

Les nouveau-nés se portent bien. Accouchés apparemment sans grandes douleurs, nos gouvernements se sont mis à la tâche de bonne heure. Dès le 7 juillet, l'accord gouvernemental « La voie vers le XXI^{ème} siècle » était signé. Ce texte, évidemment très général, permet de nombreuses interprétations et spéculations. De nobles déclarations sur l'organisation et le financement du système de soins mettent en avant les principes d'accessibilité, solidarité, qualité, émancipation et liberté de choix. « Le patient doit être au centre de la politique des soins de santé ». Une profession de foi en faveur de l'échelonnement et du rôle central du généraliste mérite qu'on en attende le développement. Assez flou, « le gouvernement étudiera la possibilité de globaliser la gestion budgétaire de l'assurance maladie et de la rendre plus performante » annonce une réévaluation des pratiques et un plus grand contrôle (à visée budgétaire) des différents niveaux de soins et des dépenses pharmaceutiques. Quelques mesures intéressantes sont envisagées pour améliorer l'accès aux soins pour les revenus les plus bas : la prise en compte des tickets modérateurs des médicaments dans le calcul de la franchise et la réduction des tickets modérateurs réclamés aux malades chroniques.

Bien sûr, entre promettre « d'examiner si peut-être il y aurait moyen éventuellement » et réaliser, il y a un temps que trop souvent une législature ne parvient pas à rattraper. Mais nous retiendrons de cette déclaration que si les objectifs budgétaires demeurent le souci principal du gouvernement, certaines annonces concrètes ont été

faites concernant l'échelonnement et un meilleur accès financier aux soins : à suivre et poursuivre. Réflexions sur la mise en place des nouveaux gouvernements et premières interpellations par Pierre Drielsma en page 3.

La déclaration gouvernementale affirme vouloir renforcer le droit du patient à une information claire et accessible sur les soins qui lui sont dispensés ainsi que sur son état de santé. Le même texte, au chapitre « Une administration de la justice plus rapide et plus humaine », considère que « ... Une des principales causes de la perte de confiance dans la justice est le manque de considération, d'écoute, de prise en compte de la victime dans le processus pénal. (...) Le gouvernement et le Parlement procéderont rapidement à une évaluation de la loi Franchimont et... aux aménagements nécessaires permettant de renforcer le rôle et l'information de la victime dans le processus pénal. »

On se prend à rêver. On ne devrait jamais écouter les infos quand on rêve. L'affaire des tziganes convoqués à la police de Gand pour compléter leur dossier et en réalité attirés dans un piège pour être renvoyés en Slovaquie donne une résonance inquiétante à cet autre extrait de la déclaration : « En ce qui concerne les demandeurs d'asile... les procédures seront raccourcies, améliorées et simplifiées dans le respect des droits de la défense ». Faut-il voir là une clé de lecture applicable aux autres articles de la déclaration gouvernementale ?

« Toute plainte doit être accueillie ». Ce genre de devise peut vous empoisonner la vie, surtout quand on

a une mentalité de sauveur, qu'on rêve d'être un soignant sans peur et sans reproches. Vraiment, être au service du patient signifie-t-il qu'il ne faut rien refuser ? Comment se sortir des mauvaises habitudes de tout accepter sans craindre de faillir dans sa mission ? Comment passer de ces états d'âme à un comportement nouveau et peut-être plus efficace ? La maison médicale à Forest s'est débattue avec ce casse-tête et nous dit que le « non » peut être un mot initiateur. Ariane Bibroski et Michèle Schmitt nous le narrent en page 5.

Une profession qui a totalement changé de visage au cours de ce siècle et continue à évoluer : infirmières (et maintenant infirmiers). Entre un modèle féminin maternel et un modèle masculin scientifique, c'est un nouvel agir infirmier qui est en train de se construire. Rose-Marie Laurent termine en page 8 l'historique de la profession que nous avons commencé dans notre numéro précédent.

La sécurité sociale en danger : ce n'est pas nouveau. Mais une mise en perspective intelligente permet parfois de reformuler les questions. Et les réponses. A la fois pertinent et impertinent. Extrait du Dictionnaire des solidarités de Pierre Ansay et Alain Goldschmidt en page 12.

Des épidémies que les microbes ne suffisent pas à expliquer, une mythologie moderne bâtie sur du lait : notre rubrique livres vous présente deux ouvrages qui bousculent les idées reçues. A lire en page 17.

Des interdits rabat-joie appuyés sur des menaces lointaines, des conseils

• Editorial
• (suite)

de fin de consultation livrés sur le pas de la porte, quelques vaccinations comme des tributs payés à la science : telle était et est encore trop souvent la perception commune de la prévention. Cette vision réductrice, individualiste et culpabilisante, n'est pourtant plus de mise. Prévenir - tant que faire se peut - l'apparition de la maladie est désormais un objectif qui s'intègre dans un propos plus vaste, celui d'améliorer notre bien-être physique, mental et social. Dans ce nouveau cadre, les soignants conservent leurs attributions anciennes mais se doivent de collaborer, dans les limites de leur pertinence, avec tous les acteurs concernés.

Comment cela se pense et se réalise sur le terrain, c'est ce que vous propose d'explorer notre cahier, centré sur le travail du programme « Agir ensemble en prévention » actif dans les maisons médicales.

La conception élargie de la santé pousse le monde médical à s'ouvrir à des préoccupations qui dépassent ses strictes compétences. On jugera peut-être opportun de s'inquiéter que cette ouverture ne soit qu'un moyen pour « le médical » et les intérêts qui y sont liés de dicter leurs lois. Plus urgent est de s'interroger sur le rôle et la spécificité du médical dans son interaction avec les domaines non médicaux qui touchent à la santé : comment articuler le physiologique et le social, comment gérer l'impact majeur du mental et de l'économique sur la santé... La question est particulièrement cruciale pour la première ligne de soins, de type « généraliste », qui est le lieu désigné pour la rencontre entre ces différentes influences et se trouve en outre à leur



intersection avec le monde plus technique de la médecine spécialisée. D'une manière un peu abrupte, cette question peut se formuler comme ceci : à quels besoins la première ligne de soins de santé est-elle amenée à répondre aujourd'hui ? Comment peut-on la définir ? Ce n'est pas une question théorique : elle débouche, nous le pensons, sur le constat d'un manque d'adéquation des formations que reçoivent les soignants et sur la nécessité de les adapter. Nous développerons ces sujets dans notre prochain cahier de Santé conjugquée, le premier de l'an 2000.

Bonne lecture.

Une nouvelle majorité ! Pour une nouvelle politique (de santé) ?

Pierre Drielsma, médecin généraliste à la maison médicale Bautista Van Schouwen

L'alliance arc-en-ciel¹ est certes une innovation en Belgique, mais une innovation partielle seulement : des alliances gauche-droite (dites laïques) ont déjà vu le jour, entre autres, au sortir de la deuxième guerre mondiale. Si une majorité violette avait de quoi nous inquiéter, une tripartite traditionnelle avait des aspects particulièrement paralysant.

