu'ils dépendent de plus en plus des trusts pharmaceutiques.

(2) Un dossier sur les labos de recherche, dont la présentation ressemble à celle de ce dossier sur les hôpitaux, est encore disponible : c'est le nº 1 de Labo-Contestation, qui vient d'être retiré, et sera envoyé pour 2 F. (C.C.P. Clément 74-3934 - écrire à Labo-Contestation, B.P.24, 69-Sainte-Foy-Lès-Lyon).

effectué, le tableau clinique du malade, l'ensemble des examens pratiqués et leurs résultats, l'évolution de la maladie. Sans doute ne sommes-nous pas seules à y perdre (qualité dans l'interprétation des résultats, par exemple), mais l'essentiel est sauvegardé : le rendement.

Non, ce n'est pas parce qu'il ne nous est pas donné d'avoir une vue d'ensemble sur le travail qui est le nôtre [il y a les patrons, médecins ou pharmaciens, pour cela], ce n'est pas parce que les relations humaines avec le malade sont nulles que l'on doive de sentir lésées. Nous sommes choyées. Ne vous demande-t-il pas, le patron, comment ça va chaque fois qu'il vous rencontre ?

Oui, hier ça bardait. Faut pas lui en vouloir pour ça, au chef de service. Il faut comprendre, il a des soucis, le pauvre homme, alors l'humeur s'en ressent, naturellement. Tout le monde était dans ses petits souliers et longeait les murs. On avait intérêt à prendre sur soi, quels que soient ses ennuis personnels. On est une bonne laborantine ou on ne l'est pas !

Y a pas à dire, l'atmosphère de notre labo est agréable :

— si vous n'oubliez pas d'apporter son café après le repas au chef de service.

— si vous vous abstenez autant que possible de manifester votre bonne humeur, que ce soit en rires ou en chansons.

— si, de la même façon, vous vous abstenez de manifester votre perplexité, votre regret ou votre colère à constater qu'on ne vous reconnaît pas un jugement suffisant

● pour établir une commande de pipettes, de blouses, ou de papier hygiénique ...

● pour interpréter une réaction (que vous pouvez par ailleurs pratiquer depuis des années) face à votre chef de service (qui n'a jamais observé cette réaction ou presque, et qui ignore tout de la technique dans sa réalisation, mais qui a pour lui diplômes conséquents et pouvoir).

● pour participer utilement à l'organisation de votre laboratoire, organisation que vous allez voir se faire sans vous, jusqu'à l'organisation de votre travail même qui va vous être imposée.

— vous connaitrez au labo l'atmosphère agréable que j'évoque plus haut.

En effet il ne faudra jamais voir dans ce que vous vivez au laboratoire une atteinte à votre sens des responsabilités, à votre conscience professionnelle ou à la confiance dont vous penseriez pouvoir tout naturellement jouir en tant que personne s'estimant honnête, d'intelligence normale et de binne volonté. Un sentiment différent exprimé à votre chef de service lui mettrait en lumière votre mauvais caractère.

Il vous suffit donc de garder bien présent à l'esprit tout le respect que vous devez à votre chef, à savoir :

ne pas oublier de le saluer,

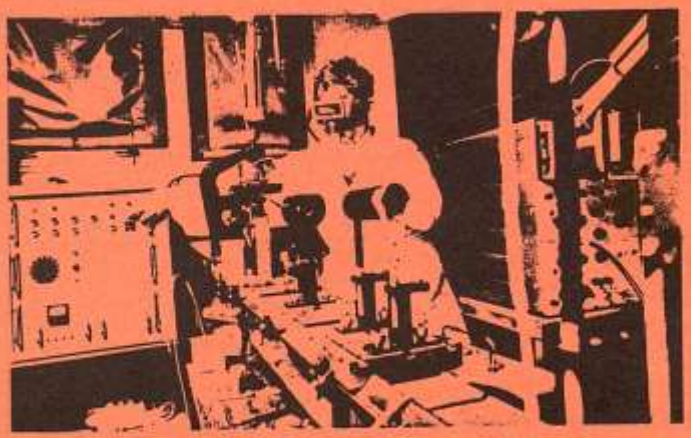
vous taire en sa présence, c'est-à-dire taire tout ce qui fait votre personne sur le plan professionnel comme humain,

renoncer à discuter, à faire valoir vos arguments,

l'écouter en manifestant approbation et admiration, surtout si ce chef est un homme.

En somme il s'agira pour vous de garder une attitude d'employée face au patron, d'enfant face au maître, de femme face à l'homme, bref de demeurer l'être immature (de nature et de fonction) face à l'être mature et susceptible de toutes les dignités.

Et bien, c'est comme ça que ça se passe dans notre labo, aussi notre patron il est content. Nous aussi d'ailleurs, car comment des employées pourraient-elles ne pas être contentes quand le patron il est content ?



« Ce sont les temples de l'avenir, de la richesse et du bien-être. C'est là que l'humanité grandit, se fortifie et devient meilleure. » PASTEUR.

Voilà comment Paris-Match présente les labos de recherche médicale n° spécial du 27-2-71

LES RELATIONS ENTRE LES GENS A L'HOPITAL

Ce sera notre deuxième approche du monde hospitalier. Ce sont encore **des personnes qui parlent d'elles-mêmes** de façon concrète, mais sous forme de petits flashes, regroupés, pour répondre à une question qui nous semble fondamentale : quelles sont les relations entre tous ceux qui vivent ensemble dans le même hôpital ?

Nous avons tout simplement classé les réponses en plusieurs chapitres, selon qu'elles viennent de malades, ou des diverses catégories de travailleurs hospitaliers.

Cette juxtaposition a l'avantage de faire ressortir les problèmes spécifiques aux uns et aux autres ; ils sont parfois soulignés de façon combattive, pour les élèves infirmières par exemple.

Mais l'idée force qui ressort de l'ensemble est le cloisonnement, matérialisé par le plan des restaurants de tel ou tel hôpital [cf. schémas p.26]. **Cloisonnement** entre les différentes catégories de travailleurs hospitaliers avec des **relations hiérarchiques** très précises d'une catégorie à l'autre, et remise en question de ces relations hiérarchiques par les malades comme par la plupart des travailleurs hospitaliers.

les malades

Le texte qui suit exprime l'expérience d'un malade au cours d'un séjour hospitalier, complété par des réflexions venant d'autres malades ... Les constatations faites ne sont donc absolument pas limitatives, et tout au contraire voudraient amener d'autres personnes à parler de leur expérience.

L'ARRIVEE A L'HOPITAL

En débarquant à l'hôpital le premier contact se fait avec l'administration. Ce premier contact se résume à se faire ficher et à recevoir un numéro mais impose toujours une longue attente. Et vous vous retrouvez, accompagné de votre petit numéro, à la recherche de votre pavillon...

J'arrive, où est l'infirmière chef ? Manque de chance, je ne suis tombé pour l'instant que sur des infirmières tout court, quant à l'infirmière chef, elle est toujours "par là", mais où ? Peut-être dans son bureau, mais là je suis prié d'attendre à la porte... Enfin la voilà, très préoccupée mais très au courant : "*Vous êtes là, nous vous attendions, on vous a réservé un lit, mais attendez je ne sais pas s'il est libre*"... Il ne devait pas être si libre que ça, puisque j'ai attendu de 9 h du matin à 4 h de l'après-midi !

Mais une fois le lit en question libéré, plus question de traîner... cette fois je suis vraiment "un malade", et à la disposition du personnel, en pyjama et au lit ...

RUPTURE AVEC LA VIE SOCIALE

Depuis mon admission à l'hôpital, je me sens totalement coupé du monde extérieur. **Tout ce dont je vivais auparavant** (responsabilités familiales, professionnelles) **m'est supprimé**. Et c'est dans cette unique chambre que je vais devoir vivre ... et avec quelles contraintes !

Le seul contact qui reste avec la vie extérieure est la visite des familles que l'on attend avec impatience ; elle permet un peu de combler le vide de cette vie de malade et de s'épancher auprès de personnes qui, enfin, vous écoutent.

Toute ma journée est programmée, prévue d'avance, je suis à la disposition de tout le monde... j'attends... je ne suis au courant de rien... et quand il y a des temps morts, chacun essaie de s'occuper dans son coin et rien n'est prévu pour que les malades puissent faire quoi que ce soit ensemble...

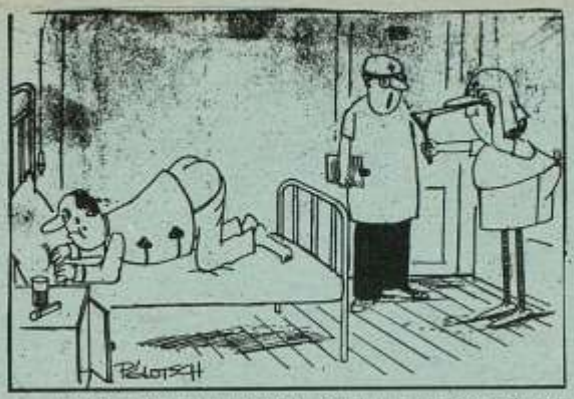
RELATIONS AVEC LES AUTRES MALADES

"La seule chose dont on arrive à parler entre nous c'est de notre maladie, alors ça tourne très vite en rond. Bien sûr, il reste parfois des relations positives : on se soutient le moral, on s'entraide, mais tout reste basé sur un **échange verbal** qui ne peut pas aller bien loin... Il serait très important pour nous de pouvoir **faire quelque chose ensemble**, de pouvoir travailler, d'avoir des salles de loisir... alors qu'on s'embête... et c'est incroyable, on a l'impression que tout est fait pour qu'on s'emmerde."

"Un malade donnait à manger à un autre qui ne pouvait pas le faire seul, il lui apportait à boire, ça soulageait bien les dames de service, mais un jour en allant chercher une bouteille à la cuisine, il s'est fait attraper par la cheftaine parce qu'il n'avait pas le droit d'y aller... alors ! ..."

"Actuellement, le seul endroit où je doive me trouver est mon lit ; si je me promène dans les couloirs c'est au risque de me faire rappeler à l'ordre... Alors il ne me reste plus qu'à **supporter la promiscuité*** de la chambre, et vivre continuellement sous les yeux de quelqu'un d'autre ou même de plusieurs personnes, sans pouvoir jamais y échapper..."

"Et quand on souffre déjà soi-même, il est encore plus pénible d'avoir à **supporter la souffrance** de quelqu'un qui souffre encore plus que vous".



— J'admets qu'il est contagieux, mais il y a sûrement d'autres moyens de lui donner son suppositoire !

RELATIONS AVEC LE PERSONNEL DE SERVICE

• "Mes premiers soins, mes premières occupations, je les ai eus avec la dame de service : toilette, ménage de la chambre, et bien, je peux affirmer qu'il n'y a bien qu'avec les dames de service que l'on peut **parler d'autre chose que de sa maladie**, peut-être est-ce parce qu'elles sont plus souvent que les autres auprès de nous..."

• "Mais surtout avec les femmes de service, vous pouvez dire ce que vous avez envie de dire, leur position n'est pas d'emblée supérieure, et c'est bien les seules qui vous laissent **faire autre chose qu'être malade**. Au moins, je peux leur rendre quelques services, les aider dans leur ménage... surtout qu'elles sont souvent surchargées..."

• "Et puis, je me rends bien compte qu'**elles aussi travaillent pour ma guérison** ; le fait de me passer la bassine à toute heure de la journée n'est-il pas tout aussi nécessaire que la piqûre de l'infirmière ? "

RELATIONS AVEC LES INFIRMIERES

• "C'est ma première piqûre, aucune relation avec l'infirmière, je suis **l'objet d'un soin** uniquement technique et aseptiquement fait..."

• "Et l'infirmière, où est-elle ? ...
Pourtant maintenant je sais que c'est la dame au bonnet blanc, par opposition à la femme de service qui a un bonnet bleu... Mais l'infirmière, je ne peux pas en parler... elle court toujours, oh oui, elle est très pressée, mais quand à se lancer dans des explications, avec elle, impossible... **j'ai l'impression qu'elle a toujours peur d'en dire trop...**"

• "A part son **petit rôle de surveillante**, ça je l'ai très bien senti : "Couchez-vous, ne trainez pas dans le couloir, il faut aller à la radio..." Je sais qu'elle est aux ordres du médecin, mais je me suis bien rendu compte qu'il n'y a pas toujours accord dans ce qu'ils veulent me faire et ce qu'ils me font..."

RELATIONS AVEC LES MEDECINS

"Je ne me rappelle que d'une chose, c'est d'avoir lutté pendant tout le temps que j'ai été à l'hôpital, pour **savoir ce qu'on me faisait**, pourquoi ça aujourd'hui, pourquoi pas le lendemain, dans quel but, et enfin pour **savoir ce que j'avais**... En fait qu'ai-je trouvé ?

* [Un malade qui ne peut se déplacer fera ses besoins sur une chaise percée, sans paravent, ou sur la bassine, et ceci dans un dortoir comme dans une chambre à quatre, toilettes, examens du malade se font dans la chambre.]

★ "Je suis passé de main en main, et j'admire leur collaboration ! ... Chacun reprend exactement son examen personnel pour lui tout seul, tant pis si le précédent m'avait déjà infligé les mêmes choses... Allongez-vous, décontractez-vous...! ".
"Et quand tu changes de services, ça recommence, ça repart à zéro..."
"Seuls ont droit à quelques faveurs les malades privés du patron, qui ont une chambre particulière et échappent aux examens successifs."

★ Il suffit d'imaginer la visite du patron dans le service, pour se rendre compte du fait que le **malade n'est qu'un objet... Et le spectacle peut commencer...** la troupe s'avance claquant des talons... patron, chef de clinique, médecins, internes, externes... quoi... vingt personnes... laissez-les faire, surtout n'interrompez pas, et répondez quand on vous interroge... Et le patron se met à discourir, pas pour moi puisque je n'y comprends rien, il utilise de tels termes... et les autres écoutent du moins ceux du premier rang, ceux du fond se parlent entre eux ou chahutent... ça y est... on passe au suivant, sans qu'on m'ait donné l'occasion d'ouvrir la bouche...

★ Tiens, celui-là fait un effort, il m'explique... mais j'y comprends rien... et c'est toujours à moi de me hisser au niveau du langage médical qu'on me balance à titre d'explication pour comprendre quelque chose...
Et même quand il n'emploie pas de termes médicaux, il m'impose son langage d'homme cultivé, et encore à moi de le suivre...
Je le prends comme cela parce que c'est loin maintenant, mais sur le moment, ce n'est pas drôle... on est angoissé par notre maladie et c'est encore **à nous de poser des questions alors qu'on redoute d'exprimer notre angoisse et qu'on a peur de la réponse..**

"A côté de moi, une italienne mère de famille très inquiète est persuadée d'avoir un cancer, or il s'avère que j'ai subi les mêmes interventions à peu près ; je sais ce que j'ai, je la rassure et lui dit d'interroger le médecin, ce qu'elle n'a jamais osé faire... A la visite suivante elle questionne le médecin, il lui répond avec des sourires, la rassure, mais ne lui dit pas clairement ce qu'elle a... Elle insiste, alors finalement l'interne va chercher le dossier, le lui met sous le nez et lui explique clairement qu'elle n'a rien de ce qu'elle peut imaginer..."

★ Dans ces conditions, comment voulez-vous que je participe à ma guérison, **je ne peux que subir.**
"Un jour on me dit de prendre 3 comprimés, réticence de ma part : quels en sont les effets ? Personne ne répond clairement à ma question, de guerre lasse je me résouds à les prendre, sans savoir..."
"Et quand on apprend par hasard que le traitement ou les examens sont faits pour la recherche... on pourrait au moins être averti et avoir le droit d'accepter ou de refuser, alors qu'on nous embarque comme ça ! ..."

LA SORTIE DE L'HOPITAL

● "Enfin j'ai l'autorisation de partir, enfin ! J'ai de la chance on m'a prévenu quelques jours avant, parce qu'il arrive souvent qu'on vous demande de partir le lendemain ou quelques heures après, parce qu'il faut le lit tout de suite... et on n'a même pas le temps de prévenir sa famille..."

● "Et puis, rentré chez moi, j'ai vite oublié, ce que s'empressent de faire tous les malades, mais avec une idée bien ancrée et je suis sûr que je ne suis pas le seul :

"JE NE VEUX PAS RETOURNER A L'HOPITAL"

"En fait j'y allais pour ME soigner, et l'impression globale qui m'en reste, c'est qu'ON M'A soigné sans choix de ma part, sans ma participation sinon mon acceptation passive. ★

Le personnel de service

C'est le personnel qui est au bas de l'échelle hiérarchique. Il fait ce que les autres lui demandent de faire, ce que les autres ne veulent pas faire.

Il en résulte que son travail est perçu par les autres, donc aussi par lui, comme méprisable. **Il est et se sent méprisé.**

Les flashes qui suivent, rédigés par des gars de brigade et par des dames de service, le montrent de 1 000 façons.

Pourtant, comment imaginer un hôpital sans qu'il y ait d'urinoirs à vider, de lit à faire, de repas à donner, de linge à laver, etc... ?

Et si ces tâches sont nécessaires, pourquoi sont-elles méprisées ? La seule lecture de ces textes nous montrera que ces tâches sont actuellement accomplies par des personnes qui revendiquent une certaine dignité humaine, et qui refusent d'être traitées comme "objets qui obéissent".

La deuxième revendication qui vient immédiatement à l'esprit en lisant ces textes : pourquoi ce personnel n'exécute-t-il **que** ces tâches ? La plupart d'entre eux voudraient faire bien plus, avoir des informations sur les malades, et acquérir progressivement la compétence d'une infirmière (au moins) : ils s'en sentent fort capables et le sont certainement ! Dans le chapitre 3, nous développerons cette revendication, où les tâches actuellement assurées par le personnel de service seraient plus équitablement réparties à tout le personnel hospitalier.

N.B. Les flashes qui suivent ne soulèvent, et de façon trop rapide, que quelques uns des problèmes du personnel de service.
De nombreux thèmes, qui revenaient très souvent dans les réunions, n'apparaissent pas ici : par exemple "la valse du petit personnel" (son insécurité d'emploi), leurs statuts scandaleux ou leur absence de statuts, etc...
Ces thèmes sont pourtant fondamentaux, et leur absence dans ce dossier trahit simplement la précipitation (volontaire) avec laquelle nous l'avons rédigé :
Il ne s'est jamais agit de faire un dossier définitif et complet, mais bien au contraire, de commencer à poser les problèmes, de façon incomplète et maladroite, sûrement , mais l'essentiel est de commencer !

1 – ENTRE EUX

Ils sont subdivisés en une impressionnante variété de catégories, dont les 2 journées de travail du chapitre précédent ne présentent que 2 échantillons.

La diversité de leurs fonctions s'accompagne aussi de relations hiérarchiques, déjà entre eux. Brimades à l'égard des jeunes, des noirs et "arabes", de ceux qui ne préparent pas de diplômes.

– ANCIENS ET JEUNES

A la brigade

"T'as l'ancien, qui est bête comme un cochon (sinon il ne serait pas ancien).

Il t'explique qu'on est mal, qu'on est mal payé, que c'est dégueulasse, mais qu'on est pénard parce qu'on peut se débrouiller pour ne pas faire grand chose.

Après, si tu te plies pas à la discipline, les anciens mouchardent.

Ils te font faire les boulots les plus dégueulasses, et c'est eux qui se plaignent. C'est la mesquinerie perpétuelle."

"Par exemple ce vieux porc de R., le plus ancien de la brigade, il reçoit le coup de téléphone et te dit : "Va vite changer la rampe d'oxygène, c'est urgent". Tu lui demandes : "Tu viens me donner un coup de main ?". "Non, j'suis le chef ; et puis si tu y vas pas, je moucharde à la surveillance."

Et c'est toi qui te tapes le boulot pendant que lui va se planquer. Et tu te rends compte que, dans la brigade, c'est toujours les mêmes qui font le boulot ! ".

Chez les dames de service

"Les anciennes se prennent pour Dieu le pape. C'est elles qui supervisent ton travail, qui te disent que tu as mal balayé. Le lendemain un te dit : "Mlle, vous avez mal nettoyé les w.c.". Elle est allée chercher derrière le tuyau qui est derrière les w.c. (même si ça n'a pas été nettoyé depuis dix ans à cet endroit !). "Si vous ne le refaites pas, je vais le dire à la chef". En un mot, elles sont flics ! ".

"Des fois j'en chialais de voir tout ce travail à faire toute seule, sans aide. "Vous me faites toutes chier, vous êtes toutes cons ! J'en ai marre ! " Et personne ne m'écoutait. La chef s'amenait et disait : "Alors une telle, c'est encore vous qui faites du bruit ? " Elle te voyait chialer, et s'en foutait".

"Une nouvelle qui arrive prend tout le sale boulot, souvent les horaires les plus dégueulasses, et les urinoirs".

– RACISME

"Une femme de service est réunionnaise. Et en plus elle a un gosse sans être mariée : quelle histoire ! Elle se fait matraquer par les anciennes dames de service, surtout par derrière ! ".

"Mais c'est surtout les femmes de service algériennes qui sont les plus maltraitées. Elles sont regardées de travers, elles ont le sale boulot, etc...".

"Par exemple un garçon de salle est algérien, alors on est très mal vues si on parle avec lui. Pourtant il est très gentil, il me fait même ma vaisselle parfois, et pas pour me draguer ; le premier coup il a bien essayé, mais il a vus que ça marche pas, mais il est encore gentil ; il se plait avec nous, alors il vient souvent".

15

– PRESTIGE DES FUTURS DIPLOMES

L'attitude différente des infirmières envers le personnel de service, selon qu'ils préparent ou non des diplômes, a des répercussions :

"La femme de service qui ne suit pas de cours d'aide soignante est mal considérée, comme une balayeuse. Tandis que les infirmières discutent volontiers avec celles qui suivent des cours, deviennent copines avec elles, les voient le dimanche, etc... Avec nous, il n'en est pas question ! Et pourtant on en sait autant qu'une aide soignante, elles apprennent à faire des lits, à faire des piqûres, etc... et tout ça, on sait faire nous aussi ! ".

2 – RELATIONS ENTRE PERSONNEL DE SERVICE ET MALADES

Tout est fait pour que ces relations soient réduites au minimum. Elles ne devraient même pas exister pour les garrs de la brigade. Quant aux dames de service, elles n'ont guère le temps ; ou alors une infirmière vient s'interposer entre elle et le malade !

"Les infirmières t'interdisent souvent les relations avec les malades. Par exemple un malade était de mon pays, je suis allée vers lui. "Ah, c'est la petite qui vient du Jura ! " et on voyait que c'était important pour lui de parler à quelqu'un qu'il connaissait.

Mais là-dessus l'infirmière, qui voit sa personne avant de voir le malade, se ramène : "Monsieur, vous me connaissez bien, c'est moi qui vous ai soigné, etc..." Elle m'ignorait complètement, et elle voulait s'accaparer le malade, sûrement par jalousie".

Malgré cela, les relations sont nombreuses entre malades et personnel de service, pouvant devenir plus ou moins amicales, plus ou moins conflictuelles.

"Il y a parfois amitié entre un malade et une femme de service. Par exemple chez les femmes, on me disait : "Tu ressembles à ma petite fille ! " . Mais ça peut être aussi un biais du malade pour en avoir plus. Il te demande alors de retaper son oreiller toutes les 10 minutes, de s'occuper de lui en particulier, alors qu'à l'hôpital on ne peut pas, on n'a pas le temps".