Les rapports de force au sein de chaque région et communauté sont particulièrement déséquilibrés : la majorité francophone flirte avec les 85 % de son électorat, l'opposition se limite au seul PSC. En Flandre, le CVP et le BLOK représentent une solide minorité de l'ordre de 40 %, la majorité flamande ne dépasse pas 60 % de son électorat. A Bruxelles, les écolos sont exclus du pouvoir. Paradoxalement là où ils sont les plus forts. Si on fait une analyse gauche droite « classique », on voit que l'aile francophone du gouvernement est nettement plus à gauche : plus de 50 % pour la gauche (PS + ECOLO)² et 30 % pour la droite (PRL). En Flandre, le VLD (droite) fait jeu égal avec l'ensemble de ses partenaires (SP + AGALEV + VU).

Le secteur de la santé est quasi exclusivement remis aux mains vertes : la santé publique fédérale et les ministères régionaux et communautaires, à l'exclusion de Bruxelles où les compétences de santé sont confiées à un FDF. On signalera la notable exception des dollars de l'INAMI (affaires sociales) qui sont confiés à Vanden Broecke (SP). Sur le papier, des réformes sont donc possibles. Cependant les déclarations gouvernementales sont assez

sibyllines et tolèrent de multiples interprétations.

Deux stratégies sont possibles. Soit on vise le consensus généralisé avant toute réforme et nous pouvons garantir un nouveau *round* d'immobilisme ; soit on ose enfin, on prend le courage d'affronter quelques mécontents qui sont le plus souvent les privilégiés du système. Dans cette hypothèse optimiste, on peut s'attendre à de grands changements.

les hôpitaux, plus dans la première ligne bien organisée.

Il serait réjouissant que le fédéral favorise grandement le regroupement de généralistes, idéalement sous forme d'équipes pluridisciplinaires. De ce point de vue, l'agrément (santé publique) et l'accréditation (INAMI) des pratiques (de groupes) est un instrument à manier avec dextérité et volonté. L'extension du dossier médical global à toutes les classes



Il serait sympathique que le Ministère de la Région wallonne ouvre le fond d'infrastructure aux maisons médicales, qu'il organise la révolution copernicienne du virage ambulatoire autour de la médecine de première ligne : moins d'investissements dans

d'âge, y compris via la visite à domicile, permettrait de faire un bond en avant dans l'organisation du système.

Il serait utile que les différents niveaux de pouvoirs financent et organisent le

• Une nouvelle majorité ! Pour une nouvelle politique (de santé) ? • (suite) • • • • • • • • • •

recueil des données épidémiologiques et sociales utiles à une politique centrée sur les besoins des citoyens.

•••• Ce gouvernement peut-il tenir ?

Nous avons vu que la composition du Gouvernement fédéral est déséquilibrée. L'hypothèse Suykerbuyk d'une alliance du CVP avec le BLOK permet de voir que le danger vient de Flandre : il ne serait pas très difficile de trouver une majorité de rechange pour renverser le gouvernement actuel. Du côté francophone, le risque est constitué des frustrés de l'alliance violette qui verraient d'un bon œil les écolos retourner à leurs chères études. Dans ce cas, le risque d'une recomposition asymétrique n'est pas nul. Et alors, une « droitisation » des politiques est au bout du chemin. Avec la fermeture des perspectives entrouvertes. La conception libérale de la médecine est plutôt absyliste, le PS n'est guère mobilisé pour la première ligne (à quelques exceptions près).

La situation est nouvelle et intéressante. La mutualité chrétienne qui faisait la pluie et le beau temps (surtout la pluie quand elle chantait en cœur avec l'ABSyM) se trouve sans « parrain » au Gouvernement. On peut en espérer plus de créativité et d'innovation et un affaiblissement des tendances libérales.

Pour conclure, des dynamiques nouvelles sont possibles. De notre point de vue, il faut aller vite pour deux raisons. La première est l'hétéro-

généité de ce gouvernement et les risques de fractures qui sont grands. La deuxième parce que la pratique gouvernementale en Belgique conduit le plus souvent à engluier les meilleures volontés dans un encommissionnement soporifique.

Nous vous donnons rendez-vous dans six mois pour une prochaine évaluation de l'action gouvernementale dans les matières sociales et de santé.

1. Pour ne pas dire tricolore, ce qui évoque tout autre chose.
2. Cependant curieusement, le PS et le PRL semblent mieux se comprendre que le PS et Ecolo. Il y a certes des effets de concurrence, mais le **pouvoir ça ne sert à rien** si ce n'est pas pour changer (en mieux) les choses.

Pierre Drielsma nous invite à évaluer l'action gouvernementale dans six mois. Nous pourrions alors revenir, à la lueur des actes posés, sur les déclarations récentes faites au Journal du Médecin par Madame Magda Alvoet, la nouvelle Ministre de la Santé (fédéral). En voici quelques sympathiques extraits :

« ... la séparation entre le préventif et le curatif est initiatrice de tensions. »

Parlant du dossier médical global (ou général) :

« ... A l'avenir, il n'y aura qu'un seul dossier. (...) Il fait partie intégrante de l'échelonnement. Il s'impose donc de définir clairement ce dossier et les relations entre spécialistes et généralistes. »

« Je ne vois pas pourquoi il devrait être limité à une catégorie et seulement à la consultation. »

« ... A titre personnel, je trouve positif d'avoir un généraliste référent. En tant que patient, je veux pouvoir bénéficier d'un continuum de soins, être envoyée à temps vers un spécialiste. Mais, je n'ai pas besoin de l'aide d'un spécialiste pour les matières pour lesquelles le généraliste est compétent. »

« ... Il serait dommage que la politique de santé soit le domaine réservé de groupes de pression... Il est anormal que les choix importants soient le résultat d'arbitrages entre lobbies qui se partagent le gâteau. »

Sur la philosophie du paiement à l'acte : « l'absence de financement des actes intellectuels consacrés par exemple à la prévention est le revers de cette philosophie ».

Si une ministre de la Santé ne fait pas la santé, n'y a-t-il pourtant pas là quelques raisons d'être optimiste ?

Pour le NON, c'est oui !!!

Histoire d'une formation en équipe...

Ariane Bibrowski, psychologue, et Michèle Schmitt, accueillante, à la maison médicale à Forest

.....

« Aucune demande ne peut rester sans réponse... ». Mais que faire quand cette noble devise se heurte à des situations inextricables au point de pourrir le climat de travail et de rendre malades les membres de l'équipe soignante ?

.....

.....

La crise

De plus en plus souvent, dans l'équipe, nous nous plaignons de patients exigeants ou agressifs. Notre vision à leur propos semble de plus en plus négative. Les problèmes psychosociaux surtout sont vécus comme lourds, inextricables. Les situations semblent tellement désespérées.

Nous réagissons souvent par le rejet ou le « repli sur soi » comme pour nous protéger de ceux « qui nous en demandent tellement, sans aucune reconnaissance ». Alors s'exprime le sentiment d'être constamment débordé, de ne plus parvenir à gérer. Les maladies des membres de l'équipe semblent s'enchaîner les unes aux autres ! Cette situation provoque un malaise, des interpellations entre nous, une tension importante, beaucoup de discussions.