"Il y a un malade qui était désolé de faire au lit. Alors là, ça te fait rien de le faire : quand un malade est un peu humain et te considère pas comme la bonne à tout faire..."

"Des fois, c'est les malades que tu as contre toi. Par exemple un diabétique te demande de la limonade, alors que ça lui est interdit parce qu'il est diabétique. Mais il ne comprend rien à sa maladie. Et il s'en prend à nous ! "

Comprendre la maladie ! *Le personnel de service a encore moins d'informations que le malade, et c'est pourtant lui que le malade interroge le plus volontiers, parce qu'il le sent proche.*

Et ils aimeraient bien comprendre, ne serait-ce que pour faire leur boulot correctement !

"Pour manipuler les gens anesthésiés après une opération, nous ne savons pas quoi faire, parce que personne ne nous l'a jamais dit. Et pourtant, ça nous arrive souvent d'en manipuler ! "

"Avec les malades tétra ou paraplégiques (1), on ne sait jamais ce qu'ils ont. Il faut tout deviner, s'ils sont sensibles ou pas, et où ; comment il faut les prendre. Alors souvent, les malades ils jouissent ! "

"Dans un service, un malade a une trachéo (2). Il est très complexé par ça, de devoir parler en bouchant sa trachéo. Moi j'essayais de discuter avec lui, mais je ne savais pas ce qu'il avait. Lui non plus d'ailleurs. Je le regardais fixement par moment et lui avait peur qu'on se moque de lui".

3 – RELATIONS ENTRE PERSONNEL DE SERVICE ET INFIRMIERES

"Elles nous prennent pour leurs valets"

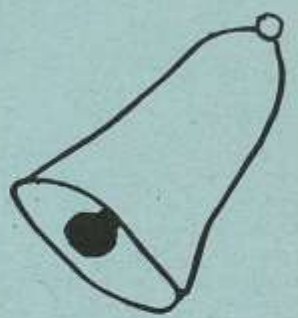
Les infirmières sont les chefs directs d'une partie du personnel de service, en particulier des dames de service (*) : elles ordonnent et surveillent tout leur travail ; c'est donc contre elles que sont formulées les principales récriminations des dames de service.

- "Les infirmières nous font vachement chier pour la propreté du service. Et puis elles arrivent dans la chambre qui est encore mouillée avec leur chariot ! "

- *"C'est marrant d'avoir des filles de ton âge au-dessus de toi. Mais on ne mélange pas les torchons (nous) avec les serviettes (elles). De toute la journée, on n'a que des rapports de chefs à subalternes. Elles nous prennent pour leurs valets ! Pour les sonnettes (des malades), c'est moi qui dois y aller, pas elles, et je dois ensuite leur courir après !*

Par contre, quand elles sont avec le malade, s'il demande un bassin, elle ne veulent surtout pas le lui donner, et elles t'appellent rien que pour ça ! Et si, par le plus grand des hasards (c'est un événement !), une infirmière extraordinairement complaisante a enlevé un bassin de sous un malade, ou elle le laisse sous le lit sans prévenir personne (et il contient de la merde ! et tu le vois justement qaund tu apportes la bouffe...), ou elle va jusqu'à le mettre dans la vidange, mais sans le vider, ça serait trop fatiguant ! Elle le pose à côté, alors que c'est rien à faire, de le vider !

- "Elles procèdent par étiquettes ; elles ne veulent jamais le dire en face ! Par exemple elles affichent, sur une étiquette : "Les femmes de service sont priées de répondre aux sonnettes" !



(1) Paraplégique : personne dont la moitié inférieure du corps est paralysée.
Tétraplégique : personnes dont les quatre membres sont paralysés.
(note rédigée par les intellectuels médicaux d'Hosto-Action !)

(2) autre note rédigée par les mêmes (cf (1)) :
Le tube de trachéotomie s'ouvre à l'extérieur du corps, juste au-dessous de la pomme d'Adam ; et pour parler, le malade doit le boucher, pour que l'air passe entre ses cordes vocales et non dans le tube.

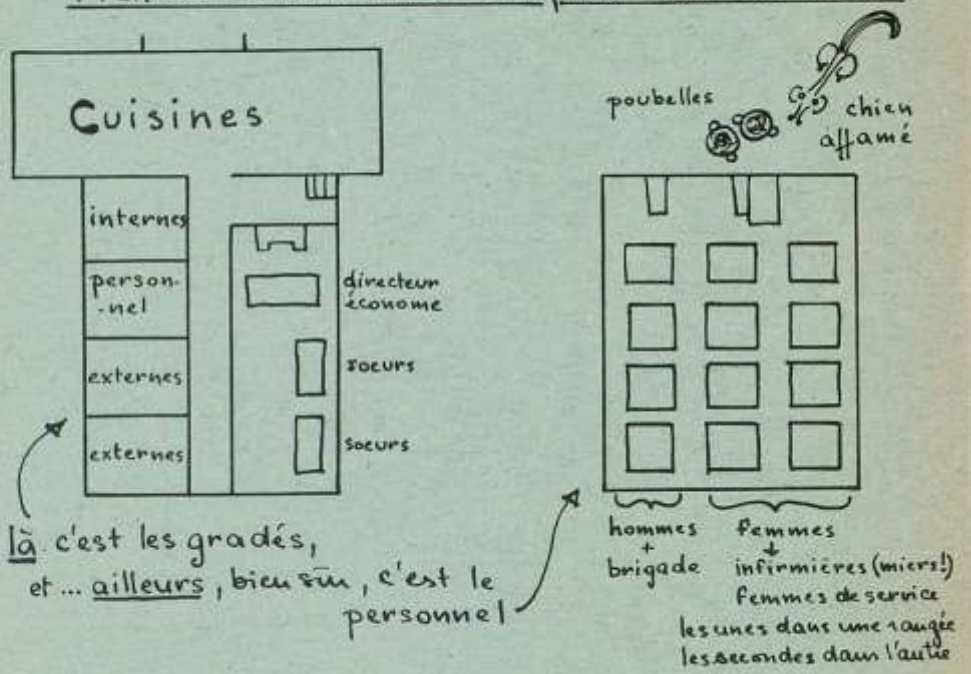
(*) Ceux de la brigade n'ont théoriquement aucun rapport direct avec elles. Ils sont juste un peu amers de voir que c'est surtout pour les internes et externes qu'elles "tortillent des miches"...

Donc rapports tendus, climat tendu... et tous les privilèges des infirmières sont violemment pris à partie ! Voici quelques exemples, entre 1 000...

"Les infirmières et la cheftaine mangent souvent la nourriture des malades : jambon, fromage, yaourts, steaks, plaquettes de beurre, etc... (nous aussi, mais de façon moins exagérée, parce qu'on sait ce que mangent les malades). Puis elles marquent sur des étiquettes : "interdit de toucher au jambon, les tranches ont été comptées juste, etc..."

"Les infirmières peuvent s'arranger entre elles et se remplacer. Nous jamais : c'est la cheftaine qui interdit ces changements pour nous".

Plan du restaurant de l'hôpital Jules Courmont



A l'hôpital de la Croix Rousse c'est bien la même chose : le personnel administratif a son réfectoire ; à côté, le personnel médical a son réfectoire ; et à l'étage au dessus, le personnel de service a son réfectoire...

" On ne mélange pas les torchons avec les serviet-
-tes " ... voyons !!!

A l'hôpital Cardiologique c'est un peu différent, tout le monde mange dans la même salle (c'est un self-service) mais qu'une dame de service essaie de se mettre à la même table que des infirmières, ou que des externes, elle comprendra vite qu'elle aurait mieux fait de se mettre ailleurs !..

"On voit souvent des mourants qui finiront leur vie tout seuls, dans leur chambre, sans personne à côté ; les infirmières les gavent de tranquilisants.

Je voulais bien aller les voir mais, devant m'occuper de 25 malades, je n'avais pas du tout le temps !

Alors que c'est le travail des infirmières, au lieu de fumer une cigarette ou de jaser pendant 2 heures !

Et si quelqu'un demande un renseignement sur un malade quand elles sont en train de jaser, elles prennent soudain l'air sérieux, professionnel : "Oui, il va très bien, on s'occupe bien de lui, etc...", alors qu'elles sont en train de jaser dans leur coin, et que les malades sont laissés tout seuls".

Alors que ce type de discours est plus que fréquent à l'égard des infirmières, les dames de service sont plus nuancées pour les élèves infirmières.

"On est bien secondées par les élèves infirmières, elles s'occupent des grands malades, et on a alors le champ libre pour les autres malades.

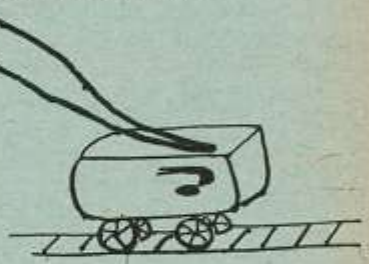
Et les infirmières ne les aident pas, jamais : elles ne font que les piqûres ou d'autres boulots de ce type, que les aides soignantes auraient d'ailleurs bien aimé faire, parce que c'est leur programme.

Les élèves infirmières font un boulot souvent pire qué nous, et sans être payées ! Et en plus, elles ont la responsabilité sur le malade ; et aussi elles doivent rendre compte de leur boulot aux infirmières au-dessus d'elles".

"Doucement, on n'est pas des petites machines à obéir ! "

"Quand une infirmière nous donne des ordres, on en fait ce qu'on veut ! On n'accepte pas ces ordres. On le fait quand même, de toutes façons, mais pas comme elles le voudraient, "illico presto". On n'est pas des petites machines à obéir. On fait exprès de traîner : **Pas plus vite que la musique** ! "

"Ca m'est arrivé de réagir, et de refuser que qui que ce soit passe avant que le carrelage soit sec! "



Ce que ces réactions de mauvaise humeur signifient ? Sans doute que les dames de service refusent d'être méprisées, elles et leur travail.

De plus, plusieurs d'entre elles se sentent tout à fait capables de faire ce que font ces infirmières qui les commandent.

"J'ai suivi des études d'infirmière, mais je suis tombée gravement malade, pour plusieurs mois, au moment de l'examen. C'était l'an dernier. Je me retrouve donc femme de service. Et je ne supporte pas leurs airs supérieurs et méprisants, leurs ordres perpétuels, leur mesquinerie... Pour qui se prennent-elles ? **Est-on si différentes qu'elles le voudraient ? "**

"J'ai eu un contact sympa avec une infirmière ancienne femme de service. Elle m'a avoué que, à l'époque, elle était arrivée au concours d'infirmière sans avoir fait une seule piqûre ! C'est après qu'elle a appris, et elle le fait sans problèmes à présent

De la même façon, une femme de service peut faire un jour ou l'autre une piqûre sans en avoir fait avant. Ce qui montre bien que c'est à tort qu'on te met dans la tête que tu es, soit disant, incapable de faire une piqûre".

4 – RELATIONS ENTRE PERSONNEL DE SERVICE ET MEDECINS, INTERNES, EXTERNES...

– Les garçons de la brigade

"Avec eux ? (éclat de rire) Aucune relation ! "

"Si, il y en a un qui m'a fait attendre 20 minutes à côté d'une ambulance, avec le malade debout, sans chaise pour s'asseoir... parce qu'il lui manquait une lettre je crois..."

— Les dames de service

"Aucune relation avec eux. Tu n'as pas l'impression d'exister pour eux. Sauf peut-être certains assistants du professeur, qui te disent bonjour et s'effacent pour te laisser le passage ; mais pas plus ; juste pour montrer que lui est bien éduqué".

"La plupart du temps, c'est l'ignorance totale".

"L'interne, lui, même et surtout les jeunes, ne dit jamais bonjour. Il ne te voit même pas. Par contre, il plaisante avec les infirmières, du moins avec celles qui sont jolies ! Ce qui ne les empêche pas de leur donner ensuite des ordres de façon méprisante... Nous, on se sent au moins à l'abri de ce genre de réflexion, puisqu'ils ne nous donnent jamais d'ordre directement ! "

Et pourtant le personnel de service, surtout les jeunes, aimerait avoir des relations avec eux, ne serait-ce que pour avoir des informations sur les malades (cf paragraphe précédent : personnel de service – malades).

"Les externes et les toubibs se trimballent avec les dossiers des malades, on ne peut jamais les lire ! Et quand ils parlent, ils utilisent des mots à rallonge qu'on ne comprend pas mieux que les malades... Pourtant, on voudrait bien ! "

"Par exemple, une dame de service a fait une bêtise l'autre jour, devant un malade qui allait mourir du cancer. Elle le savait, mais n'y comprend rien. Et en rentrant dans sa chambre, elle dit : "ça pue le cancer ici ! " Paraît que c'était pas à dire devant le malade ! Mais si on était au courant, on connaîtrait plus de choses, et on ne ferait pas des gaffes de ce type ! "

5 – RELATIONS PERSONNEL DE SERVICE – ADMINISTRATION

Dépendance abusive du personnel de service, qui se manifeste dans les actes les plus quotidiens, et dans tous les problèmes relatifs à la carrière et au statut de ce personnel.

Les économies sont imposées par l'administration :

cf typol, boisson, nourriture, etc... dans la journée d'une dame de service, au chapitre précédent. De même :

"Dans les services d'hôpitaux, une prime est accordée au service qui a le moins dépensé.
Et s'ils dépensent trop, il peut arriver que l'infirmière n'ait plus la signature pour les commandes".

La carrière et l'administration :

"Je (un garçon de salle) sui allé à une visite à la médecine du travail, où j'ai rencontré une femme de service qui essayait de se faire titulariser pour la troisième fois. Or les médecins n'acceptent de la titulariser que si son directeur lui donne un poste calme, parce qu'elle a "un mal aux reins permanent qui lui interdit les efforts physiques violents".

Son directeur, quant à lui, refuse... Pour quelle raison ? Elle a dit au médecin du travail qu'elle n'était pas de celles qui se faisaient pelotter les miches par le directeur... Donc elle ne peut être titularisée..."

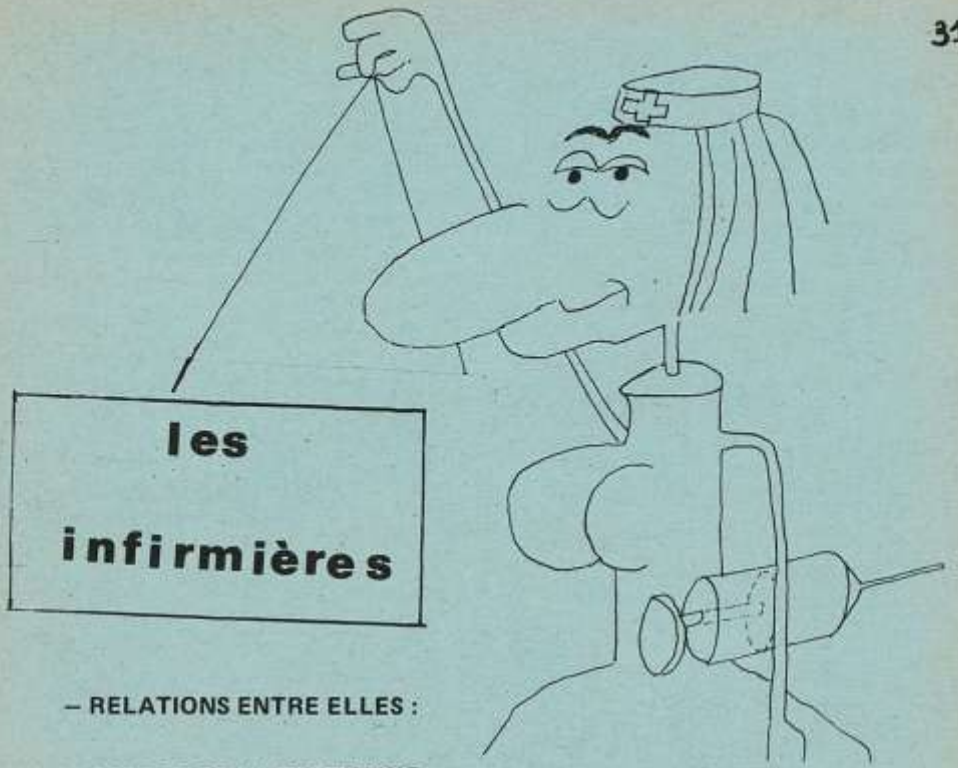
Le problème des réunionnais

Ils viennent en France pour recevoir une formation, et finalement son agents de service. Même s'ils ont déjà une formation antérieure : ainsi des carreleurs se sont retrouvés dans une brogade aux hospices.

D'autre part, le contrat qu'ils ont signé pour venir travailler en France leur fait verser 100 francs prélevés sur leur salaire en fin de mois, et ceci pendant toute la durée de leur travail.

Il ne leur reste plus qu'à travailler au minimum 6 mois pour pouvoir se payer le voyage de retour, non offert par le BUMIDOM, organisme qui les a expédiés en France. (*)

(*) Comme beaucoup d'autres problèmes, celui des réunionnais travaillant dans les hôpitaux est mentionné dans ce dossier sans être réellement abordé. Comme pour les autres problèmes, nous publierons les informations que nous recensons sur ce sujet, dans le prochain numéro d'Hosto-Action.



les infirmières

– RELATIONS ENTRE ELLES :

PROBLEME DE LA CHEFTAINE

- "La cheftaine créé l'ambiance. Dépendance certaine, mais très vite l'infirmière qui débute désire prendre ses responsabilités.
  Si la cheftaine est acceptée, l'équipe fait bloc avec elle, sinon c'est la division permanente".
- *"Parfois, si la cheftaine n'a pas de pouvoir c'est chaque infirmière qui se l'octroie, et l'exerce toujours à l'encontre du personnel de service ..."*

1 – LES PRIVILEGES DES INFIRMIERES-CHEFS

• Problème du roulement

Pourquoi la surveillante d'un service ne travaille-t-elle jamais comme toutes ses infirmières le dimanche ?

• Problème des congés

"L'infirmière-chef arrive un matin, et propose à ses infirmières de choisir leurs congés annuels. Une feuille réservée à cet effet leur est proposée : une feuille vierge où seuls étaient notés les congés de la surveillante ! ...".

2 – A CHACUN SON TRAVAIL

- *"Un malade intubé a besoin d'être aspiré : la surveillante revient spécialement à l'autre extrémité du service et demande à l'infirmière de le faire".*
- "La surveillante, **sans occupation précise** dans son bureau, vient chercher une des infirmières pour recevoir un malade du bloc"

Pourquoi ?

Parce que cela ne fait pas partie de son travail, et serait désobligeant ou déshonorant pour elle, sans doute ! !

3 – ON EST TOUJOURS NOTEES

Un point nous touche plus particulièrement : celui des primes et des notes.

Nécessité d'une note pour passer stagiaire ...

Nécessité d'une note pour passer titulaire ...

Toute sa vie des notes pour toucher une prime ...

Et c'est la surveillante et la major qui nous notent :

sur quels critères ?

INFIRMIERES - PERSONNEL DE SERVICE

- "La hiérarchie s'exprime nettement, par exemple quand on refuse de ranger une chambre, parce que c'est le domaine d'une dame de service ;"

En fait la relation dépend de la surveillante et suivant l'âge des agents de service on a la possibilité de relations libres, voire mêmes amicales, qui sont plus ou moins acceptées au niveau supérieur.

De toute façon il est plus facile pour l'infirmière d'entrer en relation par sa position privilégiée, et ce serait en fait à elle de faire le premier pas.

INFIRMIERES - STAGIAIRES INFIRMIERES

- "Souvent on préfère travailler avec une infirmière plutôt qu'avec deux stagiaires. On les laisse se débrouiller, même si elles ne connaissent pas le service."
- *"Comme les étudiants en médecine, on parle beaucoup de sélection avant de passer le seuil, mais dès qu'on a notre diplôme d'infirmière, la mentalité change tout à fait : on se sent nanties, et on ne voit pas pourquoi les autres n'en baveraient pas elles aussi".*

INFIRMIERES - ADMINISTRATION

- "Relations impersonnelles, mais existant à travers la notation, le sens de l'efficacité, voire même de profit (restriction de matériel) ; ainsi qu'à travers l'effectif d'infirmières, leur répartition dans les services, et les sanctions ... (même si de ce côté là l'infirmière est plus en sécurité que bien d'autres catégories de personnel)".
- *"Pour l'administration, le malade sert à l'exploitation du personnel : le malade demande du dévouement, une vocation.*
  Ce malade objet est le but d'un chantage de l'administration auprès du personnel, avec la collaboration du médecin auquel tout le monde obéit".

INFIRMIERES - EQUIPE MEDICALE

MÉDECIN

1 - "PLUS IL A DE DIPLOMES, PLUS ON LE VENERE"

- **Patrons et Assistants :**

Acceptation finalement du mythe de l'autorité du pouvoir par le savoir, de la part du Patron avec un grand P.

C'est aussi pour cela qu'on accepte d'avoir un comportement différent avec la clientèle privée du Patron : le malade paye, et représente plus d'exigences (plus de personnel, plus de locaux, relations privilégiées avec les médecins).

Il existe des réunions ou cours organisés par le Patron ou l'assistant pour l'équipe des infirmières, dans le but d'une meilleur thérapeutique. Mais jamais pour remettre en cause la structure ou l'organisation du service.

LIBERAL

- **avec l'interne :**

Relation plus libre, parce qu'il est de passage ; son autorité est donc momentanée.

- **avec les externes :**

Relations souvent d'égal à égal ; ils dépendent aussi de nous, puisqu'ils ont souvent besoin de l'infirmière pour approcher le malade.

Une infirmière : "Ces externes, ils ne se prennent pas pour rien ! Il faut les servir avec tout le cinéma alors qu'ils sont souvent incapables ...

Quand il s'agit de Monsieur G. (un médecin), alors là, je ne dis pas ... parce que lui, au moins, c'est quelqu'un de bien ..."

2 – ON EST COMME DES CHIENS A LEUR SERVICE

- "Occupée ou pas occupée, l'infirmière doit tout laisser tomber pour suivre la visite de Monsieur le Chef de Service ..."
- *"Monsieur l'Assistant passe en service de chirurgie, fait défaire un pansement, regarde, et va au suivant. Second pansement à défaire immédiatement ... et à refaire ensuite par l'infirmière ... et ainsi de suite ..."*
- "Un service de 30 malades : 2 infirmières seulement. Le médecin demande à l'une d'entre elles d'abandonner son travail pour refaire immédiatement un pansement ; non pas parce que celui-ci est souillé, mais simplement pour voir. A préciser que le médecin pouvait le faire lui-même sans risque de faute d'asepsie".

3 – LE MALADE EST POUR EUX UN OBJET

- "Le défaut des médecins est de voir le malade comme un cas, comme une occasion de s'instruire, le problème technique compte plus que la personne".
- *"Un interne disait : moi j'aime la piédiatrie, mais pas les gamins ! "*.
- "Alors que quand on était élèves, tout notre enseignement était basé sur la psychologie, il faut voir ce qu'ils en font, Messieurs les Médecins, de cette psychologie ! ".
- "Les médecins ne demandent jamais comment réagissent les malades, ce qu'ils pensent. Alors que nous, kiné, voyons les malades longuement, et leur parlons beaucoup. Mais les médecins ne nous demandent jamais rien ; quand on leur dit des trucs, çà les intéresse, mais çà ne va pas plus loin ..."
- *"Les conditions de travail des médecins sont trop difficiles, surtout question temps ; alors qu'ils sont très peu nombreux. Le grand Patron passe, et ne sait ni le nom, ni ce qu'a eu le malade ... et tous ceux qui passent tour à tour reposent au malade les mêmes questions ! "*
- "De plus le médecin parle avec l'interne et les externes du malade, devant lui – et lui n'a pas le droit de parler ; c'est le sujet, le cas, une machine cassée à réparer ... et il est rassuré sans aucune explication ...".
- "Et nous autres, infirmières, çà nous guette, ce type d'attitude avec le malade ; parce que nous non plus on n'a pas le temps ; on court nous aussi d'un malade à l'autre, à toute allure ..."

– INFIRMIERES - MALADES

- "On a un rôle d'accueil ; on explique les examens au malade s'il le demande ; nous pouvons lui parler de sa maladie si nous avons eu la chance de suivre la visite, ou de récupérer par hasard des renseignements sur lui.
  Avec sa famille, les échanges sont limités, sauf si son séjour est prolongé."

L'angoisse du malade est ressentie souvent de façon terrible par l'infirmière. Mais, secret professionnel ?

Si les problèmes matériels sont souvent dénoncés par les infirmières ("Faut-il accepter 180 mètres de couloir pour un service ? " – "et une infirmière pour 87 malades ? " – "et un service de nuit sans infirmière ? "), elles reviennent aussi sans cesse sur le peu d'informations qu'elles ont sur le malade, et les conséquences que celà entraîne dans leur relation avec celui-ci.

- "Dans un service spécialisé où le nursing prédomine, il nous est impossible de suivre la visite le matin. Exception faite un jour (en 3 mois de service !) où, sur notre demande, l'assistant a accepté de faire une visite avec nous et plus précisément pour nous".

N.B. – Prenons le cas plus particulier de la maternité :
L'infirmière aurait à intervenir sur un point très précis : les moyens contraceptifs dans le but d'une information. Mais pendant deux ans à l'école d'infirmière, on ne nous a rien appris à ce sujet. Et certaines cheftaines ne veulent absolument pas que nous en parlions aux malades : "Ce n'est pas à vous de le faire ! "... et les rares médecins qui seraient prêts à en parler, attendent que les malades le leur demandent, ce qui ne vient pas souvent.
"Il faut dire que toutes les fausses couches sont traitées comme des avortements provoqués ; avec une attitude ignoble des sages-femmes, des soeurs... Surtout auprès des Nord Africaines, des Italiennes..."

Conclusion : Un groupe d'infirmières conclue de tout cela :
"Par l'analyse de toutes ces conditions, il apparait que la hiérarchie EST c'est-à-dire EXISTE.
Pourquoi ? Entre autre parce que les infirmières l'acceptent. Mais certaines voudraient la rejeter et être intégrées dans une équipe, même si actuellement à l'hôpital nous ne voyons aucune équipe fonctionner réellement, c'est-à-dire sans hiérarchie."

les élèves infirmières

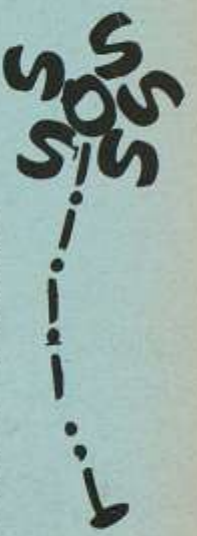
RELATIONS ENTRE ELLES

"A Lyon, des élèves infirmièrs et infirmières se retrouvent de plus en plus nombreux pour dénoncer leur situation (décrite dans le chapitre I). Ainsi après une première distribution de tracts à la sortie des écoles, c'est une cinquantaine d'élèves (sur 700 à Lyon) qui se retrouvent, et dont le dynamisme est à la base du groupe "Hosto-Action", qui s'exprime dans présent dossier. Et depuis, le mouvement a fait tâche d'huile. Avec force discussions internes :

"Je suis d'accord pour que nous fassions de notre mieux pour lutter en venant à Hosto-Action ; mais pas d'accord si ces réunions ne servent qu'à se défouler et à rester sur un plan théorique alors que dans nos actes quotidiens nous nous contredisons. Si révolution il doit y avoir c'est d'abord en soi qu'il faut la faire !

Des exemples :

- "Je n'apprécie pas tellement que des secondes années se déclarent contre la hiérarchie et se conduisent en grandes soeurs protectrices vis-à-vis de premières années."
- *Je n'apprécie pas plus que lors de réunions entre nous nous soyons obligées de dire en quelle année nous sommes lors des présentations, cela implique beaucoup de choses ...*
- De même dans les stages une seconde année se choisira les soins les plus intéressants, ne cherchant même pas à expliquer quoi que ce soit à la première année, de toute manière elle a des connaissances et entend bien se les garder."



RELATIONS ELEVES-INFIRMIERES, INFIRMIERES

- "Elles font tout pour nous dégoûter dès les premiers temps (morts, escarres) ; tout ce qu'elles ne veulent pas faire, elles nous le font faire ... il y a de quoi dégoûter une fille qui arrive ! ..."
- "Une cheftaine me disait "Vous, vous ne vous laissez pas marcher sur les pieds". Elle me demandait ce que je pensais : mais tu ne **peux** pas le dire : **il y a une notre derrière !** "
- "*– Si, dans certains cas, tu peux le dire ! Moi je dis tout ... mais elles n'aiment pas çà ... et j'ai eu une sale note de conduite, pourtant, je me conduisais très bien ...*"
- "– On te demande avant tout d'être diplomate, d'avoir une bonne tenue etc ... Quand tu fais une bêtise, çà on le retient ! Il faudrait être bien à la fois avec la none et avec l'équipe, ce qui ne concorde pas du tout ! "
- "La cheftaine classe les filles entre celles qui réussissent et celles qu'elle laisse tomber. Comment veux-tu qu'on arrive à se battre quand pendant 2 ans **on ne nous apprend qu'à nous écraser**, quand pendant 2 ans on n'a aucune possibilité pour se retrouver, pour dire ce qu'on pense, ce qu'on désire ... A l'école, c'est chacun pour soi ; chacun pense qu'à arriver en se faufilant par dessus les voisins."
- "*Il arrive, que l'on ait affaire à des infirmières assez éclairées et avec lesquelles il peut se créer de très bonnes relations, en dehors de toute "lèche" ! La plupart de ces infirmières se trouvent parmi les plus jeunes, les diplomées récentes.*"
- "J'ai connu une cheftaine pas mal, du genre à dire aux stagiaires : "Pourquoi vous écraserais-je de mon autorité puisque nous sommes appelées à être collègues un jour". Mais c'est le genre de surveillante dont les écoles disent qu'il vaut mieux ne **plus** lui envoyer de stagiaires".

L'EQUIPE MEDICALE VUE PAR UNE ELEVE-INFIRMIERE

Les externes

Tels que je les ai aperçus :

Ils étaient très nombreux, une douzaine environ, et formaient la cour nécessaire à la visite du patron.

Tous nouveaux dans le service (c'était le début du stage), ils n'étaient soucieux que d'une chose : se faire une petite place, et acquérir les bonnes grâces des infirmières.

Je n'ai pu avoir des discussions qu'avec deux d'entre eux. Ils riaient tout bêtement quand le patron sortait une blague, même s'ils n'avaient pas bien entendu ...

L'interne

Il était parfaitement à l'aise, évoluait au sein de "l'équipe". Il était de toute manière d'accord avec tout le monde. Une chose m'a frappée : il était très susceptible au sujet de ses prescriptions médicales ... Je crois qu'il avait peur qu'on le critique ...

L'assistant

Rarement visible. Ces moments d'apparition coïncidaient singulièrement avec ceux du patron. En dehors de cela, s'il venait dans le service, c' était pour faire le coq ...

Le Patron

C'est celui qui m'écoeure le plus, de loin : la phrase facile et l'oeil bête.

Il se place au-dessus des malades, en père protecteur, jouant le jeu devant eux, et, une fois hors de leur vue, faisant ses critiques à voix basse à toute une équipe qui pouffe de rire, et qui se fait des clins d'yeux complices ...

Il pose des questions aux malades, mais n'écoute même pas les réponses, de toute manière il s'en fout.

Il s'est donné le droit de prendre des photos au flash, et en couleur, d'un chancre syphillitique sur la verge d'un malade sans lui demander son avis (je le certifie) devant huit autres malades, et devant tout le personnel médical.

DAMES DE SERVICE ET ELEVES INFIRMIERES

Les relations sont souvent bonnes, à cause des brimades communes. Mais ce n'est pas toujours le cas : voici ce qu'en dit une élève infirmière :

- "Il m'a été très difficile de leur parler. Elles m'ont fait sentir clairement leur supériorité, à savoir : elles connaissaient mieux le service que moi, donc je n'avais qu'à la fermer.

Cependant il est sûr qu'elles avaient des conditions de travail au moins aussi aberrantes que les miennes ; mais on n'a pas pu en parler ensemble ..."

LES ELEVES-INFIRMIERES ET LES MALADES

- "Ce sont les mal aimés qu'on oublie toujours.
Ils sont de loin les plus insatisfaits.
Pour eux, le professeur, C'est une nullité sans aucune qualité humaine, et du coup ils doutent tous de ses compétences médicales".

- *"La plupart des malades sont vraiment révoltés de se voir maltraités à ce point, d'apercevoir des sourires en coin ou des clins d'oeil complices, et ils en souffrent. Mais ils vivent leur situation passivement, et ils ne leur viendraient pas à l'idée de protester, car ils se croient vraiment minoritaires".*

Les tracts distribués dans les écoles d'infirmier(e)s de Lyon ont déjà provoqué de légères améliorations dans ces écoles. Les mêmes élèves sont ensuite rentré(e)s en contact avec des travailleurs hospitaliers (groupe Hosto-Action fondé par l'ensemble), afin de voir sur quelles luttes unitaires nous pouvions tous regrouper nos efforts, car nous refusons tous de nous laisser enfermer dans un corporatisme étroit.

Les élèves infirmières prennent de plus en plus conscience de leurs problèmes. Un peu partout en France des comités d'action ont été créés par les élèves infirmières elles-mêmes.

Fin mars 72, nous avons appris l'existence d'un groupe de Paris dont la démarche ne semble pas très éloignée de celle d'Hosto-Action.

Voici quelques extraits d'un article écrit par des adhérents des Comités d'Action d'Elèves-Infirmières.

"Le matin sous prétexte de formation pratique, nous jouons le rôle de "bouche-trous" dans les services hospitaliers sans rémunération.

L'après-midi entre l'enseignement théorique intensif, mal adapté, fait par des moniteurs qui s'ennuient, on nous inculque le respect de la hiérarchie médicale et la déontologie infirmière qui définit la profession comme "sacerdoce".

La bonne infirmière doit respecter les règles sacrées : neutralité - servilité - dévouement.

Les Comités d'Action d'Elèves - Infirmières se créèrent dans ce double but :

- s'organiser dans chaque école en regroupant les élèves décidées à lutter contre leur exploitation.
- mettre en place une coordination permanente au niveau de la région parisienne permettant l'unification des luttes :
  - **pour l'abolition du contrat, contre la surexploitation à l'hôpital.**
  - **pour un statut d'adulte à l'école**
  - **contre la hiérarchie répressive**
  - **pour une médecine au service des travailleurs.**

Les C.A.E.I. refusent de se constituer une élite d'élèves conscientes, ce qui reviendrait à mépriser la masse des élèves-infirmières et à s'éloigner d'elles.

L'organisation autonome des C.A.E.I. est rendue possible par la situation objective des élèves-infirmières. Issue souvent de milieux populaires, surexploitée à l'hôpital, traversée par la révolte des femmes, ressentant durement le poids de la hiérarchie et d'une disciple arbitraire, elle présente une capacité de lutte que les syndicats ne peuvent assumer".

Leur stratégie :

"Partir de nos problèmes concrets, des luttes que nous mènerons dans les écoles, pour généraliser notre expérience, est la première étape".

Fortes de ces expériences, les élèves-infirmières, dans leur Comité d'Action en tireront des leçons pour leurs luttes ultérieures.

Les formes de lutte se radicalisent :

- distribution de tracts au personnel, aux malades, à la population (dans les gares, les grands ensembles, à la sortie des usines, à Orly)
- occupation d'écoles (Cochin, Bichat) avec la participation active des autres écoles.
- A Bichat le 9 juin 1971 la direction a voulu faire évacuer l'école par les flics (cinq cars). Riposte : occupation du réfectoire, séquestration du directeur, avec le soutien d'une partie de la section C.F.D.T.

Les C.A.E.I. à Paris, Hosto-Action à Lyon, à Marseille peut être autre chose, pour préparer une lutte plus efficace.

Nous pouvons donc dire nous ne sommes pas seules !

les externes

A – ENTRE EUX

Sous un aspect de bloc uni des externes dans l'hôpital, il existe en fait entre eux, une rivalité et un individualisme qui sont le prolongement logique du système d'examens et de classement qui régit leurs études.

★ "A l'arrivée dans un service au début du semestre, on sait que tel assistant est sympa, on que tel autre se débrouille bien pour avoir chez lui tous les malades intéressants, aussi, on se verra raffler leurs offices par les externes les mieux placés[1] ..."

★ *A l'entrée d'un malade en service de garde, on annonce : "40 ans, suspicion d'infarctus", tout le monde se précipite et on discute ferme pour savoir qui prendra cette observation intéressante. Au contraire, "pépé de 70 ans en mauvais état général" attendra la moitié de la nuit avant qu'on aille le voir.*

★ *Faire un beau diagnostic difficile ou poser la question pertinente pendant la visite, c'est se faire remarquer par le patron, et se faire jalouser par les autres.*

Les relations des externes entre eux sont très limitées et se réduisent presque uniquement à des discussions de médecine.

★ "Tu rencontres des externes dans la rue, au restau, à la fac et à fortiori dans les services, et tu déballes les beaux cas que tu as vus, et il est très difficile de sortir de ce genre de discussion là ..."

★ *"Je vois les externes de mon service tous les matins pendant 6 mois et je ne les connais pas : l'un d'eux arrive un beau matin avec une alliance, et j'apprends ainsi qu'il s'est marié il y a deux jours ..."*

B – AVEC LES INTERNES

Dans les services on se trouve en gros, face à deux types d'internes :

1 – L'interne "grand frère"

Il en sait plus que nous mais il ne nous écrase pas, et avec lui on apprend facilement ... On peut plaisanter avec lui et on ne sent pas très différents de lui ... avec lui on peut faire des erreurs sans se faire rabrouer vertement ...

2 – L'interne "petit patron"

Il est de connivence avec les assistants plus qu'avec nous, ne lit pas nos observations, voit les malades tout seul et on ne sait ce qu'il en a pensé qu'en lisant son mot sur l'observation ... Pendant la visite, ce ne sont que des "Va vite chercher le dossier de Madame une telle ... qu'est-ce que vous avez encore fait des examens, c'est la vraie pagaille ici ..." ... "Il ne se trompe jamais" et s'il condescend à nous expliquer quelque chose il n'est pas pensable qu'un externe en sache plus que lui ...

C – AVEC LES ASSISTANTS ET LE PATRON

→ *On ne les voit que pendant la visite, et ils ne nous connaissent pas, ou mettent longtemps à nous connaître ... sauf si on est repéré : en n'étant pas là le jour de la visite, en ayant les cheveux longs ou la barbe, en étant une fille ..., c'est dans ce cas là qu'on a droit à la question insidieuse pendant la visite ...*

---

(1) Les étudiants choisissent leurs postes d'externes en fonction de leur rang aux examens de fac.

→ *Nos rapports avec le patron sont très codifiés :*

★ Quand il parle on doit l'écouter quoiqu'il dise :

— "La visite est longue ce matin, le patron est jovial, souriant, il a le temps ... Aussi les digressions pleuvent et la médecine est un peu mise au rancard. Ce n'est pas pour nous déplaire, mais par contre, il profite de son titre de "professeur" pour que dans tous les autres domaines ses propos fassent autorité. Par exemple :

- êtes-vous mariés, mesdames ou messieurs ?

- ...

- Certains le sont ? Ah ! c'est une chose magnifique ... j'ai la chance d'avoir épousé une femme charmante. L'essentiel dans le couple est d'avoir le temps de parler d'oiseaux, de musique, de poésie ...

Affirmation, ô, combien intelligente (!) est sur un ton n'admettant pas la réplique ..."

★ Il faut lui poser des questions :

Il aime ça, et surtout s'il s'agit de son dada, ce qui lui permet de bien mette son savoir en évidence ...

Mais il est important de dire aussi que souvent le patron et les assistants nous donnent en **enseignement** confronté de près à la pratique qui est irremplaçable, quoique fait dans des conditions on ne peut plus contestables.

★ Il a ses petites manies et chacun doit s'y plier

— "En salle d'opération, le patron maniaque d'asepsie, trouvait toujours un prétexte pour faire changer de sarrau à quelqu'un ... Un jour, tout le monde avait fait très attention et il n'y avait rien à redire. De rage, il jeta son sarrau par terre et en changea ..."

★ Tous les matin on teste l'humeur du patron, car on sait qu'elle sera le baromètre de la matinée.

Nos rapports sont donc assez distants et obéissant à certaines règles, aussi quand on se retrouve seul à seul avec le patron, on éprouve l'un et l'autre une certaine gène et aucun n'arrive à s'exprimer de façon personnelle.

D – AVEC LES INFIRMIERES

1 – L'infirmière est le subalterne qui nous sert

Une infirmière : "Monsieur, je vous ai préparé un chariot pour le myélogramme[1], si vous voulez bien venir ..." Un autre externe se propose pour servir – il faut en effet prendre des précautions d'asepsie –, mais l'infirmière : "Oh, je peux bien le faire, je suis là pour ça". Le myélogramme fait, l'externe s'en va, laissant l'infirmière ranger le matériel, recevant même parfois ses remerciements !

2 – L'infirmière est toujours tenue de nous demander notre approbation *dès qu'une décision de routine thérapeutique doit être prise, si minime et si bien connue de l'infirmière soit-elle ...*

★ Dans un service, la nuit, une infirmière chevronnée et une externe sont de garde. L'infirmière "Mademoiselle, Monsieur X ... est très agité et n'arrive pas à dormir ... on pourrait peut-être lui donner quelque chose ... ?
– Oh ... oui ... certainement
– on lui fait un Equauil intramusculaire d'habitude et ça le calme bien ...
– Bon ... très bien ...
– Alors, je peut le lui faire ? vous êtes d'accord ?
– ...(le plus embêté des deux n'était pas celui qu'on pense ...)

★ Un dispensaire de petite clinique, l'interne y est arrivé la veille. Le travail : des pansements à refaire autant dire qu'un interne qui n'en a jamais fait, et c'était le cas, n'y connait rien, la faculté ne daignant pas enseigner ce genre de pécadilles ...
Ce jour là, l'interne arrive en retard sans avoir prévenu. L'infirmière, qui travaillait depuis 6 ans dans cette partie du dispensaire, a attendu son arrivée pour commencer les pansements ... comme s'il était indispensable ! !

3 – *Si on veut apprendre les gestes infirmiers courants, les infirmières y sont généralement tout à fait disposées et on sent parfois chez elles un sentiment de satisfaction de savoir faire des choses dont nous sommes incapables :*

★ Une infirmière essaie depuis un moment de poser un cathéter et n'y arrive pas ; l'externe regarde d'un oeil tranquille, et l'infirmière, avec un petit sourire goguenard lui demande : "Vous ne voulez pas essayer vous aussi ? ..."

4 – *Dans l'ensemble, on arrive facilement à être copains avec les infirmières ... Mais avec la cheftaine, les choses sont assez différentes. En effet, son rôle dans le bon fonctionnement du service fait qu'elle est autoritaire avec les infirmières mais aussi avec nous, quoique moins.*

★ "Prenez-moi cette observation tout de suite, le malade descend au bloc opératoire tout à l'heure" – "Mais je n'ai pas le temps ! " – "Si, si, si, le patron voudra lire l'observation ..."

★ *Dans un pavillon d'urgence, j'oublie mon sthétoscope ... le lendemain, venant le réclamer, je m'entends réclamer 1 F. par la cheftaine qui l'avait trouvé sur un lit : "Vous n'aurez qu'à faire attention ! ".*

---

(1) Myélogramme : ponction de moëlle faite le plus souvent au niveau du sternum, qui permet de compter les proportions des différentes cellules de la moëlle.

E – AVEC LE PERSONNEL DE SERVICE

"On ne le connaît pas". *Nous coexistons dans le service mais son travail est si bassement matériel que nous sommes poussés à l'ignorer.*

- La dame de service, c'est celle qui nettoie le couloir et on essaiera de passer à droite quand elle lave à gauche, mais nos relations n'iront pas plus loin si ce n'est pour lui demander de faire quelque chose qui est de son rayon, pas du nôtre :

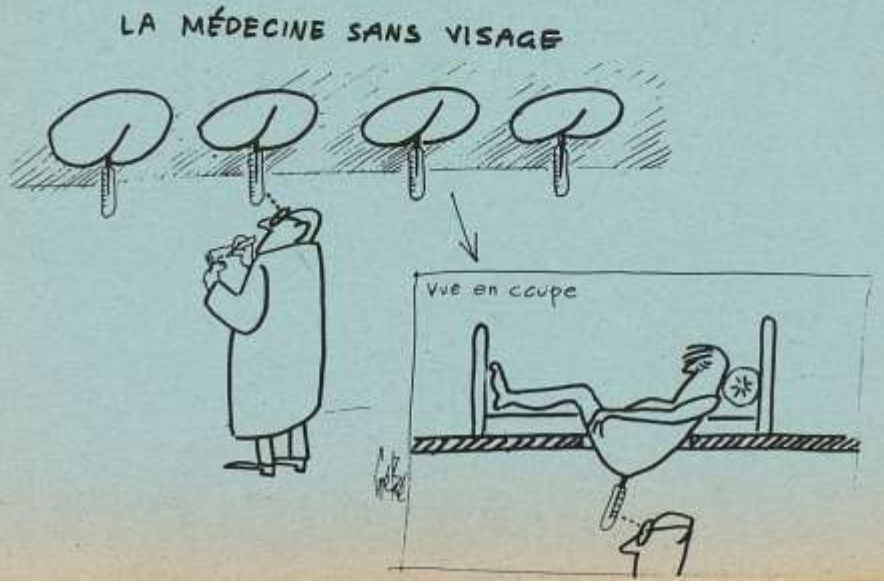
  ★ *" Une personne arrive à la porte, blanche et pâle .. l'externe s'approche. Avant même qu'il ait commencé l'interrogatoire d'acceuil, le malade vomit dans le couloir. L'externe s'écarte discrètement ... Qui va le nettoyer ? Bien entendu le garçon de salle qui n'est là que pour ce genre de travail, bien qu'il soit occupé à l'autre bout du couloir."*

- "Mais quand il m'arrive d'enlever une bassine, si je rencontre la dame de service, c'est elle qui me rappelle à l'ordre : "Mais vous n'auriez pas dû le faire, ce n'est pas votre travail ..." comme quoi, le poids de la hiérarchie finit par être accepté même par ceux qui e n sont les victimes.

F – AVEC LES MALADES

On peut noter tout d'abord que plusieurs fois, au cours des discussions pour l'élaboration de ce dossier, on s'est aperçu en fin de réunion qu'on avait "oublié" d'aborder nos relations avec le malade ... Est-ce donc, vraiment le malade qui nous motive dans notre travail ... On peut se demander si ce n'est pas plutôt le rôle social qu'il nous donne ... ?