Que nous arrive-t-il ? Que faire ? C'est la crise ! Un temps passe... Des réunions... Des discussions... Des suggestions. Des aménagements concrets et réalisables rapidement sont proposés :

- Les « anciens » ne font plus de garde ;
- Les autres récupèrent en congés leurs jours de garde ;
- Les plus jeunes ont un référent lors des gardes ;
- Des rendez-vous du jour sont mis au point, pour éviter l'attente parfois très longue aux consultations.

L'accueil est conforté dans le rôle de structuration, d'analyse de la demande : l'attente implicite de l'équipe est que l'accueil gère le

débordement. On travaille à une barémisation de chaque secteur. On décide, entre autres, de suspendre les nouvelles prises en charge pendant une période limitée. Bref, dire : non !

.....

Mais... comment dire non ?

Comment refuser des soins à des gens dans des situations précaires, pour qui la maison médicale semble être le dernier recours ? D'autant plus que, comme on l'a toujours proclamé, aucune demande ne peut rester sans réponse.

Malgré les aménagements proposés, le malaise et l'insatisfaction persistent. Le sentiment général semble être l'impuissance face à des situations tellement lourdes. Le modèle médical : une maladie-un médicament-guérison nous pousse à vouloir des solutions rapides. A pouvoir faire une « prescription » à la fin de la séance.

Comment sortir de ce modèle médical où il faut agir, faire ? Comment redonner une place à la personne, à son désir, quand la réalité extérieure est tellement prégnante ? N'avons-nous pas tendance à projeter sur le patient notre sentiment d'impuissance dans la relation ? Et à lui en vouloir ? Comment ne pas être submergé par la souffrance de l'autre ? Ne pas se culpabiliser de ne pas être nécessairement dans les difficultés ? Comment dépasser les demandes dans l'urgence, les demandes d'agir ? Arriver à entendre la demande implicite ? Comment se donner du

- Pour le NON, c'est oui !!!
- Histoire d'une formation en équipe...

temps alors qu'il y a urgence, que le patient ne veut pas sortir « les mains vides » ? Comment le nourrir autrement ? Qu'il se sente porté par une écoute, une parole ? Un sens qui émerge ? Et que faire de notre sentiment d'impuissance à soulager toute la souffrance, toutes les douleurs ?

•••••
Travailler la relation

A ce stade, nous nous formulons à quel point peu d'entre nous sont formés, à travers leurs études, à vivre une relation. A la travailler. A se laisser toucher, sans être envahi.

Pour s'en donner les moyens, l'idée est lancée d'engager toute l'équipe dans un processus de formation. Le but est de s'accepter soi, comme « outil » dans la relation et donc de participer pleinement au processus de changement. D'accepter de se laisser « utiliser » par le patient. On est là, patient et thérapeute : que fait-on ensemble ? Pourquoi vient-il me voir moi ? Ici ? Qu'attend-il de moi ? Pourquoi maintenant ? Toutes ces questions ont leur importance. On peut en parler. « Le médicament le plus utilisé en médecine est le médecin lui-même » disait Balint.

La proposition de formation est acceptée avec enthousiasme par l'équipe. Le processus s'étalera sur plusieurs années. Les portes d'entrée sont multiples. Cette formation sera comme une manière de s'occuper de nous, de recevoir. Un soutien donné par la maison médicale qui semble

exiger tellement de nous. Nous qui avons le sentiment de donner tellement, au point d'en être vidés ! La formation : un travail sur la relation à l'aide de jeux de rôles. Un module pour aider à poser un diagnostic clinique dynamique qui ne fige pas la personne dans une étiquette. Un module sur les différentes indications psychologiques possibles pour un patient donné. Un autre volet basé sur une information sociale large donnée à toute l'équipe ainsi qu'un re-travail de notre réseau proche.

•••••
Dire non, ça s'apprend

Nous parlerons ici plus spécifiquement de la formation à dire « non ». Habituellement, c'est à deux ans et demi qu'on apprend à dire non ! Pourtant, dans l'équipe, c'est vécu comme quelque chose de très difficile.

Le but sera d'apprendre à poser un cadre, conçu comme un « contenant » pour la relation. Poser des limites qui sécurisent, aident à structurer le patient et protègent chacun des deux partenaires dans la relation thérapeutique qu'ils tentent de construire. Ce cadre posé clairement



permet de donner du sens à la relation, d'élaborer ensemble un objectif.

Il permet d'explicitier un projet commun à plusieurs membres de l'équipe. De trouver une cohérence entre nous. De travailler de concert pour préserver ou donner un sens. On se sentira alors plus soutenu dans l'application d'un projet. On se permettra peut-être plus facilement de dire « non » c'est-à-dire de mettre des limites, puisqu'en offrant un cadre, on dit « oui ».

Deux psychanalystes habitués au travail en groupe sont invités. Les rencontres commencent et se clôturent avec toute l'équipe, mais dans l'intervalle, nous nous séparons en deux groupes.

L'un de nous présente une situation qui a posé un problème de limite. Chacun

exprime ce qu'il perçoit de la personne. Comment il réagit à la situation. A ce que dit le thérapeute. Il ne s'agit pas d'une discussion de cas. Les différents regards nous aident à comprendre la personne et la relation. Dans son histoire à elle, dans l'écho qu'elle a suscité en nous, qui fait que nous avons eu tant de mal à cadrer ou à mettre des limites. Elle amène avec elle son passé, ses angoisses, dont nous n'avions pas conscience, mais aussi qui nous poussaient à reculer sans cesse les limites. Nous nous sentions mal à l'aise...

Petit à petit, au travers de ces discussions, nous percevons que notre difficulté est liée à la rencontre entre le passé du patient, l'histoire de la maison médicale, notre histoire à chacun dans l'équipe et notre histoire personnelle.

Le mythe fondateur de la maison médicale est le désir de pratiquer des soins pour tous, d'offrir une accessibilité maximale. La volonté de se démarquer de l'extérieur en ouvrant grand notre porte à toutes les souffrances. Jusqu'à en arriver à la maxime légèrement « mégalomanie » : « aucune demande ne peut rester sans réponse... ». Ne concevant pas que « non » est aussi une réponse.

Que se passe-t-il en nous quand nous posons des limites ? Nous interrogeons nos réactions. Nous commençons à percevoir quels sont les enjeux pour nous.

En interrogeant l'histoire des gens, on commence à « penser » à leur propos. Ils acquièrent une existence, en nous, pour nous et donc, pour eux. Certains

de leurs comportements incompréhensibles ou pénibles prennent sens. « Je trouvais cette personne chiant et dire qu'elle est si touchante ! ». A l'intérieur d'un cadre cohérent, on se sent moins pris à la gorge. Plus rassuré, plus libre de se laisser utiliser, selon le besoin du patient. Des situations figées depuis longtemps, vues sous un autre angle, prennent sens et commencent à évoluer.

Après l'analyse des situations proposées, nous nous retrouvons tous en grand groupe et expliquons à propos de quelle difficulté nous avons échangé. Surprise. Les deux groupes ont envisagé des situations tout à fait similaires.

Par exemple, nous avons évoqué chacun une famille où tous étaient déprimés, ayant vécu dans leur existence une ou plusieurs ruptures : avec leurs parents, avec leur pays d'origine, leur maison. Cela nous a aidé à comprendre que, dans notre vécu commun, dire non (refuser un abonnement au forfait) signifierait les abandonner, les rejeter. Seuls avec leur dépression et leurs blessures. Nous sommes étonnés de constater à quel point nos fantasmes, nos inquiétudes sont partagés par toute l'équipe.