Le malade, pour nous, c'est d'abord **une observation à prendre.** *En effet, le seul travail obligatoire que nous ayions à l'hôpital est de prendre les observations des malades : c'est-à-dire, les interroger, les examiner, pour établir un diagnostic, en essayant de retrouver sur eux tous les symptômes décrits dans nos cours théoriques. C'est en fonction de cela qu'ils nous apparaissent schématiquement comme "***malade intéressant***" ou "***malade qui fait chier***" ... C'est en effet la maladie qui nous intéresse en priorit' et non, la personne du malade.*



★ **Le bon malade est donc**

→ celui qui répond à nos questions, et exclusivement à nos questions, qui ne digresse pas, qui se laisse faire, et aussi qui explique clairement et précisément ce qu'il ressent.

→ *c'est aussi celui dont la maladie est évidente, c'est-à-dire dont les symptômes répondent bien au schéma théorique ; cela peut-être aussi celui dont le cas est plus difficile car il n'a pas tous les symptômes et nous oblige à chercher : c'est le beau malade, le malade intéressant qui nous permettra, si on trouve, de nous glorifier d'avoir fait un beau diagnostic ...*

★ **Le mauvais malade**

C'est celui qui nous embête

→ parce qu'il nous empêche de mener l'interrogatoire comme nous le voulons, en se perdant dans des tas de digressions sur sa famille, son travail, etc ... qui ne nous intéressent pas ; ou bien, il nous rend le travail plus difficile en n'expliquant pas clairement ce qu'il ressent

→ *parce qu'il nous agresse avec des tas de questions et veut savoir trop de choses sur sa maladie et ce qu'on va lui faire ; ou surtout, il cherche à mettre en cause notre pouvoir sur lui en refusant ou en discutant ferme un examen jugé nécessaire, et veut se soustraire à notre travail de recherche réclamant de sortir avant notre permission.*

→ parce que l'on sent chez lui, l'existence de problèmes psychologiques qu'on préfère ignorer ou laisser à d'autres.

→ *parce qu'il est incurable et pose des questions trop embarrassantes ...*

Il y a comme cela des chambres qu'on évite :

- celles des malades qui ont des problèmes psychologiques (on les a d'emblée catalogués de "totoche" ou de "psychiatrique")
- celles des malades qui remettent en cause notre autorité
- celles des gens dont la maladie remet en cause notre savoir médical : celui dont on n'arrive pas à savoir ce qu'il a et qui continue à souffrir ; celui dont on sait ce qu'il a mais auquel on ne sait quoi faire ; celui dont on sait ce qu'il a mais auquel on ne peut rien faire.

5
BANQUE DE FRANCE
5

Y remettent çà chaque année !
après le cancer, le

!

alors nous, chaque année, on est obligés de dénoncer ce scandale des

Quêtes publiques "pour la recherche médicale"

Çà frise l'escroquerie !

On sait tous que c'est l'Etat (nos impôts) qui devrait financer la recherche médicale : une quête est un nouvel impôts ; c'est plus déqueulasse même, car ceux qui donnent, les + généreux, sont en général les moins riches !

Ceux qui organisent ces collectes le savent parce que c'est ORGANISÉ, planifié à l'avance, par les bons soins (payés grâce à la quête !) d'IFOP et HAVAS CONSEIL, dont le cynisme fait frémir ... je cite : « dramatisation, puis matraquage ... » « toucher les cordes sensibles » « jouer sur la peur » « utiliser le prestige mythique dont jouit le chercheur » etc... etc...

Du coup, on a reconnoïté, une fois de plus, le texte du rapport "Havas Conseil Relations Publiques", dont le but est de "déterminer la politique générale de la campagne [précédant la collecte], après l'étude approfondie réalisée par l'IFOP sur l'image de la recherche médicale en France".

Pour en avoir un exemplaire (ça vaut le coup de le lire, c'est gratiné !) nous écrire en joignant 1F (ou +!) ...

Pour la xième fois dans ce numéro, mentionnons notre nouvelle adresse (çà nous fait plaisir !) Lc. 33 Rue Leynaud. Lyon.

le jour de la collecte, on a distribué des tracts (15.000) à la sortie de Carrefour et des Nouvelles Galeries de Lyon... On a discuté avec les élèves sage-femmes et élèves infirmières qui quêtaient... elles étaient d'accord avec nous, mais leur directrice leur avait dit : « pour cette quête, vous viendrez toutes m'expliquer personnellement, pourquoi vous pouvez ou ne pouvez pas quêter ce week-end ...» ! Sans commentaire ... on en reparlera dans le chapitre III de ce dossier ... de l'enseignement !!!

Il faudrait encore dire des tas de trucs sur ces collectes ... Qu'on ne sait pas où passe une partie de l'argent ... que pour la partie qui va aux labos, elle est souvent utilisée de façon inattendue ... (voir des exemples précis dans le n° 3 de Labo-Contestation)

LA PILE WONDER NE S'USE
PILULE CARTER
ouf ! MERCI ASPIRO'
MAGNESIE BISMURETH
DIGESTION ASSURÉE

HIERARCHIE

ET

ENSEIGNEMENT

chez les travailleurs hospitaliers

Le schéma suivant a été élaboré par quelques personnes du groupe Hosto-Action, puis rediscuté, modifié et complété plusieurs fois en petits groupes, ou au cours de réunions plus importantes.

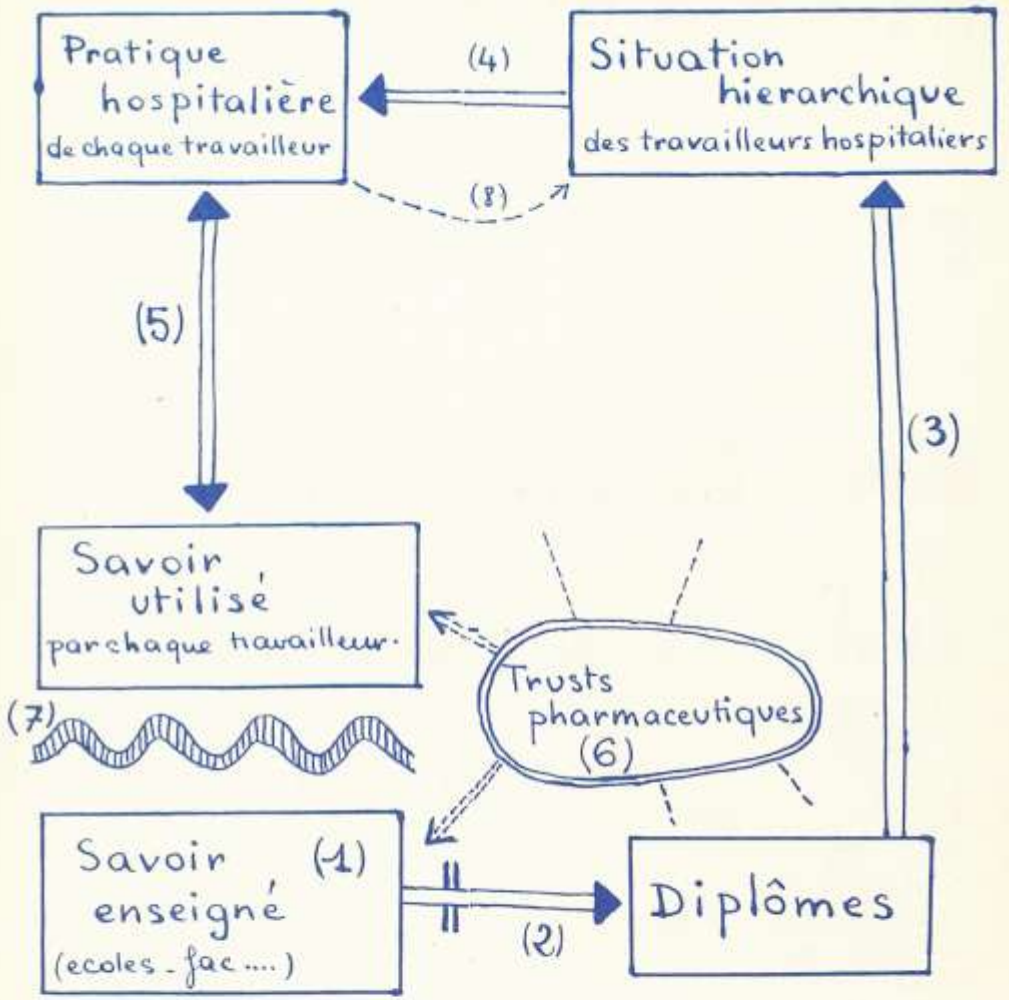
Son but est de clarifier un certain nombre d'idées sur le pourquoi de la situation hiérarchique au sein des travailleurs hospitaliers.

Nous ne parlerons pas des malades dans ce chapitre, bien que nous soyons persuadés qu'une transformation radicale de l'hôpital ne puisse exister sans que les malades soient directement impliqués : nous aborderons ce problème dans le chapitre suivant.

Dans ce chapitre, notre démarche sera double :

A – Expliciter point par point le schéma suivant, en commençant à développer certaines analyses (cf annexes 1 et 2), tandis que d'autres sont annoncées pour les prochains numéros d'Hosto-Action.

B – Voir s'il est possible de transformer radicalement la réalité quotidienne qu'exprime ce schéma, et comment.



Précisons immédiatement que ce schéma essaye de s'appliquer à chaque grande catégorie de travailleurs hospitaliers, telle que :

– Brigade, ou dames de services
– Infirmières, ou Kinési, ou A.S., ou...
– Le corps médical (internes, assistants, médecins...)

Pour la progression hiérarchique au sein de chacune de ces grandes catégories, les mécanismes sont assez différents (par exemple, éventuellement, la flèche (8)).

la situation actuelle

(Commentaires du schéma)

(1) — Le savoir enseigné

• Il varie selon le passé scolaire de chaque personne

Ainsi rien ne sera enseigné à ceux qui vont entrer comme personnel de service, pour lesquels le niveau brevet suffit. Est-ce que cela signifie que ces personnes ne veulent pas comprendre la thérapeutique, ou ne peuvent pas ? Les textes précédents montrent au contraire que la plupart d'entre eux le voudraient bien, pourraient certainement, mais en sont empêchés : parce qu'ils doivent travailler dur pour se nourrirr, et parce que la promotion n'est possible, matériellement, que pour peu d'entre eux.

Par contre ceux qui sont d'un milieu social qui leur permet de faire des études (1) se divisent en deux groupes :

• Ceux que leur éducation a rendu ambitieux, pour des raisons multiples, et qui voudront aller le plus loin possible. Ils deviendront étudiants en médecine.

• Ceux que leur éducation (familiale, religieuse...) a rendu modestes, dévoués, prêts à "être au service de..." Si ces personnes veulent être autre chose que "femmes au foyer", elles chercheront à devenir infirmières, ou assistantes sociales, ou etc...

A part cette différence de départ (conditionnement idéologique différent au départ), les capacités, "l'intelligence" des uns et des autres est sensiblement comparable. (2)

• Enseigner, c'est conditionner.

"L'enseigné" acquiert un langage et une confiance en lui-même ; il se persuade ainsi qu'il est effectivement fait pour occuper le rang hiérarchique auquel il aura droit grâce à son diplôme.

Nous avons commencé à développer cette idée pour quelques exemples concrets dans **l'annexe 1 : le contenu idéologique de l'enseignement.**

(2) — Les examens et concours

Ils permettent de transformer le bachotage en diplômes. Et c'est là le but réel des études.

En cas d'échecs répétés, le candidat abandonne, se persuade qu'il n'est pas fait pour occuper le rang hiérarchique qu'il visait à travers son diplôme. Du même coup il se persuade que ceux qui ont réussi ont le droit d'occuper ce rang hiérarchique.

Il ne regarde pas plu loin ; il est pourtant bien connu qu'on oublie quasiment tout, après un examen ou un concours : la seule chose qui compte, c'est d'avoir réussi, d'avoir le diplôme !

(3) — Du diplôme au travail

La profession médicale est encore bien protégée ; et il n'y a pas encore de diplômés en médecine qui soient chômeurs.

Il en est de même pour les infirmières, A.S., kinési, etc...

Donc, dans la situation actuelle en France, ce qui est dur, c'est d'arriver à décrocher le diplôme (sélection, parfois de plus en plus sévère, pour continuer à protéger les privilèges des diplômés) ; mais quand on a le diplôme, on trouve un travail correspondant à sa qualification.

Certains travailleurs concrétisent alors la situation hiérarchique qu'ils ont apprise à l'école et au cours de stages ; et les autres, ceux qui sont en bas, découvrent qu'ils sont les domestiques de tout le monde !

---

(1) Nous considérons comme acquis un point qui est amplement démontré par de nombreux travaux, de sociologues en particulier, même si ce point n'est pas encore ressenti par tous comme une évidence : ce ne sont pas les plus "intelligents" qui réussissent à l'école et poursuivent leur études ; ce sont ceux qui sont les mieux adaptés au système scolaire par leur milieu familial.

(2) Il est gênant d'employer des termes tels que "intelligence", parce que les critères actuels d'intelligence sont aussi la réussite scolaire et universitaire que nous remettons justement en cause dans ce dossier.

C'est simple. Selon sa position hiérarchique, chaque travailleur :
– obéit aux uns et commande éventuellement à d'autres,
– a des tâches bien précises à accomplir,
– a des responsabilités clairement limitées pour accomplir ces tâches.

(4) -- De la place hiérarchique à la pratique

Les choses sont en place et admises par tous :
– L'interne, au lendemain de sa réussite au concours, sait ce qu'il a à faire à l'hôpital ; il connaît l'étendue de ses responsabilités, de son pouvoir. Et c'est admis par tout le monde.

Pareil pour l'infirmière, la kinési, l'aide soignante, etc...

Chacun a d'emblée une pratique précise, qui est fonction de la place qu'il occupe à l'hôpital à cause du diplôme qu'il possède.

C'est cette place et cette pratique qui vont déterminer l'expérience propre de chacun, c'est-à-dire sa qualification réelle.

(5) — Tout s'apprend sur le tas

Nous continuons à constater des évidences, qui deviennent de plus en plus importantes.

– Le personnel de service, qui n'a aucune formation hospitalière au départ, apprend tout sur le tas. Ou plutôt il apprend à ne faire que ce que l'on attend de lui, les travaux énumérés dans les chapitres précédents. Et c'est parce qu'il n'a pas de diplômes qu'on le réduit à ces fonctions.

Il n'empêche qu'avec l'expérience, il devient de plus en plus expert pour accomplir ces fonctions ; ce savoir acquis sur le tas, ainsi que d'autres "qualités" (présentation générale, léchage, etc...) lui permettront ainsi de grimper légèrement dans la hiérarchie **tout en restant dans la catégorie personnel de service** (c'est la flèche en pointillé (8)).

– Les infirmières, kinési, etc... ont deux types de savoir au départ :

• Celui lié à l'enseignement théorique et aux critères utilisés pour noter leurs stages (cf. Annexe 1) : elles savent ainsi quelle sera leur situation hiérarchique, à qui elles obéiront et commanderont, quelles seront leurs responsabilités. Mais ce savoir, théorique, n'est pas celui qui est utile pour les malades.

• Celui lié à la pratique des stages. C'est là qu'elles commencent à apprendre ce qui leur sera réellement utile. Elles l'apprennent partiellement, avec une relation de subordination insupportable par rapport à l'infirmière qui leur enseigne : celle-ci les utilise plus qu'elle ne leur enseigne !

• Si bien que, mis à part certains aspects des stages, c'est en pratiquant que les infirmières, kinési ... apprennent réellement leur métier. Elles l'avouent d'ailleurs volontiers !

– Les internes se trouvent dans une situation légèrement différente.

• La différence vient de l'importance de l'enseignement théorique qu'ils ont subi, et finalement en partie assimilé : ils oublient très vite l'enseignement des premières années ; mais ils vivent comme directement utile celui qu'ils doivent bachoter par exemple pour l'internat.

Ils disent tous que ces connaissances de départ leur servent de garde-fou, pour ne pas faire de grosses bêtises au cours de leurs premiers temps de pratique.

• En même temps, ils avouent tous que ce qui est irremplaçable, c'est la pratique. D'externe d'abord, sorte de stage. D'interne ensuite ...

C'est là que, progressivement, ils acquièrent le savoir qui sera celui qu'ils utiliseront pour les diagnostics ultérieurs.

C'est parce que ce médicament, ou ce traitement, a marché pour Untel qu'ils l'ordonneront à Telautre. Et le bon médecin est celui qui a vu tous les cas de sa spécialité, et parle d'expérience. **Ce qu'il a appris à la Fac. est très vite dépassé** par le progrès des connaissances. Seule l'expérience lui permet de rester en place de façon respectable.

Pas uniquement l'expérience, cependant : parce que si le médecin n'a pas le temps de se recycler, certains s'en chargent pour lui, par l'intermédiaire des feuilles publicitaires et surtout des visiteurs médicaux : les trusts pharmaceutiques.

(6) — La main-mise des trusts pharmaceutiques sur la santé

L'annexe 2 aborde bien ce problème fondamental. C'est un texte qui a été écrit par des "médecins progressistes de Marseille", groupe qui vient de faire paraître un journal ronéoté : "HOPITAL, SILENCE" (cf adresse dans Annexe 2).

Outre cet article, ce journal contient le texte sur l'Amiantose à Ferrodo, publié dans le nº 4 de Labo-Contestation.

"Ce journal (Hôpital - Silence — Marseille) se propose d'être le creuset théorique d'une future organisation des médecins progressistes.

Informations
Critique de l'enseignement
Critique de la médecine
Options nouvelles

Ses colonnes sont ouvertes à ceux qui voudront s'y exprimer".

Nous renvoyons donc à cette annexe 2 pour commenter la partie (6) du schéma.

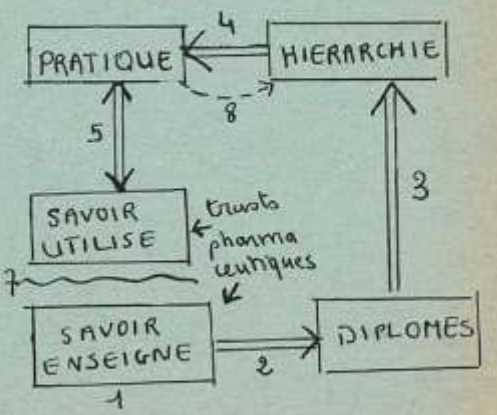
Notons cependant que les trusts pharmaceutiques interviennent à des niveaux bien précis.

- Tout d'abord, ils ne touchent que l'élite hospitalière, les médecins et futurs médecins, sachant utiliser à leur profit la structure hiérarchisée que nous avons décrite.
- Ils commencent à intervenir sur les étudiants après les principaux barrages, lorsque les étudiants deviendront probablement tous médecins : échantillons et publicité gratuits, gueuletons et fêtes orgiaques à l'oeil, voyages gratuits, etc... tous les moyens sont bons pour se faire connaître.
- Ils continuent de même lorsque les médecins sont installés. Mais là leur action essentielle se situe au niveau des carences de l'Etat : ils prennent en charge tout le recyclage des médecins (cf annexe 2 : visiteurs médicaux, textes, démonstrations, etc...), et ils financent une partie au moins des recherches médicales, dont ils s'assurent ainsi, progressivement, le contrôle ; ils y trouvent en même temps la caution de patrons connus...

Tous ces points se tiennent, et mériteraient des développements précis.

Un autre aspect du pouvoir croissant des trusts pharmaceutiques s'exprime vis à vis du public. En ayant le monopole des médicaments, les trusts pharmaceutiques contrôlent :

- leur prix. Ainsi une camarade stagiaire pharmacienne m'a raconté cette anecdote, qui doit être fréquente :
  Le pharmacien l'a obligée à vendre un produit qui venait de sortir (6 F), alors qu'auparavant elle faisait le mélange elle-même pour le client, et le lui vendait 1,50 F (prix des matières premières, de son travail et des taxes !).
  Ainsi les trusts pharmaceutiques font sur ce produit plus de 4,50 F de bénéfice ! De quoi payer bien des orgies et des visiteurs médicaux aux médecins, aux frais finalement de la Sécurité Sociale.
- le contenu des médicaments. Ils se renouvèlent sans raison, pour pouvoir être vendus plus chers. Et le contrôle est difficile car le public ne sait pas quelles sont les substances nécessaires lorsqu'elles sont indiquées sur l'emballage. Et une tendance se développe aux U.S.A. : les médicaments sont de plus en plus vendus sans indication de leur nature : le contrôle du public devient impossible ! (cf texte de Ivan Illich dans l'appendice p. ...)



(7) — Le savoir utile pour pratiquer ne correspond pas au savoir enseigné

Dans notre schéma, nous avons bouclé la boucle : partis du savoir enseigné (1), nous arrivons au savoir utilisé (5), et nous nous rendons compte qu'entre les deux existe un fossé.

Pour s'en persuader, il suffirait de demander à n'importe quelle personne qui pratique, au niveau médecin ou infirmière ou autre, de repasser sans préparation préalable les examens correspondant aux diplômes grâce auxquels ils sont en place : tous, sans exception, seraient collés. Y compris les professeurs de fac !

L'EVOLUTION DE LA MEDECINE

N'importe quel médecin collerait s'il repassait sans préparation l'examen de 1ère année de médecine ! Et même n'importe quel étudiant de médecine externe ou interne.

Ce qui prouve clairement que ce qui est enseigné ne peut pas être retenu. Et c'est pourtant ce qui est exigé à l'examen ... mais il est inutile de discourir plus longtemps : chacun sait que les examens et concours sont des mascarades dont la finalité n'est pas d'aider à apprendre ; leur finalité est de sélectionner, et de justifier la sélection...

Une remarque sur les stages : c'est un domaine où le savoir enseigné se superpose, plus ou moins bien, certes, à la pratique hospitalière, donc au savoir utilisé. La barrière (7) a alors tendance à s'estomper.

Pas tout à fait cependant, tant que les stages seront notés et permettront d'atteindre un diplôme, donc une place dans la hiérarchie : le stagiaire cherchera plus une bonne note que le bien du malade.
D'ailleurs, le stagiaire est déjà dans la hiérarchie hospitalière (un externe a d'autres responsabilités qu'une élève-infirmière ; et ils sont tous les deux en stage !), et il sera noté selon des critères qui tiennent compte de cette place hiérarchique (cf Annexe 1).

Conclusion :

Chez les travailleurs hospitaliers, la hiérarchie se manifeste dès l'école, puis pendant les stages, puis durant toute une vie de travail à l'hôpital.

Leur progression au cours de cette vie de travail reste très limitée (flèche (8) du schéma). Pour être réelle, cette progression doit leur permettre de changer de catégorie de travailleurs ; or pour cela ils doivent acquérir de nouveaux diplômes : possibilités de "promotion sociale", très réduites en réalité.

L'inégalité de situation face à l'école et aux diplômes permet donc la situation hiérarchique des travailleurs hospitaliers que nous avons décrite dans les deux premiers chapitres de ce dossier.

pour une transformation radicale de l'hopital

La voie réformiste.

Elle ne touche pas au schéma que nous avons décrit en A, sauf en un point : supprimer la coupure (7) entre "savoir enseigné" et "savoir utilisé". Par exemple en multipliant les stages et les possibilités de recyclage permanent.

Les réformistes les plus droitiers pourront même confier la réalisation de ces objectifs aux trusts pharmaceutiques, tandis que les plus "progressistes" exigeraient qu'ils soient pris en charge par l'Etat (l'union de la gauche pourrait alors être "au pouvoir").

Et certes le système actuel s'en trouverait amélioré, mais sans en être transformé : il resterait profondément hiérarchique, et cette hiérarchie resterait enracinée sur les diplômes, sur le système scolaire et universitaire.

Pour uns transformation radicale.

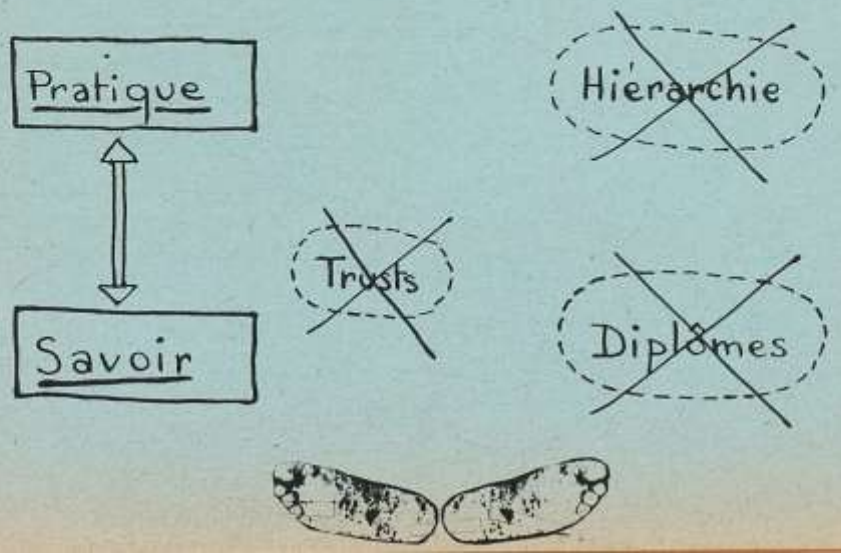
Aucun des travailleurs hospitaliers ne peut se satisfaire de la voie réformiste décrite ci-dessus, qui ne pourra satisfaire que les technocrates.

En effet, aucun des problèmes essentiels abordés par ce dossier, en particulier celui de l'organisation hiérarchique des travailleurs hospitaliers, ne serait résolu par des aménagements réformistes.

Ce qui est en cause est beaucoup plus fondamental : c'est le refus d'uns société basée sur les diplômes, donc sur un système scolaire et universitaire distributeur de diplômes.

Ce qui est recherché, c'est la suppression pure et simple de la partie droite du schéma : "Diplômes" et "Hiérarchie". Le savoir enseigné alors directement confronté à la pratique, se transformerait immédiatement en savoir utile, constamment enrichi par la pratique et par des recyclages théoriques liés à la pratique.

Les objectifs réformistes se trouveraient donc atteints ; mais surtout, l'ensemble des travailleurs hospitaliers aurait le pouvoir pour s'organiser de façon non hiérarchique, pour se répartir les tâches hospitalières de façon égalitaire : à chacun un moment de serpillère et



d'urinoirs ! Mais aussi à chacun une certaine responsabilité par rapport au malade, donc une envie de se former de façon à pouvoir assumer cette responsabilité.

Comment cela fonctionnerait-il de façon précise ? C'est impossible à prévoir. Tout serait à inventer et à réinventer à chaque instant, progressivement. Tous ne seraient pas forcément tenus à faire exactement la même chose : les spécialisations techniques pourraient exister, avec des limites à définir pour qu'elles ne recouvrent pas des privilèges sociaux ; et puis les anciens seraient plus au courant que les jeunes, et pourraient travailler en permanence avec eux, sans qu'il y ait pour autant rapports hiérarchiques insupportables : tous auraient les mêmes statuts, les mêmes droits...

Bref, on peut rêver longtemps...

Ce qui est sûr, c'est que

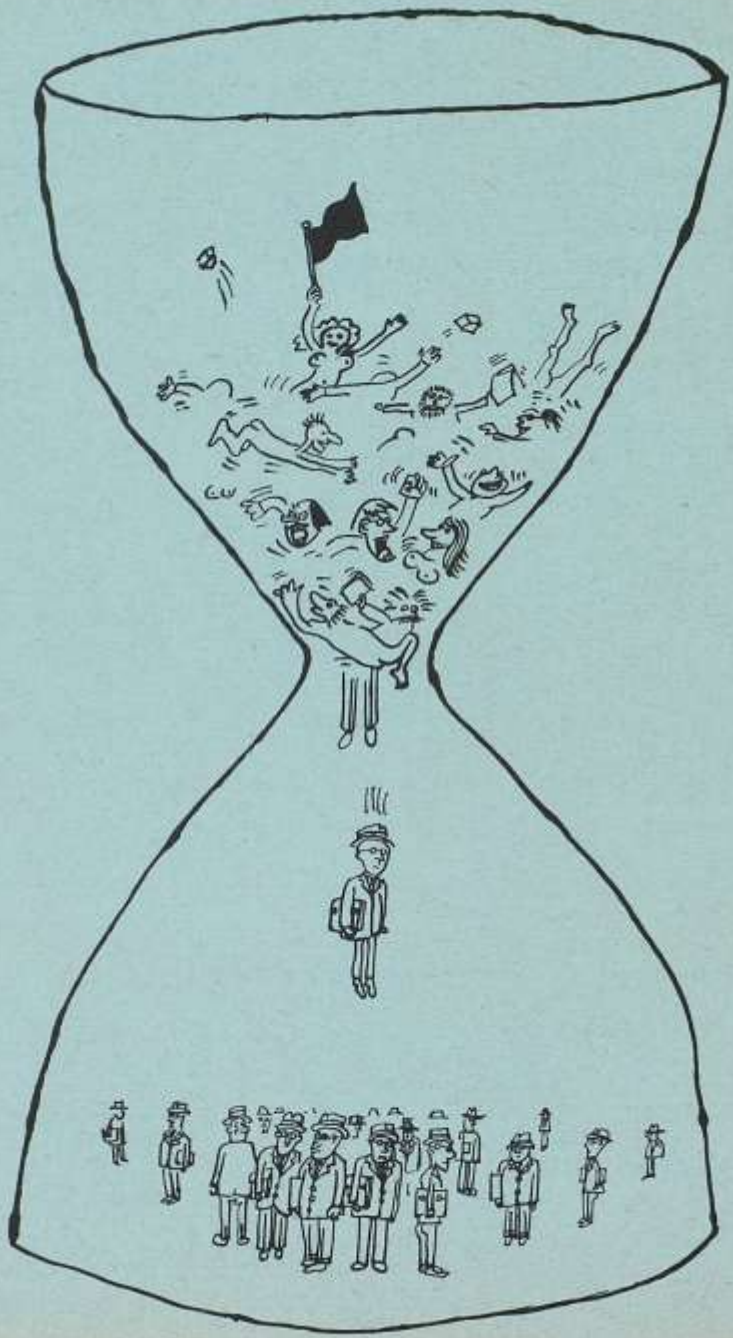
1 – Tout sera à construire au moment, et il serait enfin possible de construire un monde non hiérarchisé !

2 – Très vite se posera le problème que nous n'avons pas abordé dans ce chapitre III : celui de la relation entre les travailleurs hospitaliers et les malades. Car cette relation est actuellement hiérarchique (cf chapitre II A). Et rien ne serait transformé si les travailleurs hospitaliers, enfin égaux entre eux, étaient tous des petits chefs insupportables pour les malades.

Après ces trois chapitres sur l'intérieur de l'hôpital, nous voilà obligés d'aborder (trop rapidement) un quatrième chapitre, sur la finalité de l'hôpital dans la société, sur les malades, et en particulier sur les malades avant et après l'hôpital.

Rien à faire...
RESSUSCITE! RESSUSCITE, TE DIS-JE!

VOUS AVEZ PASSÉ DES CONCOURS AU MOINS?
OUI! OUI! RASSUREZ VOUS
RENOU



- Le contenu idéologique de l'enseignement subi par les futurs travailleurs hospitaliers

Un des buts actuels de l'enseignement est de bien enfoncer dans la tête des étudiants quelle sera leur place dans la division hiérarchique du travail. Les moyens sont multiples et plus ou moins grossiers : rien n'est masqué dans certains cours magistraux (cf plus loin celui pour aides soignantes), qui sont même parfois polycopiés (cf plus loin celui pour secrétaires médicales). Mais le contenu de l'enseignement n'est pas toujours aussi caricatural. Chez les infirmières, la formulation reste directement idéologique (cf les articles du code de déontologie cités plus loin, et les critères d'appréciation des élèves infirmières en stage !). Par contre, dans bien d'autres cas, chez les étudiants en médecine, tout est beaucoup plus subtil, voilé ; mais c'est à eux seuls qu'on enseigne la thérapeutique ; ils seront ainsi progressivement persuadés qu'eux seuls sont capables de soigner, donc de commander aux autres, qui n'en sont pas capables.

Etudiants en médecine.

Ils croient donc qu'eux seuls pourront devenir les cadres supérieurs des hôpitaux, tout comme les élèves des grandes écoles finissent par croire, à force de se l'entendre seriner, qu'ils sont l'élite de la nation, les futurs cadres supérieurs, etc...

Il faut dire qu'en médecine les étudiants doivent tant bachôter, tant passer d'examens et de concours, que les élus finissent par croire qu'ils sont doués... alors qu'ils savent très bien qu'ils auront pratiquement tout oublié en très peu de temps

D'accord, cette analyse sur les étudiants en médecine est trop rapide : il faudrait qu'elle soit reprise, illustrée, pour montrer comment ces 7 années d'étude, de bachotage, de recrachage textuel du cours de Mr le Professeur Untel, agrégé..., déforment complètement un individu au niveau du langage, de l'écriture, de ses relations avec lui-même jusqu'à ses plaisanteries ! Chacun de ces points mériterait à lui seul de longs développements : dans un prochain numéro... ?

Pour les aides soignantes, pas besoin de discours. L'extrait d'un cours magistral (Lyon - printemps 72) définit clairement quelle sera la situation hiérarchique de l'aide-soignante :

Printemps 72 : Extrait d'un cours magistral intitulé :

"MORALE PROFESSIONNELLE DE L'AIDE SOIGNANTE"

L'aide soignante est une auxiliaire "médicale". Sa place est incorporée dans l'équipe et elle agit **sous la direction de l'infirmière.**

Les rôles d'une aide soignante

Son premier rôle est d'être capable par ses qualités professionnelles :

— d'assurer les soins prescrits au malade,

— d'assurer la vie normale du malade, l'hygiène de son habitat, de son alimentation...

Mais elle a aussi, par ses qualités humaines, une influence sur le bon équilibre physique et moral du travail.

Elle est tenue par sa conscience, en même temps qu'obligée par la loi, au secret professionnel.

Qualités professionnelles d'une aide soignante

Une technique parfaite constamment améliorée est à la base du métier lui-même.

La ponctualité est de règle.

La discipline est la grande qualité, **les ordres doivent être exécutés sans hésitation ni murmure, l'exécution doit être parfaite, le respect des consignes doit être strict.**

La loyauté, une grande honnêteté attirent la confiance de tous les médecins comme des malades. Il faut savoir avouer ses fautes, déclarer ses oublis. **On pardonnera** toujours une erreur ou un moment d'inattention. **On ne laissera jamais passer** la dissimulation, le mensonge, la tromperie.

Qualités humaines

La patience est indispensable en se persuadant à chaque instant que le malade est un être diminué.

Le dévouement est obligatoire dans la profession.

La bonne humeur est précieuse à tous.

La bonté doit être toujours égale avec les malades.

Secret professionnel

Elle n'a pas à renseigner la famille.

Elle ne doit révéler à quiconque qui elle soigne, pourquoi et pour combien de temps.

Une seule habitude : le silence.

Une seule réponse : adressez-vous au médecin.

—Le texte après réduction est devenu illisible. Nous ne l'avons donc pas joint et nous vous renvoyons aux commentaires ci-contre. De toute façon ce code de déontologie n'est pas inconnu aux élèves infirmières!

Pour les infirmières, le code de déontologie est clair : elles sont inférieures au corps médical, mais supérieures aux autres.

article 6 : **"Consciente de l'étendue de ses responsabilités, l'infirmière en connaît les limites** : elle ne recommande ou n'exécute un traitement sans prescription médicale qu'en cas d'urgence et, dans une telle éventualité, fait rapport au médecin dans le plus bref délai.

article 7 : "L'infirmière a l'obligation d'exécuter les prescriptions du médecin avec intelligence et loyauté (...)

article 8 : "Linfirmière doit éveiller et encourager la confiance envers le médecin et les autres membres de l'équipe sanitaire (...)"

Et cette place dans la hiérarchie s'accompagne d'exigences au niveau de la docilité exigée pour les infirmières, jusque dans leur vie personnelle et politique.

- Ainsi le prouve la reproduction intégrale ci-jointe des critères qui interviennent pour noter les élèves infirmières après leur stage ! La tenue, l'obéissance, la lèche, l'absence d'opinion personnelle sont donc les principales qualités de l'infirmière ! !
- Ainsi le prévoit d'ailleurs l'avant dernier article du code de déontologie de l'infirmière, article 13 :

"Dans sa conduite personnelle, l'infirmière ne doit pas aller sciemment à l'encontre des moeurs et coutumes de la communauté dans laquelle elle vit et travaille".

Et ces moeurs et coutumes cautionnent le système social hiérarchique actuel, accompagné de toute une façon de vivre.

Cette façon de vivre est aussi enseignée, plus insidieusement, dans les écoles d'infirmières. Le texte suivant le montre : il faut vivre en couple, avec des enfants et les grands parents, et dans une petite maison ! De nombreuses autres informations pourraient renforcer cette analyse, cerner le contenu idéologique de l'enseignement subi par les élèves infirmières. Si nous recevons des textes, l'analyse sera plus détaillée dans le prochain numéro d'Hosto-Action.

Voici le texte que nous a passé un élève infirmier :

Incroyable, mais vrai !

L'autre jour, je discutais avec un groupe d'élèves infirmières de première année. Elles parlaient des cours d'hygiène.

Je cite de mémoire.

– la monitrice : Les cours d'hygiène sont, comme vous le savez, assez ennuyeux.
Je vous propose donc de "construire" et d'aménager une maison conçue selon vous.

– les élèves : bof ! !

– la monitrice : vous vous mettez par groupes de six, chacun avec un travail déterminé que voici :
1er groupe : plan de la maison
2ème groupe : chauffage, etc...

[Pas mal, hein ! proposer en imposant !]

– la monitrice : que voulez-vous mettre dans cette maison ? Un couple bien sûr ! Combien d'enfants ?

– les élèves : avis différents dans la classe.

– la monitrice : pour que vous soyez toutes contentes nous y mettrons 4 enfants. L'aîné aura 17 ans, vous voulez ? 18 ans ? d'accord !

[Naturellement, sur le point de vue âge elles ont eu la parole ; de toute façon, 17 ou 18 ans, il sera toujours dans la maison, donc pas de problèmes, son plan ne changera pas.]

– la monitrice : et les grands-parents ?

– les élèves : nous n'en voulons pas !

– la monitrice : Comment ? Vous n'accepteriez pas que vos propres parents ou beaux-parents habitent chez vous ?

Mais oui, Madame la Monitrice, elles acceptent "votre grand-père".

C'est beau l'esprit de famille imposé à coups de belles phrases !

L'habileté, ou plutôt le "baratin", de la monitrice a permis que les élèves fassent une maquette, et oui ! une maquette à coups de belles phrases et de belles propositions du style "Votre maquette, si elle est jolie bien sûr, (ah ! les vaches) sera mise en exposition dans le hall de la nouvelle Ecole."

A nous d'agir maintenant.

Secrétariat médical

Les textes suivants parlent d'eux-mêmes. Ils définissent on ne peut mieux la place hiérarchique de la secrétaire médicale, entre "le patron" et "le personnel subalterne". Ces passages sont extraits du cours polycopié MEDICA, signés par le Docteur Vivier-Liberge - Cours Médica, 9 rue Maublanc - Paris 15ème.

L'auteur du cours insiste lui-même sur cette idée qui nous semble fondamentale : "Ce que vous devez acquérir, ce ne sont pas tant des connaissances précises, dont vous n'aurez que faire, qu'**une Formation, une Education, une Tournure d'Esprit**. indispensables sans lesquelles vous ne vous intégrerez jamais à la grande famille médicale."

Ce que nous voulons prouver dans le paragraphe B de ce chapitre est donc explicite dans le cours du Docteur Vivier-Liberge. Nous le formulons ainsi : l'enseignement a moins **pour but de dispenser des connaissances que d'inculquer une tournure d'esprit ; celle-ci permet l'intégration dans "la grande famille" hospitalière à un niveau hiérarchique précis!**

VEILLEZ A VOTRE TENUE QUI DOIT RESTER MODESTE, EFFACEE.

Nous ne vous demandons pas de revêtir un uniforme sévère, comme celui de la Croix Rouge ou des Assistantes Sociales, mais ceci doit être pour vous, quand même, sujet à réflexion. Si ces costumes ont été ainsi choisis d'une grande sévérité, c'est pour affirmer que la frivolité n'est pas de mise en présence de la douleur et de la souffrance. Encore une fois, nous ne vous en demandons pas tant, mais nous vous engageons très vivement à surveiller votre tenue qui ne doit être ni "St-Germain des Prés", ni "zazou", ni "sport". Elle ne doit pas être, non plus, d'une élégance exagérée, tapageuse ou de mauvais goût : ne croyez pas que c'est ainsi que vous affirmeriez votre "classe". Vous devez ne pas attirer l'attention d'une façon particulière, mais rester effacée, maquillage discret, coiffure sobre, mais toujours impeccable, d'une propreté indiscutable, mains soignées, chaussures propres.

LA SECRETAIRE REPRESENTE SON PATRON, ELLE DOIT DONC ETRE ASTREINTE A DES OBLIGATIONS ANALOGUES.

Chacun vous saura gré de votre modestie, de votre effacement. D'ailleurs, vous voici arrivée, et très rapidement vous revêtez votre blouse blanche : vous voilà déjà dans l'ambiance médicale, dans le milieu. (...)

AYEZ DE LA TENUE.

Aucun laissez-aller équivoque. Bien entendu, on ne doit pas, par exemple, vous voir fumer, ou vous faire les ongles, ou rectifier votre coiffure ou votre maquillage : c'est un manque d'éducation en tous lieux, qu'on ne saurait tolérer dans le milieu où vous êtes et à la place que vous occupez. Il y a place et temps pour chaque chose et ce qui doit se faire au lavabo ou hors d'une présence étrangère, ne doit pas être fait à votre bureau, en présence de quiconque.

Pas de familiarité avec qui que ce soit, pas de plaisanteries ou de conversations équivoques ; votre vie privée en particulier ne peut intéresser personne dans le service, évitez donc d'en parler.

SOYEZ VIGILANTE, PREVOYANTE.

Avant l'arrivée de votre patron, sachez avoir "L'OEIL DU MAITRE", c'est déjà par là que vous commencerez à affirmer vos qualités. Sachez du premier coup d'oeil voir "ce qui cloche".

VOTRE PATRON N'A PAS LE TEMPS DE S'OCCUPER DES DETAILS, VOUS DEVEZ Y VEILLER POUR LUI.

Voyez si la propreté des locaux est impeccable, si chaque chose est à sa place, s'il ne traîne pas d'objets, de pansements souillés, s'il n'y a pas de désordre visible pour un oeil étranger. Tout doit donner une impression de propreté méticuleuse, d'ordre parfait, de netteté absolue.

Veillez au ramplacement des journaux et revues de la salle d'attente qui sont souvent maculés, déchirés, salis ; s'il n'y a pas de cendre ou de bouts de cigarettes qui traînent.

Voyez si la blouse de votre patron n'a pas besoin d'être changée, si quoique propre elle n'est pas malencontreusement maculée, de même que le linge du cabinet. Vous me répondrez que c'est la tâche du personnel subalterne : "possible" mais si celui-ci n'a pas exécuté cette tâche, c'est VOUS qui en porterez la responsabilité et il est indispensable, pour être digne de votre poste, que vous ayez le SENS DES RESPONSABILITES.

RAPPELEZ-VOUS QUE SI VOTRE PATRON A PRIS UNE SECRETAIRE, C'EST QU'IL ESTIME N'AVOIR PAS LE TEMPS DE S'OCCUPER DES PETITES CHOSES, et, comme de leur exécution dépend la réputation de son cabinet, c'est sur vous qu'il doit compter pour leur vérification. Ne prenez, tout au moins au début, aucune initiative, en faisant par exemple des remontrances au personnel, ce qui pourrait entraîner des conflits gênants pour tout le monde : attendez que votre patron vous y ait autorisée ; mais rendez-lui compte rapidement sans vous apesantir sur les détails, de ce qui, à votre sens, ne va pas, et très vitre vous connaîtrez, d'après son caractère, ce que vous devez faire ou ne pas faire dans les cas semblables.

VOUS PROUVEREZ AINSI VOTRE VIGILANCE ET VOUS ACQUERREZ, PETIT A PETIT, L'AUTORITE QUI VOUS EST NECESSAIRE ET VOUS RENDRA PROGRESSIVEMENT INDISPENSABLE.

VOUS NE DEVEZ PAS ETRE UNE EMPLOYEE, MAIS UNE COLLABORATRICE.

Vous devez être EVEILLEE, ATTENTIVE, qu'il s'agisse de remplacer ou de faire remplacer une ampoule électrique, de veiller à ce que le stylo soit correctement rempli, le tampon buvard garni, le flacon d'alcopl, d'éther ou de teinture d'iode convenablement rempli.

Futilité ? Non, car c'est par la SECURITE et la COMMODITE que votre vigilance pour les menus détails lui donneront, que votre patron vous appréciera et ne saura plus se passer de vous. En même temps, par cette discipline indispensable, vous développez en vous des qualités fondamentales, qui vous permettront d'espérer accéder ultérieurement à des postes plus élevés. Encore une fois, ce que vous devez acquérir, ce ne sont pas tant des connaissances précises, dont vous n'aurez que faire, qu'une **FORMATION, UNE EDUCATION, UNE TOURNURE D'ESPRIT** indispensables, sans lesquelles vous ne vous intégrerez jamais à la grande famille médicale. Pesez bien tous ces mots, approfondissez-en bien le sens, et vous

comprendrez ce que nous attendons de vous et ce qui différencie une employée (mécanique indifférente à ce qui se passe autour d'elle, simple agent d'exécution plus ou moins parfait des ordres donnés, des consignes coutumières) d'une collaboratrice qui doit voir, qui doit prévoir, qui devine, avec le souci constant d'aider, de se rendre utile, de justifier sa présence et son emploi en rendant service, en soulageant le travail de celui qui l'emploie.

VOUS POURREZ ARRIVER A AVOIR LA POSSIBILITE D'INITIATIVES PERSONNELLES, INTELLIGEMMENT PROGRESSIVES.

Une employée ne doit jamais prendre d'initiative et c'est un slogan en honneur dans toutes administrations militaires ou civiles "pas de zèle, pas d'initiatives", slogan qui a sa raison d'être, car il s'agit de collectivités, dont un membre ne saurait avoir d'initiative personnelle sans risquer de compromettre gravement le fonctionnement de ladite collectivité.

Il n'en est pas de même de la Secrétaire, de la collaboratrice qui n'a pas de travail défini à exécuter, mais un rôle à remplir. Vous voyez, comme nous vous l'avons dit au début, combien petit à petit nous vous aidons à vous élever au-dessus du commun des mortels, à "prendre de la classe".