• • • •
En conclusion

Cette formation nous permet de constater que chacun, comme thérapeute, a des difficultés, des moments de doute. Nous ne sommes pas les seuls. Enfin, nous nous permettons de sortir du mythe du

thérapeute fort, solide, qui peut tout gérer ! Nous sommes enfin entendus comme thérapeute en détresse, avec ses difficultés... Au moment où nous acceptons d'entendre la détresse des patients.

Dire « non » nous paraissait fermer, figer les choses. Nous ressentons actuellement que le « non » peut être un moment initiateur, qui ouvre vers d'autres possibilités...

Infirmière : « Ni bonne, ni nonne, ni conne »

Rose-Marie Laurent, infirmière à la maison médicale La Passerelle (Liège)

.....

Par ce slogan utilisé lors d'une manifestation en 1989, les infirmières se placent en rupture avec leur passé. Bonnes par leur excès de dévouement (?), nonnes car exerçant leur métier comme un sacerdoce, connes parce que subalternes et exécutantes, telles se sentent considérées les infirmières. Elles veulent donner une autre image d'elles-mêmes, définir autrement leur fonction. Comment ?

Cet article s'inscrit dans le cadre d'une réflexion des infirmières de la région liégeoise autour de la spécificité du travail infirmier en général et en maison médicale en particulier.

Dans le numéro précédent de Santé conjugulée, nous avons exploré la naissance de la profession au XIX^{ème} siècle. Nous verrons dans le présent article comment elle a évolué tout au long de ce siècle.

.....

.....

L'infirmière laïque

Comme nous l'avons vu, le pouvoir médical qui s'organise, l'évolution de la médecine, l'anticléricalisme font de la religieuse soignante un monstre d'omnipotence, d'ignorance et de prosélytisme et favorisent la création d'un nouveau métier féminin tout de dévouement et de compétence : l'infirmière laïque.

C'est ainsi que, de 1882 à 1907, naissent plusieurs écoles d'infirmières prodiguant un enseignement disparate selon la conception du métier qu'en ont les fondateurs. D'initiative privée ou publique, d'abord laïque, cet enseignement va de cours ouverts à un public mixte, proches de leçons d'alphabétisation aux servants d'hôpitaux, en cours du soir, deux heures par semaine, à la formation de tous les instants, en internat, pendant trois ans, réservée à des femmes scolarisées et appartenant donc à l'élite. Pour ne pas être en reste, le pouvoir catholique crée en 1907 l'école Saint-Camille ouverte aux religieuses.

La loi de 1908 reconnaît le travail de ces pionniers en créant un certificat de capacité pour infirmières mais choisit d'officialiser la formation minimale, soit un cours théorique pendant un an sans précision d'horaire, prodigué par un docteur en médecine ou un stage de deux ans à l'hôpital. L'examen des candidats est organisé par la Commission médicale provinciale. Les médecins ont ainsi tout le loisir de contrôler ces nouveaux venus :

« les porteurs du certificat qui pourraient avoir des prétentions outrepassées de savoir médical »¹.

Quelques années plus tard, la Grande guerre apportera des changements dans la profession naissante et lui confèrera quelques lettres de (parfois très haute) noblesse.

.....

La guerre

Le 31 juillet 1914, la mobilisation générale est décrétée. A Liège, puis dans tout le pays, des milliers de lits sont installés dans des écoles, des usines, chez des particuliers pour soigner les blessés. Après le retrait de l'armée belge, c'est derrière l'Yser que les soins doivent s'organiser : le docteur Depage crée l'Océan, une ambulance de mille lits à douze kilomètres derrière les tranchées. A l'intérieur du pays, les hôpitaux civils sont surchargés : bombardements, destruction des maisons, travail dans des conditions pénibles, médecins de famille à la guerre, puits pollués, réfugiés... La Croix-Rouge poursuit sa lutte contre les épidémies, le Comité de secours et d'alimentation organise sept cents consultations de nourrissons, la Goutte de lait, des cantines maternelles. Le nombre de patients suivis par la Ligue contre la tuberculose passe de cinq mille avant les hostilités à cinquante mille pendant la guerre.

Pour accomplir toutes ces tâches, une foule de bras sont nécessaires. *La Femme belge*, en août 1914 lance un

appel : « Les femmes doivent, si elles en ont les capacités techniques et physiques, s'offrir comme infirmières et ne pas rechigner à accepter au besoin des tâches humbles et obscures dans des services auxiliaires ! »². Les bonnes volontés féminines affluent de toutes parts : le recrutement dans les écoles d'infirmières augmente, les ambulances ont chacune à leur tête une infirmière diplômée du Gouvernement encadrant des bénévoles. Pour certaines, partir au front, signifie se situer au cœur de l'événement, être vraiment utiles, travailler dans un hôpital moderne, l'Océan, sous les ordres de *nurses* recrutées à l'étranger et faisant, d'ailleurs, régner une discipline de fer.

La guerre est lourde de conséquences pour les individus et la collectivité. Si, pour certaines infirmières, « la foi dans la vie est perdue et nos illusions enterrées à tout jamais »³, pour d'autres, il faut s'attaquer aux tâches de la paix, « ne pas retomber à la banalité vulgaire des vies inutiles et indisciplinées d'avant la guerre... »⁴. Beaucoup d'infirmières qui ont travaillé au front ont assumé de lourdes responsabilités, côtoyé des infirmières étrangères qui jouissent de considération et sont organisées en associations professionnelles. La nécessité de faire appel à des étrangères met d'ailleurs le doigt sur les lacunes de la profession en Belgique. C'est ainsi que, parmi ces femmes, certaines partent se former aux Etats-Unis, deviennent présidente de la Fédération des unions professionnelles, directrices d'écoles, membres du comité de la Croix-Rouge...

La guerre a provoqué une intervention massive des pouvoirs publics sur la santé des gens par le développement des dispensaires et des consultations de nourrissons. Le docteur Dejace décrit son expérience dans l'une de celles-ci pendant la guerre : « si une mère s'absentait de la visite médicale, la dame chargée de la section habitée par la mère se rendait au domicile de celle-ci et s'enquêrait des motifs de son absence. (...) Des visites étaient faites à des heures imprévues pour surveiller l'exécution des conseils hygiéniques donnés par les médecins »⁵. C'est ainsi que l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE) est créé en 1919, il élabore un programme de formation d'infirmières visiteuses et accorde des subsides aux

consultations qui s'en assureraient le concours.

A l'échelon international, la Croix-Rouge considère le développement du nursing comme un facteur indispensable à l'évolution de la santé publique.

Nous vous passerons avec regret la belle littérature concernant Elisabeth, la royale infirmière, à la fois mère et ange gardien de tous les soldats, les soldats de son mari, et Edith Cavell, héroïne internationale, directrice de l'Ecole belge d'infirmières diplômées, qui aidait, après les avoir soignés, les soldats belges à travers clandestinement la frontière. Arrêtée le 5 août 1915, elle est fusillée dans l'aube blafarde d'un matin d'octobre.