SOYEZ OBSERVATRICE, ATTENTIVE et OBEISSANTE AVANT TOUT.

Mais cela ne saurait être que très progressif. Ne croyez pas trop tôt à vos capacités, observez autour de vous les habitudes, les manies même de votre patron, et ne prenez d'initiative que lorsque vous serez sûre d'être en conformité de vues avec lui. Vous devez tout d'abord avoir une OBEISSANCE ABSOLUE : ne pas discuter des ordres que vos faibles aptitudes ne vous permettent pas d'interpréter. C'est une autre DISCIPLINE à assimiler : ouvrez vos yeux et vos oreilles ; ne vous croyez pas plus maline que vous n'êtes et cherchez avant tout à vous instruire, à compléter vos connaissances. Dites-vous que chaque chose a sa raison d'être que vous ignorez sans doute, et chaque chose que vous apprendrez ainsi vous donnera plus tard le droit et la possibilité de prendre quelques initiatives.

Dites-vous que le médecin qui vous emploie (et cela vous aurez à le constater chaque jour) se perfectionne de jour en jour, qu'il étudie continuellement, qu'il estime donc que ses connaissances sont incomplètes et que le perfectionnement dans son art est l'oeuvre du temps et de la persévérance. Faites comme lui : chaque jour vous aurez quelque chose à apprendre par vous-même, en observant et en sachant voir.

Comme nous vous l'avons dit au début, ce n'est pas par votre prétention, votre vanité, que vous vous imposerez, que vous prouverez votre "classe", mais par votre désir d'apprendre, votre faculté d'assimiler et votre faculté de savoir rester dans votre rôle, si humble dût-il être au début.

SOUVENEZ-VOUS EN, REGARDEZ, ECOUTEZ, RETENEZ, COMPRENEZ ET N'OUVREZ LA BOUCHE QU'A BON ESCIENT.

annexe 2

- L'industrie pharmaceutique détient un quasi monopole de l'enseignement thérapeutique

Nous publions ici la première partie d'un dossier important sur les scandales des laboratoires pharmaceutiques. Nous décrivons dans ce premier numéro la situation présente de l'industrie pharmaceutique et de l'enseignement de la thérapeutique. Dans le prochain numéro, nous aborderons les mécanismes de fonctionnement de cette industrie et son coût social.

En France, l'enseignement de la thérapeutique est *officiellement* confié aux professeurs des facultés de Médecine. *En fait*, il est assuré par la direction des grands labora toires pharmaceutiques.

Cet enseignement se trouve gravement dénaturé par des impératifs commerciaux et revient extrêmement cher à la communauté.

Du fait de la complexité des mécanismes intellectuels et économiques en cause, ces données sont mal connues du public et m ême du corps médical.

L'article qui suit permet d'éclairer d'un jour nouveau les curieuses insuffisances de l'enseignement coordonné en matière de thérapeutique, qu'ont remarquées les étudiants de chaque groupe.

Soigner en vue de guérir constitue le but ultime de l'activité médicale...

Mais qui apprend aux étudiants et aux médecins quels sont les médicaments efficaces et comment les manier dans chaque cas particulier ?

ESSENTIELLEMENT LES VISITEURS MEDICAUX (1)

(1) Il s'agit de 7 000 "représentants" des grandes firmes pharmaceutiques qui visitent régulièrement les cabinets médicaux et les hôpitaux.

Ceci parce que :

— le cours de thérapeutique (lui-même orienté : voir ci-dessous) ne dure que quelques mois et s'éloigne rapidement dans le temps.
— surchargés de travail, médecins et étudiants lisent peu les articles thérapeutiques, et écoutent peu les communications faites à des congrès sur ce genre de sujet.
— enfin, le recyclage officiel (E.P.U.) jouit d'une impopularité solide et généralement méritée.

Par contre, les délégués médicaux sont très actifs :
— 300 visites par an et par médecin ; un peu plus d'une par jour.
"enseignement" attrayant, rapide, simplifié à l'extrême, par un corps enseignant hyper-courtois, sympathique, patient, souvent intelligent.
— soutien des arguments oraux par des campagnes écrites insérées dans les revues professionnelles, ou adressées directement par la poste.
— appui de ces mêmes arguments par de luxueuses brochures qui tendent à donner confiance (même si elles ne sont pas lues, leur allure sérieuse peut impressionner).
— démonstration reprise dans un joli stand par le même garçon ou la même fille, à l'occasion des manifestations scientifiques.

Tout cela est omniprésent, admirablement coordonné par la direction marketing.

— en primes facultatives : séances de films scientifiques, jeux-concours de QCM avec prix, dîners

débats organisés par l'inévitable visiteur médical devenu, à force de patience, un "véritable copain" (pour preuve : la fréquence du tutoiement entre médecin et vieux visiteur passant depuis des années).

L'INFLUENCE DES PATRONS EST CENSEE CONTRE-BALANCER L'INFLUENCE DE CE DELUGE D'INFORMATIONS FOURNIES DIRECTEMENT PAR L'INDUSTRIE.

Comment ?
— par leurs cours de thérapeutique,
— par leurs conseils aux externes et aux internes,
— par leurs ordonnances, souvent recopiées avidement par leurs correspondants,
— par leurs articles thérapeutiques, leurs communications à des congrès.

Mais il faut savoir que les enseignants font presque tous des "expertises" de médicaments payées par les firmes entre 5 000 et 15 000 francs (jusqu'à 30 000 francs pour un grand leader national).

Les laboratoires leur offrent des voyages (pour des congrès), la production grâcieuse de leurs films scientifiques, des ouvrages pour leurs bibliothèques, des subventions désintéressées pour leurs recherches, etc...

Dans ces conditions, les plus intègres voient leurs prescriptions et leur enseignement gauchis en faveur des grands laboratoires — les plus généreux — dont ils connaissent personnellement médecins-conseils et directeurs ; ils sont tentés de privilégier les "grands produits" qu'on leur a confiés en expertise, même quand il s'agit de spécialités discutables. Enfin, il convient de souligner le fait qu'eux aussi connaissent très peu de produits par essai systèmatique personnel. Pour beaucoup de nouveautés, ils doivent se faire une opinion après lecture de la brochure et audition du visiteur médical. Le jugement, favorable ou défavorable, qu'ils émettent au bout du compte dépend bien peu des qualités réelles du produit... Et pourtant le message parvient au praticien par le canal prestigieux du "patron", ce qui lui donne un poids considérable.

L'ENSEIGNEMENT THERAPEUTIQUE FOURNI PAR L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE EST COMMANDE PAR DES IMPERATIFS STRICTEMENT ECONOMIQUES. TRES COUTEUX, IL S'AVERE CEPENDANT DE MAUVAISE QUALITE.

CET ENSEIGNEMENT EST EXTREMEMENT COUTEUX.

Une visite médicale revient à 52 francs ; une brochure à 7 francs en moyenne ; un morceau de carton (encart postal) à 1 franc. Une revue médicale nationale fait payer l'emplacement d'une annonce sur carton, en couleur, 10 000 francs, édition non comprise.

Dans ces conditions, chaque médecin "coûte" par année, environ :

— 13 000 francs de visites médicales ;

— 13 000 francs de papiers divers. Multiplié par 35 à 40 000 praticiens, cela donne environ un **milliard de francs** (cent milliards d'anciens francs), consacrés à "la mise à jour permanente des connaissances thérapeutiques du médecin", selon la formule de la Chambre Syndicale de l'Industrie Pharmaceutique.

Cette somme est répartie entre les différents fournisseurs qui parasitent les laboratoires : agences de publicité, revues médicales (1) (un numéro de la plus lue d'entre elles revient à environ 60 000 F et contient 300 000 F de publicité. D'où la possibilité de les faire paraître à un prix extrêmement bas qui ne couvre même pas le coût du papier et d'offrir aux abonnés, trois fois par an, des petites annonces gratuites).

Il apparaît évident qu'avec ce même argent, il serait possible d'assurer un enseignement post-universitaire médical de bonne qualité... tout en dégageant des sommes importantes à d'autres fins.

CET ENSEIGNEMENT S'AVERE PEU EFFICACE. LES CONSEILS PRODIGUES PAR LES VISITEURS MEDICAUX ET LES LABORATOIRES SONT CONTRADICTOIRES.

— Telle maison dit qu'il faut traiter l'hypertension tôt et énergiquement : elle vend le produit A.

(1) Il existe actuellement 700 périodiques médicaux, vivant principalement ou exclusivement de publicité pharmaceutique !

Telle autre, qu'il faut la respecter dans de multiples cas, l'essentiel étant de traiter l'arthérosclérose : elle vend le produit B.

— Un laboratoire affirme que la fatigue est due à une carence en vit. C (ce qui est exact dans le cas particulier du scorbut) ; un autre y voit essentiellement une défaillance en aspartate, etc... Aucun ne soulignera qu'elle est généralement liée à une mauvaise adaptation du sujet à ses conditions de vie : travail harassant, inhumain, abrutissant ; ou dans d'autres cas mauvaise organisation de la personnalité pouvant indiquer une psychothérapie.

— Un visiteur médical dira que l'important pour une pénicilline orale, c'est de résister au suc gastrique ; l'autre que c'est de résister à la pénicilline sanguine ; le troisième que c'est d'être semi-synthétique.

Au milieu de tout cela, le message (essentiel) du quatrième pourra passer inaperçu. Noyé sous de fausses nouveautés, le médecin aura pu laisser passer la seule vraie nouveauté dans le domaine des pénicillines : les pénicillines à spectre élargi, véritables super-tétracyclines.

"Moi, l'angine, je suis sensible à

LES DEMONSTRATIONS SONT SOUVENT FALLACIEUSES.

Le visiteur médical a reçu comme consignes :

a) D'utiliser largement l'argument de prestige. "Notre grande Maison", "Le Professeur X en est ravi". (Il s'agit en fait de 20 cas réunis par un externe de son service et pour lesquels il a touché un million).

b) De recourir à des glissements dans le raisonnement : les effets, tout à fait réels, de la forme injectable, seront attribués à la forme orale, et les résultats chez le chat donnés comme applicables à l'homme.

c) De valoriser la molécule nouvelle en passant sous silence le classique associé (papavérine, codéine, amidopyrine) qui assure seul l'efficacité du mélange... mais qui n'est pas une nouveauté et qui ne justifie pas le prix tout neuf !

Il est, par contre, tout à fait exceptionnel — et pour cause — de voir l'activité et la tolérance du produit réellement établies par un travail démonstratif : étude chez l'homme, en double aveugle avec la forme définitive (dragées ou suppositoires), dans l'indication exacte où le médicament est lancé, avec interprétation statistique des résultats.

LES LABORATOIRES POUSSENT, ENFIN, A LA CONSOMMATION.

"Posologies à augmenter... prescrire par trois grands coffrets à la fois, S.V.P.... notre produit peut s'associer à tout... à rajouter en fin d'ordonnance, S.V.P."

Si ce ne sont pas exactement les termes employés, c'est l'esprit !

L'argument sentimental aidant (ne pas faire de peine au visiteur médical X, ni au visiteur médical Y, si sympathiques), les ordonnances s'allongent d'année en année. Avec des risques croissants de non-prise par les malades — 50 % des prescriptions iraient à la poubelle, sans même que le conditionnement soit ouvert, selon une étude récente — et, plus rarement, des risques de potentialisation ou de synergie dangereuses : trois substances à forte action atropinique, camouflées dans trois soupes différentes, peuvent parfaitement se rencontrer fortuitement sur le même papier à en-tête.

CET ENSEIGNEMENT EST COMMANDE PAR DES IMPERATIFS PUREMENT COMMERCIAUX.

En régime d'économie libérale, une entreprise industrielle se donne pour objectif de réaliser, par tous les moyens légaux, une croissance rapide de son chiffre d'affaires (elle peut, par exemple, décider qu'elle doit doubler son chiffre d'affaires tous les quatre ans).

L'industrie pharmaceutique obéit rigoureusement à cette logique. Elle va donc recourir à différents procédés, soit communs à toutes les entreprises capitalistes, soit qui lui sont propres.

ELIMINATION PROGRESSIVE DES PRODUITS QUI VALENT MOINS DE QUATRE A SIX FRANCS LA BOITE ET QUI NE SONT PAS RENTABLES.

Il suffit pour cela de n'en plus jamais parler, ni en visite médicale, ni en publicité écrite.

Plus ou moins rapidement, le produit disparaîtra du marché, faute de prescripteurs.

CREATION DE PSEUDO-NOUVEAUTES.

Il s'agit de l'adjonction à ma vieille spécialité, seule efficace, d'une molécule coûteuse et inutile dans les indications préconisées.

La vitamine B6, B12, l'ornitnine, l'arginine, les extraits d'organes s'avèrent précieux.

La modernisation du conditionnement et le changement de dénomination aident à masquer la banalité de la formule.

Le médecin ne perçoit pas la manipulation et croit abandonner un vieux produit inefficace en faveur d'un nouveau plus actif. En fait, il obtient la même action thérapeutique à un prix plus élevé et sous un autre nom.

CREATION D'UNE MOLECULE NOUVELLE.

En modifiant légèrement une substance déjà brevetée, on obtient ce qu'il est convenu d'appeler "une molécule originale" (ce qui est exact sur le plan chimique, mais non sur le plan thérapeutique), molécule dont le prix est largement dépendant de l'arbitraire du fabricant, du fait même de cette nouveauté.

Ces tournages de brevet, sans intérêt scientifique réel, constituent une part essentielle de cette recherche particulièrement coûteuse sur laquelle insiste tant la Chambre Syndicale.

L'apparition de ces nouveautés n'empêche pas le nombre total des spécialités de diminuer régulièrement, Le retrait de nombreux produits anciens et bon marché compense, et au-delà, la création de quelques dizaines de produits chers. Le Vidal s'allège ainsi progressivement, mais le nombre et le prix moyen des spécialités vivantes, réellement prescrites, augmente très vite.

Bien entendu, ce phénomène, insoupçonné du corps médical, est parfaitement connu des commissions ministérielles qui accordent aux nouveautés pharmaceutiques le remboursement par la Sécurité Sociale... D'où quelques difficultés pour les directions de ces laboratoires.

Mais les membres de ces commissions ne sont pas des monstres et appartiennent à un petit monde "pharmaceutico-medico-administratif" que fréquentent activement les cadres supérieurs de l'industrie. Au cours de cocktails, déjeûners, chasses en Sologne, les participants se découvrent souvent des idées et des goûts communs, ce qui facilite ensuite l'examen bienveillant des dossiers proposés.

En définitive, il arrive fréquemment que le même laboratoire exploite simultanément deux à trois produits absolument équivalents dans la même indication. Bien entendu, seule la spécialité à 24 F sera poussée ; celle à 5 F sera négligée, celle à 1,40 F ridiculisée par le visiteur médical.

Tout cela est évident commercialement parlant, mais ne tient aucun compte de l'intérêt économique et vital de la communauté.

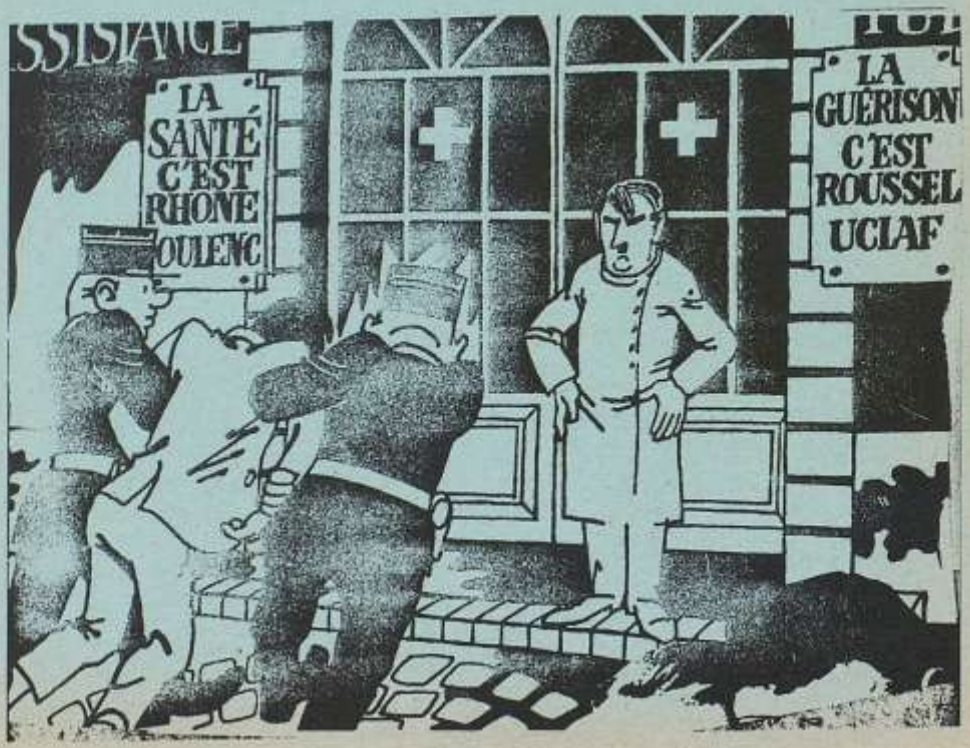
L'antagonisme entre les intérêts de la Santé et les intérêts du Capital a créé cette foire au profit, qui serait ridicule si elle n'était tragique. Car tous les jours, dans les hôpitaux, on "choisit" l'insuffisant rénal qui pourra bénéficier du rein artificiel, le cardiaque qui pourra entrer dans l'unité de soins intensifs.

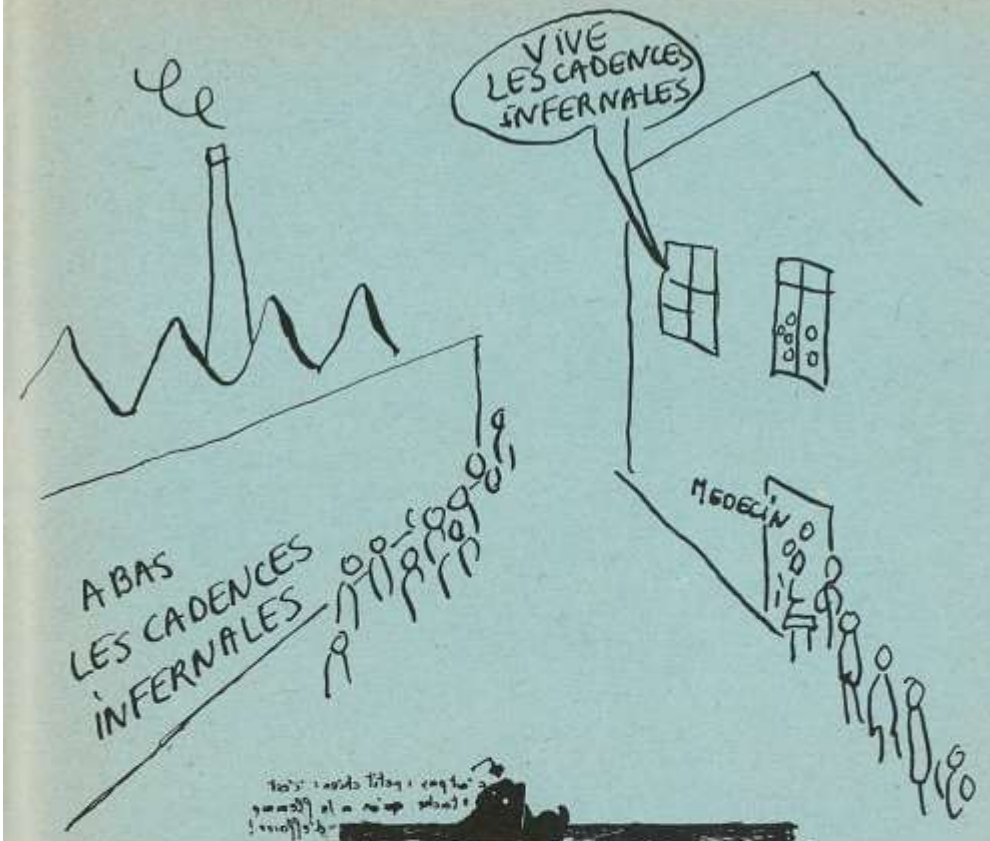
C'est paraît-il parce que l'on manque de crédits, argument qui permet de justifier l'organisation de grandes campagnes de mendicité publique, avec télévision et quêteuses bénévoles à l'appui.

Si le peuple a le coeur tendre et "répond toujours généreusement", les grands industriels, eux, pensent à leur chiffre d'affaires.

Notes de Lyon...

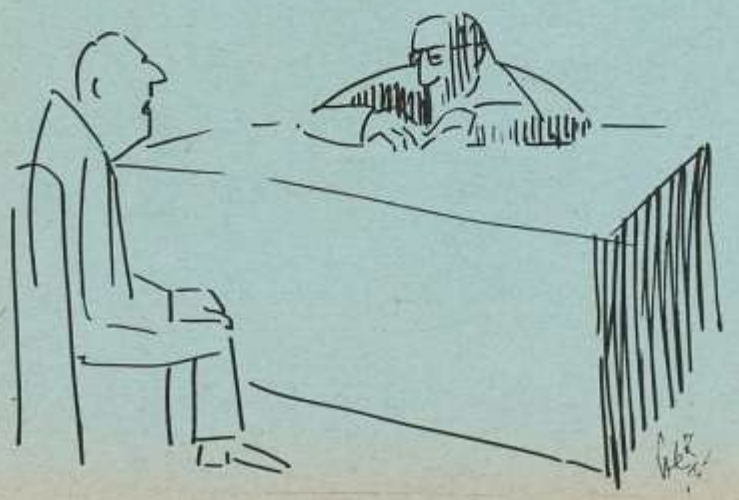
Des pourparlers étaient en cours à Lyon à la fin de l'année dernière pour que les cours de thérapeutique des étudiants en médecine soient pris en charge par un laboratoire pharmaceutique. Ce dernier aurait fourni des cours, certainement bien documentés et plus clairs que ceux que nous avons, et les polycopiés auraient été fournis gratuitement aux étudiants. Aux dires du représentant du laboratoire, cette manoeuvre représentait une publicité beaucoup plus rentable que les envois de brochures aux médecins installés et la pratique du porte à porte par les représentants de laboratoires pharmaceutiques.





DOCTEUR, JE VOUDRAIS PAS MOURIR

JE VAIS VOUS FAIRE UNE ORDONNANCE.



RHONE-POULENC
DIRECTION
La santé pour tous
REISER

LA SANTE

NOUS CONCERNE

TOUS

Que nous soyons malades ou non, nous refusons d'être des objets, ou des sujets passifs, chosifiés. C'est chacun de nous qui existe, qui est responsable de lui-même, de son corps comme de ses actes. **C'est chacun de nous qui entretient en permanence ses capacités physiques et intellectuelles (sa "force de travail"), qui les renouvelle. PERSONNE NE PEUT LE FAIRE A NOTRE PLACE.** Et, de la même façon, personne ne peut guérir à la place de celui qui est malade : **c'est lui qui restaure ou non son corps, qui espère ou non, etc...**

Ceci dit, il est évident que nous ne vivons pas seuls. Le contexte social dans lequel nous sommes insérés nous permet de développer ou non telle ou telle capacité physique ou intellectuelle

A – NOUS VOULONS COMPRENDRE NOTRE CORPS ET SES DEREGLEMENTS

C'est donc le contexte social qui fait que le malade ne sait rien sur sa maladie, et est entièrement dépendant de ceux qui savent, les médecins.