• Infirmière : « Ni bonne, ni nonne, ni conne » • (suite)

• • • • **Reconnaissance et morcellement**

Les pouvoirs publics exprimeront leur reconnaissance à toutes ces femmes en leur accordant un peu de ce qu'elles demandent : une formation plus complète qui semble être considérée comme le moyen le plus adéquat pour rehausser la profession. Suite à la création en 1919 de l'Association des infirmières visiteuses de Belgique et de l'ONE, un arrêté royal institue en 1921 le diplôme d'infirmières visiteuses et réorganise les études d'infirmières hospitalières. Désormais les études dureront trois ans, en internat pour les femmes, une large place étant consacrée aux stages, et seront accessibles uniquement aux récipiendaires de l'examen de maturité portant sur les matières de l'enseignement moyen du degré inférieur. Les cours sont dispensés en bonne partie par les médecins et la Commission médicale provinciale constitue toujours le jury d'examen.

Les infirmières se réjouissent de cette évolution : le niveau des études s'élève, l'internat formera l'infirmière en profondeur car « comme il n'y a pas d'asepsie de deuxième classe, il n'y a pas d'infirmières de deuxième classe et le fait de dépasser ses fonctions est bien celui d'une infirmière demi-cuite »⁶. Si ces arguments rassurent une partie des médecins, d'autres reviennent sur le thème de la pénurie d'infirmières et sur la longueur des études et l'internat obligatoire qui risquent de décourager les vocations alors que leur rôle est

« souvent fait d'autant de dévouement que de science : il leur faudra en certaines circonstances s'occuper des soins ménagers. Ce que ne voudraient peut-être pas faire des infirmières qui auraient fait trois ans d'études »⁷. Et c'est ainsi qu'au grand dam des infirmières, la profession se morcellera : l'arrêté ministériel de 1926 crée un cours de soignage en une année pour les personnes qui désirent veiller les malades ou remplir des fonctions d'ordre secondaire dans les hôpitaux. La création, en 1946, d'un certificat de gardes-malades, en 1957, d'un brevet d'hospitalières et, en 1960, d'un brevet d'infirmières ne fait que continuer ce morcellement qui rendra plus difficile la définition de la fonction infirmière, ces différentes compétences se retrouvant sur un même terrain parfois en concurrence.

Parallèlement, les infirmières se regroupent en 1919 en une Union professionnelle des infirmières, future Fédération nationale des infirmières belges (FNI), association prônant le *self-government*, condition nécessaire à l'admission au Conseil international des infirmières, et n'admettant donc en leur sein que des infirmières diplômées selon l'arrêté royal de 1921. Neutre, cette association ne répond bientôt plus aux aspirations confessionnelles des infirmières catholiques qui créent leur groupement dirigé par un Comité central interdiocésain, la Section des infirmières catholiques (SIC), qui deviendra l'Association des infirmières catholiques de Belgique et regroupera bientôt plus d'infirmières que son alter ego pluraliste. Ainsi se divisent les forces sensées défendre la

profession, pilarisation oblige. On dit sensées car si l'on épluche *l'Infirmière belge*, revue de la FNIB, il faut bien constater que les médecins y rédigent plus de la moitié des articles et que si le rôle de l'infirmière et son éducation morale y tiennent une large place, les revendications professionnelles n'y occupent que 2 % : les infirmières se plaignent de leurs conditions de travail, elles prestent de 10 à 14 heures par jour⁸, l'internat est obligatoire quand on travaille à l'hôpital, il y a trop peu de personnel, les élèves sont exploitées, ont trop peu de loisirs. Elles demandent la protection du titre (qui ne leur sera accordée qu'en 1946) et à être formées par des infirmières.⁹

• • • • **Un champ d'action mieux délimité**

C'est bien dans l'histoire, à notre sens, que l'on peut trouver l'origine de cette difficulté qu'ont les infirmières à se définir un champ d'action propre et à acquérir une autonomie, condition nécessaire à la définition d'une profession digne de ce nom. En effet, le métier est créé à l'initiative des médecins, désirant des auxiliaires pour les seconder dans leur tâche qui se complexifie et s'élargit. Ils se chargent pour une bonne part de la formation qui est donc orientée dans une perspective technologique. C'est une profession d'emblée féminine où l'aspect vocatif est privilégié avec des conditions de travail très dures, donc peu attractives, ce qui renforcera cette pénurie toujours prétexte à une révision à la baisse des exigences d'accès et de formation. L'idéal pour

la femme issue de la bourgeoisie reste les tâches ménagères et la justification d'un travail d'infirmière est bien l'épanouissement par le don de soi. Pour se valoriser, pourtant, cette infirmière aura plutôt tendance à s'identifier au médecin qui représente le pouvoir et la science reléguant les soins de base à une branche d'infirmières subalternes, dévalorisant ainsi cette fonction si importante dans l'approche d'un corps malade et l'établissement d'une relation.

La loi évolue vers une meilleure définition de la profession. Si, en 1967¹⁰, les infirmières font encore partie des paramédicaux (auxiliaires du médecin), la loi de 1974¹¹ définit l'art de soigner, en distinguant une fonction dépendante et interdépendante (collaboration au diagnostic par l'observation) du médecin et une fonction autonome se définissant comme suit : *la prise en charge d'une personne, saine ou malade, pour l'aider, par une assistance continue, à l'accomplissement des actes contribuant au maintien, à l'amélioration ou au rétablissement de la santé, ou pour l'assister dans son agonie : tous ces actes étant accomplis en vue d'assurer une dispensation globale des soins infirmiers*. La fonction dépendante sera arrêtée en 1990¹² dans une liste des prestations techniques et des actes confiés par le médecin.

La fonction que l'on pourrait considérer comme la plus importante, la plus indépendante, est la moins reconnue tant par les collaborateurs directs et les patients que par les

infirmières elles-mêmes. Entre prendre soin et donner des soins, entre un modèle féminin maternant peu valorisant et un modèle masculin scientifique plus noble, entre dévouement et compétence, l'infirmière se perd dans un métier « intermédiaire »¹³. Il lui faudra le courage de remettre en question sa pratique. Venu d'outre-Atlantique, le « diagnostic infirmier » se veut être un mode de pensée et d'action qui favoriserait l'exercice de cette fonction, globalisante et autonome, une réflexion et un « agir infirmier ». La suite de notre réflexion, dans la région de Liège, s'attachera à l'étude de ces diagnostics, envisageant leurs aspects pratiques et novateurs tout en se demandant pourquoi ils sont si peu utilisés au quotidien.

(1) Le docteur Dejace dénonce ainsi la méfiance de ses confrères dans *Le Scalpel* du 10 mai 1908.

(2) « A nos lectrices ! » dans *La Femme belge*, août 1914, page de garde.

(3) Jane de Launoy, *Infirmière de guerre en service commandé*, Bruxelles, 1938, p. 272.

(4) Marguerite Perroy, « Souvenirs d'infirmière », dans *La Femme belge* (Edition complète), novembre 1922, p. 471.

(5) Docteur Dejace, « Le rôle de l'infirmière », dans *Revue de l'infirmière*, décembre 1921, p. 3.

(6) Cesse van den Steen, « Nursing et infirmières », dans *Le Scalpel*, 27 janvier 1923, p. 51-62.

(7) Docteur R. Sand, *Réforme du service médical de la bienfaisance*, Bruxelles, 1921, p. 201.

(8) La semaine de 48 heures en 6 jours est accordée aux infirmières en 1937, aux autres travailleurs en 1921.

(9) 1945 : création d'un graduat pour former des monitrices en deux ans.

(10) 10 novembre 1967 : arrêté royal relatif à l'art de guérir, à l'exercice de professions qui s'y rattachent et aux Commissions médicales provinciales.

(11) 20 décembre 1974 : Loi relative à l'exercice de l'art de soigner.

(12) 18 juin 1990.

(13) Lire à ce sujet : Bernadette Vander Borgh, *Infirmière. Genèse et réalité d'une profession*, Bruxelles, De Boeck Université, 1991.

Dictionnaire des solidarités

Pierre Ansay, docteur en philosophie et lettres, et Alain Goldschmidt, licencié en sciences politiques et administratives et en journalisme

.....

Pierre Ansay et Alain Goldschmidt ont fait un dictionnaire de cent quarante cinq mots. Des mots qui parlent de la solidarité : celle des philosophes et celle des démunis ; celle de la politique sociale et celle d'Harpagon. Et aussi de l'insolidarité, à la fois tare essentielle de la société capitaliste industrielle mais aussi désolidarisation des clubs d'égoïsmes fraternels et excluants, des ronrons hyperconformistes. Nous vous proposons un extrait de leur réflexion inspirée par le mot « sécurité sociale ».

.....

Le système de sécurité sociale est entré en crise

Le système de sécurité sociale est entré dans une crise aux aspects multiples : crise financière, de légitimité, crise de représentation, de souveraineté, crise technique et effets pervers déstabilisateurs. En grec ancien, « krisis » signifie à la fois changement et jugement, et cette ressource étymologique convient bien à ces mutations rapides de la société, aux changements de forme que ces mutations devraient induire dans le système de sécurité sociale mais aussi à la nécessité de juger politiquement, jugements qui orientent l'action politique en l'arrimant sur les valeurs fondatrices et sur sa propre histoire, jugements fidèles à la tradition mais simultanément osant des transgressions et des innovations rendues nécessaires par le bouleversement de la société postindustrielle.

L'Etat-Providence ou l'Etat social endure une crise financière structurelle qui se localise en amont de la sécurité sociale. Cette crise est liée directement à l'agrandissement de la sphère de la redistribution et à la corrélative contraction de la sphère des prélèvements, « un décalage, précise Rosanvallon, entre l'espace des contributaires et l'espace des allocataires ». Cette crise est liée aux capacités croissantes d'évasion fiscale, à la perte du civisme, à l'accroissement du chômage, des coûts de la santé, et à l'augmentation du volume, du nombre et de la durée des retraites.

La crise de légitimité ne date pas

d'hier : c'est plutôt le sens et l'origine des critiques qui varient et fissurent le paysage idéologique de la gauche. A côté des critiques libérales classiques, (la sécurité sociale serait gaspilleuse des ressources publiques, elle générerait une bureaucratie tatillonne et inefficace, les allocations de chômage seraient trop élevées et peu incitatives pour retrouver du travail, elle conduirait à une inflation des coûts de santé), on voit poindre des critiques moins susceptibles de conforter la prétention à la légitimité que manifestent divers marchés capitalistes pour s'approprier ce juteux et immense fromage constitué par les diverses assurances et prestations offertes par la sécurité sociale non-marchande.

Des études précises ont montré que certaines redistributions profitent davantage à la classe moyenne, c'est le fameux **effet Mathieu**, d'autres ont montré que les allocations du minimum vital ne permettent guère d'échapper à la trappe du chômage et de la pauvreté, d'autres ont proposé de financer davantage l'incitation à travailler et moins les mesures contraires, « d'activer » un Etat-Providence jugé trop passif, trop machine à indemniser et pas assez « entrepreneur social » et créateur d'emplois, d'autres enfin proposent d'alléger la part des cotisations dans le financement et de reconstruire une sécurité sociale à base plus citoyenne que travailleuse, avec moins de cotisations et plus d'impôts. D'autres, accusés par certains de tous les péchés d'Israël, proposent d'accroître la sélectivité des aides et des redistributions vers les plus défavorisés et de proposer des

Extrait du dictionnaire des solidarités de Pierre Ansay et Alain Goldschmidt paru à la petite bibliothèque de la citoyenneté en 1998.

Voir Santé conjugulée n° 5 : La sécurité sociale. Cette dame est à jeter ? paru en avril 1998.

allocations universelles minimales et inconditionnelles.

Cette tension entre citoyen et travailleur, ou la mise en conflit de l'optique beveridgienne avec l'optique bismarkienne, auparavant combinées sans grand discours au nom du pragmatisme qui cache souvent une indigence de pensée, indique que la crise de légitimité de la sécurité sociale s'avère indissociablement une crise philosophique de représentation de la société vis-à-vis d'elle-même : sommes-nous une société de travailleurs ou une société de citoyens, sommes-nous une société de militants associatifs, de jouisseurs individualistes ? Où et comment mettre l'accent ? Sur l'engagement politique ? Sur les luttes et les négociations sociales ? Ces questions sont lourdes de sens même si elles dépassent l'entendement d'un technocrate doué. Elles comportent un volet stratégique non négligeable : une sécurité sociale « redopée » par l'impôt et diverses taxes effectuerait progressivement un transfert de souveraineté des interlocuteurs sociaux vers le Parlement, une sécurité sociale mobilisant les acteurs associatifs de première ligne devrait faire face à des poussées d'acné démocratiques que les lourds appareils finiraient par devoir prendre au sérieux. Il y aurait dans ces cas de figure changement des rapports de force, des points de tension, montée en force de nouveaux acteurs.

Crise de souveraineté aussi : la sécurité sociale reste encore arrimée à l'Etat-Nation, mais est cernée comme lui par des revendications nationalistes qui viennent d'en

dessous, des régions et des communautés, ou qui atterrissent du haut « post-national » : décalage entre l'espace économique européen voire mondial et l'espace social encore circonscrit par les frontières.

Crise technique aussi liée à l'évolution des risques : bon nombre de citoyens tombent en dehors des filets de la sécurité sociale et accroissent l'ampleur de la grande pauvreté : certaines situations de précarité évoluent vers une pauvreté moins réversible. L'Etat-Providence indemnise des accidents conjoncturels et connaît maintenant la nécessité de faire face à des besoins structurels.

Le développement de la sécurité sociale induit en aval de ses redistributions des ferments de révolte contre ses bienfaits qui en accroissent simultanément les coûts : la sécurité sociale et ses bienfaits ont rendu l'individualisme tenable dans le même mouvement où s'effritaient les solidarités familiales et les solidarités courtes économes de dépenses publiques et basées sur le voisinage et les échanges de services. Cet individualisme « consolidé par la solidarité » a entraîné en retour une critique de cette solidarité mal perçue par ceux qui en bénéficient. Peu de citoyens connaissent le montant de leurs impôts et leur affectation, et moins d'un sur dix connaît le montant de ses cotisations. En d'autres termes, le cercle vicieux de la critique égoïste financée par un processus altruiste est inséparable d'un jugement erroné et vicieux : « pourquoi encore payer puisque je m'en tire bien tout seul ? », d'où valorisation de l'incivisme fiscal lié à un mode de vie plus individualisé

parce que rendu plus tenable et plus attractif par la généralisation des mœurs démocratiques apaisées par la sécurité sociale. La Belgique a connu des hommes politiques dont le succès électoral était lié à leur combat tricheur mais homérique contre le fisc.