C'est la première barrière à combattre : nous voulons tous avoir suffisamment de connaissances sur nous-mêmes pour comprendre les dérèglements de notre santé, pour ne pas être totalement dépendants de spécialistes, pour ne plus nous présenter à eux comme des objets passifs. Car si nous avons suffisamment de connaissances au départ, **nous pourrons nous passer du spécialiste dans certains cas** (*). Et quand nous ne le pourrons pas, l'entretien que nous aurons avec lui augmentera notre savoir !

(*) Ma mère, qui a eu 6 enfants, s'en passe déjà depuis fort longtemps ! Son diagnostic est sûr, et elle sait quels médicaments sont efficaces. Elle appelle quand même le docteur, pour confirmation ! Elle ne s'est pas encore trompée !

La revendication qui, au terme du chapitre précédent, était celle des travailleurs hospitaliers, s'étend donc à l'ensemble du public, car nous sommes tous des "malades potentiels". NOUS VOULONS TOUS AVOIR ACCES AU SAVOIR MEDICAL, DES NOTRE PLUS JEUNE AGE.

Il est bien connu que nous ne retenons bien que ce qui nous concerne directement. Aussi bien oublions-nous très vite la plupart des connaissances qui nous sont imposées à l'école. Or, en ce qui concerne notre santé, nous sommes tous directement concernés : nous sommes motivés pour apprendre. Un enseignement médical précoce, bien conçu, aurait des résultats surprenants !

Et chaque individu serait aussi très motivé pour se recycler en permanence dans ce domaine.

Le problème des hôpitaux, abordé par ce dossier, se poserait alors dans des termes complètement nouveaux.

B – NOUS VOULONS CONTROLER LA SOCIETE, PARCE QU'ELLE EST RESPONSABLE DES DEREGLEMENTS DE NOTRE SANTE

Les textes suivants parlent des accidents de travail, des maladies professionnelles. Il faudrait aussi parler des accidents de la route et des gaz d'échappement des voitures, une des sources principales de la pollution de l'air : **mais les trusts automobiles sont parmi les plus puissants !**

Il faudrait aussi parler de la pollution industrielle, des fumées de Feyzin à Lyon ; des centrales nucléaires, de l'augmentation du pourcentage des leucémies et cancers, et des dangers potentiels de l'industrie nucléaire, qui font frémir l'imagination... **Mais là encore nous heurtons des trusts tout puissants, qu'ils soient privés ou nationalisés.**

Il faudrait parler des produits toxiques balancés sur les cultures, des techniques effrayantes utilisées par les industries alimentaires, etc... **mais là encore et toujours, de gros intérêts sont en jeu !**

Et parler de l'essentiel : le temps de travail imposé, et dans quelles conditions, à des millions de travailleurs !

Notre revendication est alors de savoir.

Nous voulons connaître les causes actuelles des maladies. Nous voulons savoir avec précision ce que les industriels mettent dans l'air, l'eau, les aliments ; et quelles conséquences cela a sur notre santé.

Evidemment, savoir n'est pas notre but suprême. **Mais nous devons savoir pour pouvoir nous organiser**, enlever le pouvoir à ceux qui nous tuent à petit feu pour leur seul profit immédiat ; et ensuite assumer ce pouvoir, collectivement, de façon responsable.

P.S. Les textes suivants ont été rédigés de la façon suivante.

1 – **Qu'est-ce qu'être malade ?** par quelques externes et internes, en reprenant les idées exprimées au cours de plusieurs réunions publiques organisées à Lyon par le Groupe Hosto-Action (à partir de l'enregistrement de ces réunions).

2 – **Les maladies du plomb des travailleurs Penarroya.**
Ce texte a été extrait d'un document ronéoté par "les Cahiers de Mai" (30 rue Sergent Blandan, Lyon 1er). Il a été rédigé par le Comité de Soutien des travailleurs Penarroya, en liaison directe avec ces travailleurs ; quelques personnes de certains services hospitaliers et de laboratoires médicaux ont directement contribué à la rédaction du texte que nous reprenons ici.

3 – **Quelques rem arques sur les accidents de travail et les maladies professionnelles.**
Texte rédigé par quelques jeunes internes du Groupe Hosto-Action, Lyon.

Qu'est ce qu'être malade ?

??????? ? ???????

La maladie est une souffrance morale ou physique qui, à partir d'un certain degré, entraîne l'appel au médecin ...

QUELLE EST LA DEMANDE DU MALADE au médecin ?

Le malade qui ne se sent pas dans son état habituel, qui souffre, demande à **être soulagé** au plus tôt et le plus définitivement possible.

QUELLE EST LA REPONSE DU MEDECIN à cette demande ?

On peut la schématiser en deux temps

1 – **Le diagnostic :** il consiste à rassembler les troubles que ressent le malade et qu'il raconte, et les éléments qu'apporte l'examen du malade, et de faire l'analyse et la synthèse des deux pour donner une étiquette à la maladie.
Cette étiquette peut être de trois types (en simplifiant un peu)

- *maladie organique*, c'est-à-dire due à une atteinte précise, à une lésion d'un ou de plusieurs organes bien définis.
- *maladie psychiâtrique.*
- *maladie fonctionnelle* correspondant à un ensemble de troubles plus ou moins vagues, plus ou moins diffus, sans lésion réelle d'organe. On admet que des phénomènes psychologiques y entrent en jeu.

2 – **Les soins, le traitement**

- pour une maladie organique définie, le traitement est bien codifié dans sa ligne générale, (le médecin prescrira un ou plusieurs médicaments d'une série donnée). C'est la cause des troubles que l'on cherche à supprimer. C'est à ce type de maladie (20 % seulement des consultations) que correspond presque exclusivement la formation des médecins.
- pour une maladie psychiâtrique, le médecin adressera le malade à un psychiâtre.
- pour une maladie fonctionnelle, le médecin essaie de faire disparaître des troubles, mais pas leur cause qu'il ne peut déterminer précisément et qui n'est pas "médicale".

QUE DEVIENT LE MALADE DANS TOUT CA ?

- **il se remet entre les mains du médecin sous le sceau du secret : c'est "son médecin en qui il a confiance et qui sait mieux que lui ce qui lui est nécessaire".**
- **il est entièrement passif face à l'autorité toute puissante du médecin.**
- **tout se passe pour le médecin comme si le malade n'était pas concerné par sa maladie et par les conséquences qu'elle aura sur lui.**
- **il est renvoyé dans son milieu de vie (travail, famille...) qui souvent entre en jeu dans les causes de sa maladie (surtout pour les maladies fonctionnelles, ou les maladies du travail...). La guérison est donc aléatoire et les rechutes très probables et en fait très fréquentes.**

PEUT-ON ENVISAGER
QUE LE MALADE SOIT ACTIF ?
QUE LES RECHUTES SOIENT EVITEES ?
Actuellement NON...
POURQUOI ?

1 – **Le savoir médical est monopolisé par une élite sélectionnée par des diplômes**, et la plus grande part des gens ignore totalement les données élémentaires du fonctionnement des organes et même de l'hygiène courante... Il est donc **impossible** que le malade comprenne les mécanismes de ses troubles, le pourquoi de sa maladie : **il ne peut pas** prendre en charge lui-même sa maladie... **il est obligé de s'en remettre totalement au médecin.**

2 – **Le milieu et les conditions de vie sont toujours LES MEMES, avant, pendant et après la maladie**, rien n'y a changé... et cela ne concerne pas le médecin.

– cadences et conditions de travail
– bruit, pollution
– problèmes familiaux
– solitude et incommunicabilité dans les villes
– etc, ...

3 – **La maladie est considérée comme un PHENOMENE INDIVIDUEL** (sauf du point de vue matériel : sécurité sociale...), intéressant seul l'individu malade : tout se passe comme si le problème d'une maladie était limité à la personne seule qu'elle atteint.

Cette manière de voir permet de nier facilement

- **l'influence de la maladie sur le groupe dont fait partie le malade**

ex. : rien n'est prévu pour les enfants d'une mère de famille qui doit être hospitalisée, elle doit par ses propres moyens trouver des personnes qui s'occuperont d'eux...

- **et inversement, l'influence du groupe sur le malade**

ex. : enfant qui vomit tout ce qu'il mange, qui maigrit sans que le médecin puisse trouver de cause "médicale", mais dont les parents se disputent continuellement.

NE PEUT-ON ENVISAGER UNE INFORMATION, UN ENSEIGNEMENT DES BASES MEDICALES ELEMENTAIRES A TOUT LE MONDE, commençant par une meilleure connaissance de notre propre corps et de son fonctionnement, et débutant dès le plus jeune âge (les "sciences naturelles" sont enseignées de nos jours de façon tellement théorique qu'il est impossible de faire la liaison entre elles et ce qui se passe réellement dans notre corps).

Cet enseignement permettrait à chacun de prévenir certaines maladies, au malade de mieux comprendre son mal, de se prendre en charge lui-même.

NE PEUT-ON PENSER QUE LA PREVENTION DE BON NOMBRE DE MALADIES COMMENCE PAR UNE MODIFICATION DU MILIEU DE VIE, DES CONDITIONS DE TRAVAIL, D'AMBIANCE ... et qu'il vaut mieux prévenir un mal par des moyens cohérents et collectifs que soit-disant guérir un invividu en niant les causes réelles de son mal ?

DES MALADES JUGENT LEURS HOPITAUX

Interrogés pour les besoins d'une enquête sur l'"humanisation" des hôpitaux, deux cent quarante neuf visiteurs, sept cent quatre vingt dix consultants, mille cent soixante et onze hospitalisés ont décrit ce qui leur paraissait "inacceptable" dans ces établissements.

De leurs réponses se dégagent notamment les griefs suivants :

● **POUR LES CONSULTANTS,** sont inacceptables :

— Les attentes. Parmi les consultants *convoqués* 50 % ont attendu plus d'une heure. Pour les autres, des attentes de trois heures ne sont pas l'exception ;

— L'insuffisance des indications pratiques (absence ou insuffisance de flèches et panneaux d'orientation) ;

— Le manque d'informations générales ;

— La perte de temps pour des examens complémentaires et les résultats.

● **POUR LES HOSPITALISES,** sont inacceptables :

— La rareté des objets de première nécessité fournis aux personnes admises d'urgence (brosses à dents, etc.) ;

— L'insuffisance de contact, voire le "fossé" entre les malades et les médecins ;

— Le fait de devoir assister à un décès dans un lit voisin du sien (le quart des malades interrogés ont assisté à un décès et en gardent un souvenir pénible) ;

— L'insuffisance de loisirs, eu égard à une inactivité physique forcée 40 % seulement des sujets lisent ; pour les 77 % qui s'intéressent à l'actualité, 32 % déclarent ne pas pouvoir s'informer autant qu'ils le désirent ; 73 % ne disposent pas d'un poste de radio ; 36 % ne peuvent pas se procurer de journaux ou revues dans le service, 20 % des malades avouent qu'ils restent totalement inactifs ;

— La vétusté, l'insuffisance et l'encombrement des installations sanitaires. Cela a empêché notamment 20 % des intéressés de faire normalement leur toilette.

Hormis les bruits habituels qui incommodent environ 25 % des malades, des bruits jugés "insupportables" par 22 % des hospitalisés émanent du personnel hospitalier et des autres malades.

M. A.-R.

extrait du Monde 9/02/72

Les maladies du plomb des travailleurs de Penarroya.

Tout travail nécessitant un contact fréquent avec le plomb ou ses composés et les substances en contenant expose à l'intoxication par le plomb ou saturnisme. La simple présence dans des locaux où le plomb est traité suffit pour provoquer cette maladie. A l'usine PENARROYA de LYON, le foyer où logent les ouvriers est au milieu de l'usine et, par certains vents, les fumées arrivent directement sur les fenêtres.

La concentration maximum tolérable des vapeurs de plomb dans l'air a été fixée par les hygiénistes américains en 1968 à 0,2 mg par m3. En fait, dans des ateliers de fabrication et de réparation des accumulateurs au plomb on a trouvé des concentrations de 3 mg par m3. Le démontage, la destruction des vieilles batteries, la récupération du plomb sont générateurs de poussières et de vapeurs, et au cours de certaines opérations on a trouvé à hauteur de visage des concentrations de 40 mg par m3, chiffre vraiment énorme. A PENARROYA SAINT-DENIS, des prélèvements d'air ont été faits sans que le personnel ait pu obtenir les résultats.

LES MALADIES DU PLOMB :

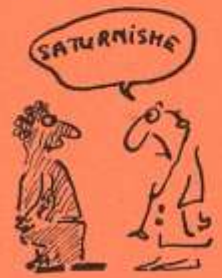
Les travailleurs qui y sont exposés peuvent ingérer du plomb soit en respirant des poussières très fines et des vapeurs, soit en avalant de grosses poussières en buvant, en mangeant, en fumant, en portant à leur bouche leurs doigts salis, enfin par les plaies.

Une partie du plomb ingéré reste dans le corps et s'accumule, plus ou moins rapidement selon les cas, le saturnisme.

Cette maladie se caractérise par :

– des atteintes au système nerveux, pouvant provoquer des maux de tête, des lésions du cerveau, des atteintes à la vision allant jusqu'à la cécité, la surdité, la paralysie des mains.

– la diminution des globules rouges dans le sang, entraînant une anémie. Toujours dans le sang l'apparition d'"hématies ponctuées", maladie des globules rouges (les globules rouges jeunes perdent leur noyau). Le rapport entre le nombre d'hématies ponctuées et le nombre de globules blancs dans le sang donnent une idée de la gravité de la contamination. Normalement ce rapport est nul. Il peut atteindre 10 %, parfois 30 %. A titre indicatif :



– un ouvrier de LYON, déjà hospitalisé deux fois pour saturnisme, présentait une valeur de ce rapport d'environ 250 %.

– en 1958, ce rapport était de 10 % pour 90 % du personnel PENARROYA SAINT-DENIS.

– des lésions irréversibles des reins qui peuvent apparaître très rapidement et sont mortelles en quelques années. Ces lésions, non douloureuses, ne peuvent être décelées que par des analyses de sang et d'urine.

– des coliques accompagnées de constipation qui peuvent atteindre un stade aigu, les "coliques du plomb" semblables aux douleurs occasionnées par une occlusion intestinale.

– des douleurs musculaires articulaires, les "rhumatismes saturnins".

LA LEGISLATION

Le saturnisme a été la première maladie reconnue comme professionnelle et des textes à ce sujet ont été publiés dès 1913. La législation est très en retard. Les signes nécessaires pour que la maladie soit reconnue professionnelle sont très graves. Toutes les souffrances d'un ouvrier (perte de la vue, surdité, légère paralysie, maux de ventre chroniques), ne sont pas reconnues comme maladie professionnelle, même si tout un ensemble d'examens prouve l'atteinte par le plomb. Le droit à l'indemnisation n'est reconnu qu'à des infirmes qui, la plupart, ne pourront plus travailler.

Les résultats des examens de dépistage ne sont connus que de l'entreprise. Légalement seul le médecin du travail, payé par l'entreprise, doit en avoir connaissance, mais en aucun cas l'ouvrier sur lequel ils sont pourtant pratiqués. Il est donc facile à l'entreprise de harceler l'ouvrier malade et de faire en sorte qu'il parte de son plein gré sans que la maladie soit reconnue, et sans qu'ils sache qu'il est en danger. Seuls à PENARROYA les ouvriers de SAINT-DENIS ont obtenu en 1971 la remise d'une copie des résultats d'examens. Ces examens sont d'ailleurs insuffisants : le dosage du plomb dans le sang et les urines par exemple n'est pas obligatoire.

Les mesures de prévention obligatoires sont de trois ordres. Beaucoup de ces mesures ne sont pas appliquées dans les entreprises.

1) **Prévention technique :** état des locaux de travail (aspiration des vapeurs, aération, murs et sols lavables,...). Rien n'est prévu pour le matériel de travail.

2) **Protection individuelle :** habillement, locaux hygiéniques, un temps de douche payé comme temps de travail et au moins une douche pour huit personnes. En fait, à PENARROYA SAINT-DENIS, il y a de tels courants d'air dans les locaux des douches qu'il fait trop froid pour en prendre. A LYON, les douches sont en mauvais état et pas assez nombreuses.

Un avis doit être affiché visiblement dans les ateliers. On peut y lire notamment : "l'ouvrier ne

doit ni boire, ni manger, ni fumer. A la fin du travail, il doit enlever ses vêtements de travail, procéder à une toilette minutieuse, laver soigneusement les parties de son corps souillées et particulièrement les mains, brosser les ongles qui doivent être taillés courts, se rincer la bouche avant chaque repas, se nettoyer les narines avec un coton humide..." A PENARROYA LYON, aucune consigne n'a jamais été communiquée aux ouvriers qui, de toute façon n'auraient aucun moyen de les appliquer : il n'y a rien pour se laver les mains dans l'atelier ou à la cantine ; il est interdit de se rendre à la cantine durant les heures de travail (8 h) et les ouvriers mangent avec du plomb sur les mains. Dans l'ensemble de l'usine les ouvriers fument, chiquent et boivent dans les ateliers. Selon l'expérience des ouvriers de SAINT-DENIS, plutôt que de s'en tenir à ces lois dépourvues de réalité, il faudrait installer partout des lavabos où les ouvriers puissent se laver les mains pour fumer, , et des distributeurs automatiques avec gobelets jetables.

3) **Prévention médicale** : examens cliniques et biologiques à l'embauche, puis régulièrement. A PENARROYA LYON, deux types d'examens de dépistage sont pratiqués :

– tous les ans sur tous les ouvriers, une radio des poumons ;

– tous les 6 mois pour les seuls ouvriers du plomb un examen sanguin (vraisemblablement recherche d'hématies ponctuées).

Les ouvriers des autres ateliers que celui du plomb ne subissent aucun dépistage (pourtant la contamination s'y exerce par les vapeurs et poussières). La façon très particulière dont sont appliqués ces dépistages sera illustrée plus loin. A PENARROYA LYON il n'y a pas d'infirmerie, pas de secouristes, pas même une boîte de secours.

En fait, dans les conditions de travail et d'absence d'hygiène et de sécurité de l'usine de LYON, le saturnisme n'est pas la seule maladie professionnelle à redouter : l'atmosphère malsaine (aucune fleur ne pousse plus dans le quartier depuis longtemps) et le travail pénible provoquent l'anémie, le chlore des fours à aluminium et les poussières de bronze et d'aluminium rongent les poumons. Mais il n'est pas question pour le patron d'assainir une usine qui doit être déménagée bientôt (à VILLEFRANCHE, en 1973).

QUELQUES EXEMPLES A L'USINE DE LYON

Un ouvrier travaille au plomb depuis 7 ans. Un beau jour on le mute : "tu seras mieux, il n'y aura pas de poussière où tu travailleras" lui dit le chef du personnel. Il cherche à comprendre, va voir son ancien chef d'atelier qui, après s'être renseigné, revient lui dire : "le docteur a dit que tu avais du plomb dans le sang". On ne lui a pas dit de se soigner ni comment le faire, pas plus qu'aux autres ouvriers que l'on mute parfois de l'atelier du plomb. Cet ouvrier est actuellement mal en point.

Un ouvrier passe récemment la radio. Le docteur de l'usine lui dit qu'il a de la poussière dans les poumons (il a promis récemment, sous la pression des ouvriers de l'usine, de communiquer tous les résultats). L'ouvrier s'étonne. Le docteur affirme : "c'est de la poussière du Maroc". Effectivement l'ouvrier était conducteur d'engins au Maroc, pendant 16 ans. Mais pourquoi cette poussière n'a-t-elle pas été dépistée au cours des deux visites précédentes, ou à l'embauche (l'ouvrier est en France depuis deux ans) ? Et comment doit-il se soigner ? En fait le patron préfère sûrement embaucher un ouvrier un peu diminué physiquement peut-être, mais déjà formé à la vie ouvrière et pourvu d'une qualification, quitte à le rejeter plus tard, lorsqu'il sera totalement usé.

Lorsqu'il est reconnu malade, parce qu'on l'a transporté d'urgence à l'hôpital, l'ouvrier nord-africain n'est pas pour autant au bout de ses peines. Il ne peut pas comprendre grand-chose au fonctionnement de l'administration hospitalière et de la Sécurité Sociale. Alors il n'est pas remboursé, sa maladie professionnelle n'est pas reconnue, il ne peut pas continuer à se soigner. Tout se passe comme si on cherchait à le dégoûter de se soigner et, lorsqu'il est très malade, à le pousser à rentrer chez lui.

quelques remarques sur les accidents de travail et sur les maladies professionnelles

I La médecine du travail se définit comme étant une médecine préventive instituée pour préserver la santé des travailleurs et mener à bien la prévention des risques professionnels.

Elle est instituée en France depuis 1941.
En principe :
* elle assure le dépistage
* recherche une adaptation de l'homme à son travail, et non l'inverse théoriquement : orientation biologique de la main d'oeuvre.
* améliore les conditions du travail de l'homme ? ?
* conseille l'entreprise : mais pourquoi ?

* Visite d'embauche qui, en fait, n'a lieu que pour voir si l'arrivant sera véritablement rentable.
* Visite périodique annuelle, vérifie en fait le maintien de la rentabilité.
* Visite de reprise.
* Visite de poste d'atelier afin de juger les conditions de travail.

Mais le médecin du travail n'est pas thérapeute.
De plus, juridiquement, il est nommé par la direction, sous réserve de l'accord du comité d'entreprise et le chef de l'établissement est responsable du service de médecine du travail de l'usine.

Enfin, il est sous l'autorité administrative de la direction
Cette seule et dernière constatation est éloquente dans la mesure où l'on sait que la direction est au service de ... la direction !

II Les accidents du travail :

Ils constituent la plus importante cause de décès avant 40 ans !
Les accidents (en dehors des accidents du travail de trajet) étaient il y a 10 ans de 1.000.000 par an, représentent un coût de 3 milliards de francs par an (80.000 graves, 2.000 mortels).
La plupart seraient évitables.

III Les maladies professionnelles, c'est-à-dire causées par l'exercice habituel du métier :

Elles se multiplient du fait des progrès de l'industrie chimique, de l'évolution des techniques et de la non observation des consignes de sécurité tant par la direction de l'entreprise que par le personnel à qui la protection est mal enseignée.
L'étude des risques professionnels et leur prévention constitue un important aspect des tâches du médecin du travail, elle est en évolution ... écoutons bien, "elle suit (et ne précède surtout pas !) **les développements de la technique**".

IV Tableau des maladies professionnelles.

*** Il existe un certain nombre de maladies reconnues comme étant professionnelles, 48.** Toutes peuvent être graves, parmi elles :

– Intoxication aux hydrocarbures (type benzène)
→ atteinte de la moelle, maladies du sang.

– Intoxication par les solvants (méthane)

– Saturnisme (plomb)
→ anémie, colique, paralysies, encéphalopathies, atteintes rénales graves, goutte.

– Intoxication au mercure
→ très grave.

– Bruit
→ troubles psychiques.
→ surdité qui, pour être indemnisée, doit répondre à des critères précis.

– Arsenic

– Fatigue
→ surmenage (pas indemnisé)

– Les rayons x s'accumulant dans l'organisme.

Notons à ce propos que les méthodes thérapeutiques modernes et les centrales nucléaires nous promettent de bonnes générations de débiles ... à moins que ...

*** Indemnisation :**

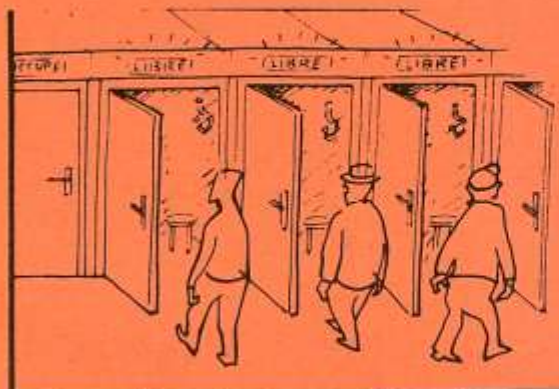
Dans tous les cas, la victime n'a le droit d'être indemnisée que si elle présente les différents symptômes énumérés dans le tableau.
Le malade n'est indemnisé qu'une fois l'affection constatée, la loi le veut ainsi !
Mais il existe le cas particulier de la silicose : le malade n'est indemnisé que s'il présente une des 4 complications suivantes : insuffisance cardiaque, pneumothorax, abcès ou dilatation des bronches.

En règle générale, la loi est toujours en retard sur la réalité.

Certaines maladies incontestablement professionnelles telles les dermatoses ne sont pas indemnisées car pas encore reconnues.

V Les nombreux accidents du travail et maladies professionnelles impliquent un nombre important d'handicapés.

Actuellement, 1,5 million dont la moitié sont sans emploi. En effet, la visite d'embauche peut être soumise au droit de veto du directeur (et alors la lenteur administrative fera le reste ...) et, même s'il est accepté, il peut subir des réductions de salaire de 20 %.



CÉRÉMONIAL.

ATTENTE ANGOISSEE, PRESQUE À POIL, DANS PETITES CABINES.

ÇA S'ALLUME : " ENTREZ!"

ET VOILÀ LE PATIENT CONFRONTÉ, NON À UN SIMPLE MÉDECIN, MAIS AU REPRÉSENTANT SUR TERRE DE LA DIVINITÉ PATRONALE.

CONVENABLEMENT HOUSPILLÉ IL RECOUVRE AUSSITÔT SON HUMILITÉ ET LA CONSCIENCE DE SA PETITESSE.

EN SORTANT PEUT S'ÉCRIER :

"LE GRAND MANITOU EXISTE J'AI RENCONTRÉ SON SORCIER !"

SOMMAIRE DU NUMERO UN [1] DE LABO-CONTESTATION

EDITORIAL 1

I) — **Faut-il des domestiques ?** 3
- A) — Quelques faits 3
- B) — Introduction à un débat sur la suppression des domestiques dans les labos 7

II) — **A quoi sert l'enseignement ?** 12
- A) — L'enseignement vu par les étudiants 12
- B) — L'enseignement vu par les enseignants 16
- C) — Introduction à un débat sur la signification de l'enseignement dans la société capitaliste 19

III) — **Les patrons de recherche et les femmes.** Introduction à IV et V — 22

IV) — **Le patron dans SON labo** 26
- A) — Les pouvoirs du patron 26
- B) — Les chercheurs face au patron 28
- C) — Les patrons dirigent-ils la recherche de leurs élèves ? 30

V) — **Le chercheur scientifique : sainteté ou martyre ?** 32
- A) — La vie des chercheurs : quelques faits 32
  - — saintes illusions 32
  - — les moteurs de la recherche : concurrence et carrière 32
  - — les conséquences de la course : vie ou martyr ? 34
- B) — Introduction à un débat sur la place de la recherche dans une société capitaliste 38

[1] 5 F l'exemplaire. Ecrire à Labo-Contestation, B.P. 24, 69 Sainte-Foy-les-Lyon.

1

Ce numéro 1, c'est l'équivalent pour les labos de ce n° 01 d'HOSTO-ACTION pour les hôpitaux.

On vient de faire un 3e tirage pour répondre à la demande

... à nous demander tant qu'il en reste !

2

Dans ce numéro 2, des vacataires de son labo révèlent l'autre face de Leprince Ringuet, celle qu'il ne montre jamais à la T.V.

La folie passe à l'IBPC, comme dans tous les labos ; mais là on la voit passer...

La diffusion de ces textes donnent aux luttes qu'ils racontent un poids politique certain.

En même temps, des débats sont amorcés.

LABO-CONTESTATION

N° 2 — **- 3 F -**

LABO LEPRINCE-RINGUET (par les vacataires)

ORSAY : Grève D.E.A.

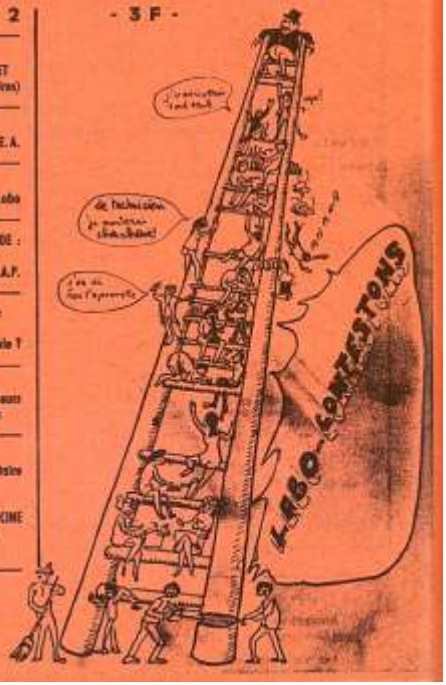
I.B.P.C. : Folie au Labo

BUREAUX D'ÉTUDE :
- C.N.C.E.
- C.E.P.R.E.M.A.P.

GROTHENDIECK : Savant responsable ?

De la misère des chercheurs de 30 ans

Lettres :
- Une secrétaire
- DIJON
- PARIS-MÉDECINE
- ORLÉANS



10 F pour les 4 premiers numéros de LABO-CONTEST.

écrire à L.C., 33 Rue Burdeau - Lyon 1:
c.c.p. clément 74 39 34 LYON

C'est possible, et souhaitable de s' ABONNER à Labo-Contestation : 15 F. minimum pour les 4 prochains n°s

numéros prévus :

- par des vétos et techniciens agricoles, sur la critique de leurs fonctions (en cours rédaction + confection)
- par des chercheurs et techniciens : les copains de Marseille prennent en charge le prochain numéro
- par des ingénieurs et techniciens d'entreprise, sur l'analyse et la critique de leurs fonctions : ils ont commencé...
- et bien sur Hosto-Action 02, 03, 04 ....

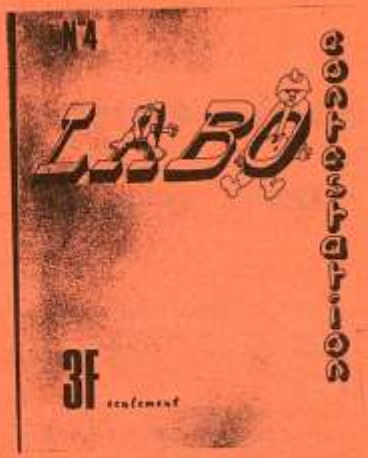
* * * * * * * * *

3

Ce numéro 3, c'est le plus gros
118 pages - 5 F -
il contient plusieurs dossiers :

- luttes dans un labo à Naples
- "luttes" dans un bureau d'étude, avec essai de partage de salaires...
- dénonciation des sondages d'opinion

il essaye de lancer des débats
...

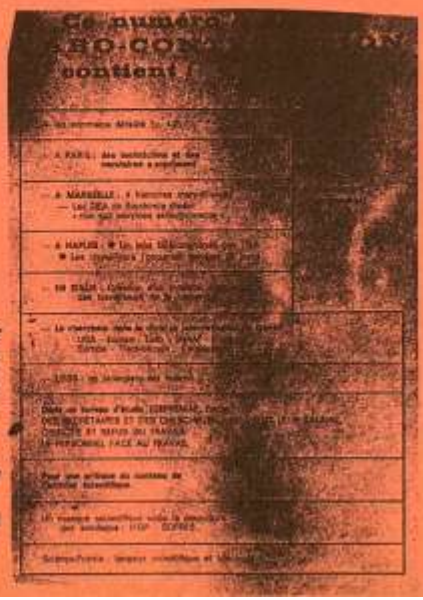


4

Dans ce n° 4, on commence à parler des hôpitaux (cf. p. 89)

Ce numéro est accompagné de dossiers zoncotés (pour les abonnés) ; il reste encore quelques uns de ces dossiers -

* * * * *



HISTORIQUE DE LA REALISATION DE CE DOSSIER

hosto-action qui c'est ?

1 – Le n° 4 de Labo-Contestation, contenait une série de textes sur les hôpitaux :

– quêtes sur le cancer , le viol des foules
– secrétariat médical : des secrétaires faites au moule
– hôpital des Invalides de Lyon
– hôpital cardiologique de Lyon
– luttes santé Bretagne
– luttes hospitalières à Villejuif
– maladie du travail : l'asbestose ou amiantose (Ferrodo)
– présentation d'un journal d'assistantes sociales

Il est possible de se procurer ce n° 4 et même d'en diffuser (3 F. l'exemplaire – 20 F. pour 10 exemplaires. Ecrire à Labo-Contestation – B.P. 24 - 69/Sainte-Foy-les-Lyon – C.C.P. Clément 74-39-34 Lyon).

2 – Labo-Contestation a organisé, début septembre 1971, un stage "Santé", espérant ainsi regrouper des travailleurs hospitaliers de différentes régions de France. Une vingtaine seulement sont venus, de Paris, de Rennes, de Reims, de Lyon. Mais à la suite de l'annonce de ce stage dans Charlie-Hebdo (fin août 71), nous avons reçu une centaine de lettres.

3 – A Lyon, nous avions donc l'adresse d'une trentaine d'hospitaliers qui avaient écrit à Labo-Contestation.

Nous les avons convoqués début décembre à une réunion où nous étions plus de 30 personnes (infirmières, personnel de service, quelques externes et trois chercheurs de Labos de médecine ou de biologie). C'est ce groupe qui a lancé l'idée de ce dossier, et a organisé une série de réunions de travailleurs hospitaliers, par catégorie professionnelle.

Les réunions prévues étaient dans l'ordre : – personnel de service – infirmières – corps médical – l'administration – les malades – (chaque réunion étant ouverte aux travailleurs des autres catégories mais centrée sur les problèmes d'une seule catégorie).

4 – La réunion du personnel de service fit immédiatement tâche d'huile : ils se sont retrouvés plusieurs fois par la suite, pour parler de leurs problèmes, élaborer des textes, dont certains furent diffusés sous forme de tracts signés "la Contestation hospitalière" (cf. Journées de travail à la lingerie et à la brigade, reproduites dans le chapitre I de ce dossier).

5 – La réunion sur les infirmières, début janvier, rassembla surtout des élèves-infirmier(e)s, ainsi que des infirmières et kinési.

Les élèves se retrouvent plusieurs fois par la suite et rédigent un premier tract dont le contenu est en grande partie repris par le deuxième texte des élèves-infirmières dans le chapitre I de ce dossier.

Ce tract fut distribué à la sortie de toutes les écoles d'infirmières, par des travailleurs hospitaliers autres que les élèves. Il était signé "**Hosto-Action**", nom que s'est ensuite donné l'ensemble des travailleurs qui ont participé aux réunions du lundi.

Ce tract appelait à une réunion, où vinrent plus d'une cinquantaine de personnes, élèves-infirmières surtout (sur 700 élèves à Lyon) toutes les écoles étaient représentées.

Les élèves ont décidé de travailler dorénavant avec les travailleurs hospitaliers.

6 – La réunion du corps médical fut décevante car sur la trentaine de présents, il n'y avait que 2 ou 3 internes et un médecin, qui ont plus théorisé que parlé de leurs propres problèmes. Les autres travailleurs n'osaient pas les interrompre.

Une autre réunion de ce type fut tentée un mois plus tard, avec aussi peu de succès quant à la participation des internes et médecins, mais des problèmes plus intéressants y furent abordés (cf. chapitre IV de ce dossier).

Le travail essentiel des externes et internes a été réalisé en petits groupes, au moment de la rédaction de ce dossier. Ils ont pris en charge la rédaction des textes suivants souvent à partir de notes et enregistrements des réunions.

I – Journées de l'externe et de l'interne
II – Les malades - les externes
IV – Qu'est-ce qu'être malade ? - Les accidents du travail et les maladies professionnelles.

7 – Nous ne sommes pas arrivés à réunir des administratifs et c'est là une des lacunes de ce dossier, à compléter par la suite ?

8 – La réunion des malades a été enregistrée. D'autres informations, recueillies à droite ou à gauche, ont aussi été à l'origine du paragraphe "Malades" dans le chapitre II de ce dossier.

9 — Des réunions ont eu lieu, début mars, pour commencer à rédiger ce dossier. Son plan a été élaboré en petit groupe de 3 à 7 personnes ; il a été constamment remodelé au cours de la rédaction du dossier.

Nous procédions ainsi : dépouillement des enregistrements de réunions ; découpage de ces textes en flashes très courts ; classement de ces flashes.

Le plan s'est ainsi progressivement dégagé, et chaque partie a été confiée à un groupe de travailleurs, qui l'ont alors illustrée de façon beaucoup plus concrète et vivante.

Ainsi les chapitres sur les infirmières — élèves-infirmières — externes et chaque journée de travail ont été directement rédigés et mis en forme par les travailleurs intéressés.

10 — Parallèlement, le groupe Hosto-Action continuait à se réunir tous les lundis. Une réunion plus large a été préparée pour le 13 mars. 7 000 tracts ont été diffusés à la sortie de tous les hôpitaux publics de Lyon et dans les écoles d'infirmières ; ils étaient intitulés "La Hiérarchisation, un même combat ! ". Il faut noter que dans quatre hôpitaux, la C.G.T. a pris à partie les travailleurs hospitaliers qui diffusaient ces textes ...

Un nouveau tract, reprenant le schéma du chapitre III a été tiré à 3 000 exemplaires et diffusé à la Faculté de Médecine et dans certains hôpitaux. Ce schéma, élaboré par quatre d'entre nous, a été discuté à la permanence d'Hosto-Action, le mercredi soir, par une trentaine de personnes ; il a alors été complété et nuancé.

11 — La réunion du 13 mars a rassemblé une centaine de travailleurs et d'élèves. Mais l'essentiel du débat a été monopolisé par des internes du Vinatier qui venaient pour la première fois, et dont le langage bloquait la plupart des participants. Des leaders mâles d'Hosto-Action leur ont répondu au même niveau, si bien que les travailleurs hospitaliers venus pour la première fois n'ont commencé à s'exprimer (pour ceux qui sont restés) qu'à la fin, en petits groupes !

La réunion avait commencé par des exposés résumant les deux premiers chapitres de ce dossier, ainsi que le schéma du 3ème chapitre.

12 — En décembre et janvier, c'est au cours des permanences de Labo-Contestation, le jeudi soir, qu'étaient tirées et postées les convocations pour les réunions d'Hosto-Action. Les tirages de tracts et les problèmes financiers étaient aussi partiellement pris en charge par Labo-Contestation.

Cette situation est actuellement révolue : le groupe Hosto-Action est entièrement autonome, et tient ses permanences propres tous les mercredi soir (désormais aux Canuts, 33, Rue Leynaud, Lyon 1er à partir de 19 h 30).

13 — Hosto-Action n'a aucun lien avec un groupuscule, parti ou syndicat quelconque. Voici comment, fin mars, il s'est défini :

"Non à la valse des étiquettes. Nous refusons le baptême de toutes les structures aux belles initiales qui voudraient récupérer qui ? quoi ? Les réflexions de quelques travailleurs et malades qui veulent se rencontrer à visage découvert, en dehors de toutes structures, de toutes hiérarchies, pour parler de leurs problèmes".

14 — Quelques infirmières de la C.F.D.T. ont passé plusieurs mois à "chercher qui tirait les ficelles d'Hosto-Action". Elles ne pouvaient pas comprendre qu'un tel dynamisme soit né spontanément, sans manipulation !

... Elles ont finalement dû se rendre à l'évidence : personne ne tirait les ficelles, rien n'est prévu d'avance ; tout se décide au moment !

15 — La C.F.D.T. a été rapidement au courant de l'existence d'Hosto-Action. Ils en ont parlé et c'est à titre personnel que quelques-uns ont travaillé activement dans le groupe Hosto-Action.

16 — Tout n'a pas été satisfaisant dans la rédaction de ce dossier. Trop de textes ont été pris en charge par trop peu de personnes (chapitres III et IV en particulier). Bien sûr, ils reprenaient les idées exprimées en réunions, mais n'ont jamais été vraiment collectifs et ne prétendent pas refléter l'opinion de tous les membres du groupe. Il apparaît donc un décalage que nous avons essayé de combler en lisant les textes rédigés devant des groupes plus importants. Mais c'est assez inefficace, car en grand groupe on pinaille sans avancer.

Il aurait donc fallu que tous les textes soient relus et modifiés par des petits groupes, puis qu'une nouvelle synthèse soit réalisée, etc ...

Le dossier n'aurait alors été prêt que l'an prochain à moins qu'il y ait eu lassitude d'ici là !

17 — Nous cherchons à entrer en contact avec le maximum de travailleurs hospitaliers ou d'élèves — qu'ils soient isolés ou en groupes.

Nous écrire à :

Hosto-Action
Les Canuts - 33, rue René Leynaud — Lyon 1er

18 — Tirer des tracts, organiser des débats, des rencontres, imprimer un dossier tel que celui-ci, ça revient cher — On a besoin de fric —

— soit des dons de soutien

— soit des demandes groupées de ce numéro d'Hosto-Action pour le diffuser

— soit un abonnement à Labo-Contestation, Hosto-Action : 10 F. minimum pour 4 numéros

C.C.P. : Clément 74-39-34 LYON

ADDENDUM

Le 19 mars, nous étions en train de travailler à ce dossier quand certains d'entre nous ont vu, par hasard, Ivan Illich à la télévision. Certains thèses de ce prêtre rappellent des conclusions auxquelles nous sommes arrivés après une démarche différente : l'analyse de l'hôpital. Nous avons alors lu son article dans le numéro d'Esprit (Mars 1972) et commencé à lire ses bouquins traduits en français ("Libérer l'avenir" 1971 - Ed. du Seuil — "Une société sans école" 1971 - Ed. du Seuil)

Voici quelques citations qui montrent que ses idées et même son langage sont en plus d'un point superposables aux nôtres.

Nous les reproduisons ici pour deux raisons :

1 - Pour montrer que la contestation radicale proposée par Hosto-Action n'est pas un fait isolé et sans signification, puisque tout un courant de pensées se développe internationalement dans le même sens.

2 - Pour montrer que les analyses radicales ne sont pas l'apanage de penseurs tels qu'Ivan Illich ; des travailleurs hospitaliers, en parlant d'eux-mêmes, ont été progressivement presque aussi loin !

Se reporter aux thèses du chapitre III - A (1 à 5)

"Au sein de l'école, l'enseignement donné est fonction de ces rôles futurs — non pas du savoir à acquérir"

"Le savoir de la plupart des êtres humains ne leur vient-il pas d'expériences faites en dehors de l'école ?"

etc... Ivan ILLICH in "Une Société sans école".

III - A (6)

"Un second exemple, que je reprendrai tout le long de mon argument, est le monopole exercé par la profession des médecins qui accapare de telle manière le contrôle sur les médicaments qu'un étudiant, en France, a beaucoup moins d'autonomie quand il s'agit de soigner une blessure, qu'un travailleur mexicain.

Pendant les dernières années, les instructions cliniques ont disparu de l'intérieur des boîtes de médicaments. Comme bien d'autres progrès, cette censure s'est établie en France avec une dizaine d'années de retard sur les Etats-Unis. En Amérique d'ailleurs, on a déjà fait le prochain pas : il y a quelques mois, je devais donner une conférence dans l'Etat de Iowa, j'étais fort enrhumé et je n'ai pas pu acheter un antihistamine dans une pharmacie. J'ai dû voir un médecin et obtenir une ordonnance et j'ai reçu du pharmacien une bouteille marquée seulement d'un numéro, de mon nom et de l'indication de prendre deux pillules par jour. Le pharmacien a refusé de me donner une information précise sur le contenu du médicament ..."

III - B et IV

"Si la science était utilisée pour accroître le pouvoir des individus de créer leur milieu et de se soucier les uns des autres, cela fournirait un moyen d'action pour inverser les buts des institutions."

"Nos institutions actuelles sont des entonnoirs de production à haute pression qui, par leur structure même, contribuent à la prolifération de professions et de para-professions hiérarchisées.

Les institutions souhaitables, par leur structure même, obligeraient leurs dirigeants à permettre à des non-spécialistes de s'instruire, se soigner, se déménager ou se loger les uns, les autres, dans l'espoir que des gens qui auraient participé une fois à l'une de ces activités spécialisées, initieraient d'autres personnes aux rôles qui demeurent provisoirement aux mains des spécialistes."

Ivan ILLICH in **Esprit** *mars 1972.*

La même question se pose alors, après la lecture de ce dossier sur les hôpitaux comme après celle d'Ivan Illich :

ET MAINTENANT ?

COMMENT CONCRETISER CES IDEES, CES ANALYSES ?

COMMENT PREPARER CETTE RUPTURE RADICALE QUI NOUS SEMBLE INDISPENSABLE ?

Nul n'a de réponse toute prête dans sa poche ! C'est à nous tous de l'élaborer ...

LABO - CONTESTATION N° 5 – Printemps 72

- Inscription Commission paritaire des Publications et Agences de Presse : n° 52 305 (Janvier 1972)
- Directeur : P. Clément
- Adresse : Labo-Contestation – 33, rue René Leynaud 69 Lyon 1er
- C.C.P. : Clément – 74-39-34 Lyon

HOSTO-ACTION

Permanences tous les mercredi à partir de 20 h 30 au 33, Rue Leynaud – Lyon 1er.

Avertissement ..... p. 2

I – QUELQUES JOURNEES A L'HOPITAL ..... p. 3

- un malade
- à la lingerie
- à la brigade
- une dame de service
- une autre femme de service
- une veilleuse de nuit
- une infirmière
- une élève infirmière
- un externe
- un interne
- une technicienne de laboratoire médical

II – LES RELATIONS ENTRE LES GENS A L'HOPITAL ..... p. 19

A – Les malades ..... p. 20
B – Le personnel de service ..... p. 23
C – Les infirmières ..... p. 31
D – Les élèves infirmières ..... p. 35
E – Les externes ..... p. 38

– Le scandale des quêtes publiques "pour la recherche médicale" p.44

III – HIERARCHIE ET ENSEIGNEMENT CHEZ LES TRAVAILLEURS HOSPITALIERS p. 47

A – La situation actuelle - Commentaires du schéma ..... p. 49
B – Pour une transformation radicale de l'hôpital ..... p. 53
Annexe 1 : Le contenu idéologique de l'enseignement subi par les futurs travailleurs hospitaliers ..... p. 56
Annexe 2 : L'industrie pharmaceutique détient un quasi-monopole de l'enseignement de la thérapeutique ..... p. 63

IV – LA SANTE NOUS CONCERNE TOUS ..... p. 73

– Qu'est-ce qu'être malade ..... p. 75
– Les maladies du Plomb des travailleurs PENARROYA ..... p. 79
– Quelques remarques sur les accidents du travail et sur les maladies professionnelles ..... p. 83

– Abonnement à Labo-Contestation p.86

– Historique de la réalisation de ce dossier ..... p. 88
– Addendum : cituations d'Ivan Illich ..... p. 90

PREMIERS ECHANGES AVEC LES TRAVAILLEURS HOSPITALIERS ITALIENS