• • • •

Contre l'offensive néolibérale, des arguments ne manquent pas pour maintenir une sécurité sociale forte

Pourtant les études les plus sérieuses ne manquent pas pour argumenter afin de maintenir le principe d'une sécurité sociale forte contrôlée et organisée hors de la sphère marchande.

Des études comparatives internationales ont montré qu'une sécurité sociale forte permet de réduire très significativement le taux de pauvreté : en Belgique, la pauvreté concernerait 45 % de la population sans les divers processus de transferts sociaux, taux qui est ramené à 5 % après transferts.

La privatisation des soins de santé, affirment imprudemment certains néolibéraux, aboutirait à une réduction des dépenses de santé. Les études pratiquées aux Etats-Unis montrent plutôt que l'explosion des coûts est directement liée à la hausse de l'exclusion sociale et à la privatisation. Le théorème social, dit « la maladie de Baumol », ce que les Français appelleraient le syndrome de Knock, (du nom de la fameuse pièce de théâtre *Knock ou le miracle de la médecine* rendue célèbre par la prestation inoubliable de Louis Jouvet) démontre à souhait que plus la médecine

• Dictionnaire des solidarités • (suite)

progressive, plus les gens sont malades. Les progrès techniques ne réduisent pas les soins apportés aux patients mais ils les segmentent : l'offre médicale supplémentaire de 10 % augmente en aval les dépenses de 6 %. Le paradoxe d'Arrow montre que la santé est un bien économique où la demande est dictée par l'offre. Le médecin offreur, si la transaction est payée par un tiers privé sans pouvoir de contrôle public comme dans le cas américain des assurances privées, a objectivement intérêt à provoquer une surconsommation médicale, qui à court terme, ne pénalisera pas le consommateur demandeur.

Les contrats d'assurance privée sont calqués sur le modèle de l'assurance « dommages » : prévenir est moins rentable que guérir quand on assure davantage les soins que la prévention.

Contrairement à ce qu'affirment les néo-libéraux, les frais administratifs sont beaucoup plus onéreux pour la collectivité dans un système d'assurances privées : chacun des mille trois cent assureurs privés des Etats-Unis possède ses propres standards de prise en charge, ce qui multiplie d'autant les frais de gestion et de conflits.

Les néo-libéraux ne sont pas les seuls dans la partie pour modifier les règles du jeu de la sécurité sociale. Les syndicats chrétiens belges ont proposé de réorganiser la sécurité sociale en deux piliers : un pilier alimenté par les revenus du travail et distribuant les revenus de remplacement : chômage, retraites et indemnités d'invalidité, et un pilier alimenté par l'impôt et

distribuant les revenus de complément, soins de santé et allocations familiales.

• • • • **Pour sortir de la crise : le financement alternatif**

Plusieurs pistes sont évoquées pour maîtriser l'emballement des dépenses, pour accroître les recettes et donc résorber le déficit. Si le pari est tenu, la dynamique positive pourrait en outre induire des externalités positives comme la création d'emplois dans divers secteurs. Ainsi, le financement alternatif de la sécurité sociale se comprend d'abord comme une mesure concrète visant à compenser le déficit de recettes dû à la réduction des cotisations patronales. Cette diminution du coût du travail devrait représenter un solide incitant à l'embauche si l'on parvient à maîtriser les effets d'aubaine (favoriser une embauche qui aurait eu lieu de toute façon) ou d'éviction (réduire le coût d'embauche des jeunes modifie l'ordre de la « file d'attente » et met sous pression les travailleurs plus âgés en les incitant à prendre leur prépension).

Le financement alternatif se comprend ensuite en tant qu'affectation directe de prélèvements classiques dans le budget de la sécurité sociale. Le caractère alternatif du prélèvement réside moins sur l'assiette que sur la modalité d'affectation directe du montant perçu au budget de la sécurité sociale ; en d'autres termes, cela signifie que les divers impôts et taxes nouveaux (taxe sur l'énergie,

contribution complémentaire de crise, augmentation de la TVA et des accises) seront directement affectés à la sécurité sociale sans être repris au sein d'arbitrages budgétaires cruciaux et douloureux auxquels le Gouvernement doit procéder annuellement pour l'affectation des ressources publiques.

On oppose ainsi le financement alternatif aux financements traditionnels de la sécurité sociale : rappelons que ceux-ci comprennent les cotisations sociales (intervenant à raison de près de trois quarts du montant global) et les subsides de l'Etat (en Belgique, moins d'un cinquième du montant global). Quant au financement alternatif proprement dit, il représente un pourcentage minime des recettes globales pour le régime salarié. Au plan idéologique, le financement alternatif est un vocable général (et généralisateur) qui recouvre en réalité des options et des stratégies politiques fort diversifiées.

• • • • **Le financement alternatif comporte cinq grands types d'objectifs**

1. Le financement alternatif peut être d'abord conçu comme un moyen de rééquilibrer la pression fiscale et parafiscale dans un sens plus favorable au facteur travail par rapport au capital. L'idée d'une cotisation sociale généralisée (CSG) rencontrerait cet objectif : il s'agirait de remplacer les diverses sources actuelles du financement alternatif par une cotisation (non déductible) qui

toucherait l'ensemble des revenus, y compris les revenus mobiliers, immobiliers et les bénéfices des sociétés. La CSG serait donc socialement plus équitable et accroîtrait la solidarité entre les divers facteurs de production.

2. Le financement alternatif est également un instrument servant à sauvegarder la compétitivité de certains secteurs menacés par la concurrence internationale. Dans un tel contexte, il est peu envisageable d'augmenter encore les cotisations patronales et celles des travailleurs, sous peine de fragiliser nos entreprises et de déprimer davantage encore la consommation.

3. Un troisième objectif, déjà évoqué, consiste à soutenir et encourager la création d'emplois. Force est de constater que cet objectif n'a jusqu'à présent pas produit les résultats escomptés. Sans doute a-t-on mis trop exclusivement sur la diminution des charges patronales pour créer une réelle dynamique d'embauche.

4. A plus long terme, le financement alternatif devrait permettre de mieux faire face aux défis démographiques qui se profilent à l'horizon 2010. Les générations du « baby boom » arriveront alors progressivement à la retraite et constitueront les rangs serrés du « papy boom ».

5. Enfin, certains envisagent le financement alternatif comme une première étape vers une fiscalisation accrue de la sécurité sociale, qui serait elle-même une conséquence naturelle de l'universalisation progressive des prestations et de l'ouverture de la



sécurité sociale aux catégories non-cotisantes. Ceci rejoint l'objectif d'une solidarité plus large et plus effective que celle habituellement prodiguée par les Etats-Providence classiques.

•••••
Créer une assurance dépendance

La proposition de créer une assurance dépendance représente le prototype de sortie positive de la crise de la sécurité sociale par le biais de la création d'emplois et le cercle vertueux qu'elle induit (plus de travailleurs apporteront plus de cotisations). Ce que l'on pourrait nommer « une nouvelle branche de la sécurité sociale » illustre bien le fait que la sécurité sociale est une des grandes horloges régulatrices de la vie commune, en interdépendance maximale avec la sphère de la culture, l'instance politique, la sphère économique et les dimensions privées, grises voire noires qui échappent à tout contrôle et résistent au formalisme.

La société connaît une triple évolution : davantage de personnes âgées qui vivent plus longtemps et seules : sur cent personnes âgées de plus de 65 ans, 82 % n'ont pas de problèmes, 12,4 % ont besoin d'aide pour sortir de leur domicile et 5,6 % ont besoin d'aide à domicile. Une personne âgée dépendante nécessite en moyenne un quart d'emploi. Comment financer donc ce nouvel ensemble de besoins ?

En Allemagne, une assurance dépendance est financée par un accroissement des cotisations sociales de 1,7 % du salaire brut à partir de janvier 1996. En France, plusieurs syndicats voudraient que le financement soit assuré par la cotisation sociale généralisée. « L'assurance dépendance devrait devenir, précise Hedwige Peemans, une nouvelle branche de la sécurité sociale. Des chèques services seraient distribués aux personnes dépendantes en fonction du taux de dépendance. Ces chèques permettraient de rémunérer des organismes de services

• **Dictionnaire des solidarités**
• **(suite)**
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•

spécialisés et non des personnes. Ces organismes distribueraient des services dans une perspective non-marchande et en évitant le retour de la servitude domestique : le service en question récupérerait le montant de la prestation auprès de la branche de la sécurité sociale à créer et la personne qui effectuerait la prestation aurait un contrat d'emploi normal au sein de l'organisation non-marchande de services ».

De tels dispositifs imaginatifs et ingénieux, susceptibles de mobiliser des ressources éthiques dans la majorité de la population font coup triple : améliorer le financement, faire face à de nouveaux besoins (la vieillesse dépendance), par la solution des autres (création d'emplois donc baisse du montant total des allocations de chômage).

Ils démontrent à souhait que dans la sécurité sociale, c'est bien du destin et de l'avenir de la société globale qu'il s'agit, sans fatalité.

Le lait : une sacrée vacherie ?

Présentation : Bénédicte Dubois, kinésithérapeute à la maison médicale Aster

Le lait : une sacrée vacherie ?

Docteur Nicolas Le Berre. Edition Charles Corlet.

Le docteur Le Berre nous propose une hypothèse dérangeante : le lait, tel qu'il est produit actuellement, est fréquemment nocif à la santé.

Le lait a toujours été présent dans l'alimentation humaine, mais dans le passé, on le consommait dans des proportions nettement moindre qu'aujourd'hui.

D'autre part, le lait actuel est pollué, dénaturé et ne porte plus de lait que le nom.

Selon l'auteur, si nous consommons des quantités toujours plus importantes de produits laitiers, c'est parce que le progrès technologique nous permet d'en produire toujours davantage et que l'industrie agro-alimentaire, guidée par le profit, favorise la consommation de lait, notamment en proposant de nouvelles gammes de produits dérivés. Elle est aidée en cela par nos croyances culturelles qui font du lait un synonyme de calcium et de solidité. Pourtant, si le lait est effectivement un aliment riche en calcium, il est loin d'être le seul : de nombreux aliments nous en fournissent abondamment, comme les oléagineux, les choux, les crevettes, les pâtes cuites...

Que reproche-t-on au lait ? Sa haute teneur en graisses et en protéines est certes intéressante, mais un apport excessif peut nuire à la santé, d'autant qu'il s'agit de graisses saturées. Nombre de problèmes respiratoires,

cardio-vasculaires, digestifs, gynécologiques, rhumatologiques, dermatologiques, allergiques, troubles du sommeil, troubles psychosomatiques nécessitent d'ailleurs un régime consistant en la suppression de tous produits laitiers et dérivés.

Le lien entre la consommation du lait et le cancer n'est pas prouvé actuellement. On retiendra cependant deux éléments : premièrement que le lait est pollué par des résidus pesticides, éléments radioactifs et mycotoxines, et ensuite que la forte teneur en graisses saturées et en protéines du lait sont susceptibles de favoriser le cancer.

L'auteur propose de stimuler la consommation de produits de remplacement : céréales complètes, graines oléagineuses, poissons, viandes maigres, graines germées, huiles de première pression à froid et algues. Quelques menus et recettes sont suggérés.

On peut aussi sélectionner des produits laitiers mieux adaptés à nos besoins : préférer le lait caillé qui est prédigéré (moins de travail pour l'organisme), ou les fromages fermentés de chèvre ou de brebis, éviter les fromages fondus et les combinaisons céréales/lait/sucre.

En conclusion, on retiendra que le lait n'est pas un aliment indispensable pour notre santé et peut être à l'origine de nombreux troubles. Si vous en consommez, faites-le avec modération et si vous voulez vous en abstenir, remplacez-le de façon réfléchie.

Un microbe n'explique pas une épidémie

Présentation : Michel Dechamps

Un microbe n'explique pas une épidémie

Norbert Gualde - *Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, 1999.*

Les systèmes dans lesquels coévoluent les causes des maladies infectieuses sont complexes. Un microbe seul ne permet pas d'expliquer une épidémie.

Les facteurs biologiques sont en interaction permanente avec le social, le culturel voire le politique.

Norbert Gualde analyse pour nous ces multiples composantes en associant les descriptions concrètes et la théorisation qui peut en découler, et montre comment les interactions entre les éléments biologiques, écologiques et socioculturels se conjuguent dans l'apparition des épidémies.

Le survol historique des grandes épidémies et des différentes manières dont l'homme les a affrontées permet de mieux comprendre le contexte général qui les a générées. On y découvre, entre autres, dans quelle mesure la découverte du Nouveau Monde a bouleversé l'équilibre biologique général de la planète au niveau des maladies infectieuses.

Mais la menace demeure et le passé rattrape le présent avec le retour de maladies anciennes que l'on espérait disparues, la persistance de maladies qui coévoluent avec l'homme ou l'émergence de nouvelles maladies : le SIDA, mais aussi le virus Ebola, la fièvre de Lassa, etc. Si les facteurs pauvreté et hygiène déficiente sont corrélés avec l'apparition d'épidémie, on constate que le progrès et la technologie peuvent constituer des

éléments déclencheurs de nouvelles maladies. C'est le cas, par exemple, de la bactérie « *Legionella pneumophila* » qui a pu se développer dans l'eau du système de climatisation d'un grand hôtel de Philadelphie et provoquer des décès par pneumonie. C'est aussi le progrès qui a été à la base des épidémies de poliomyélite.

Dans la seconde partie du livre, l'auteur nous livre des informations très didactiques sur le fonctionnement du système immunitaire humain, tout à fait accessibles aux non initiés. L'évolution des immunités est mise en évidence à travers plusieurs exemples. L'auteur insiste enfin sur ce qu'il appelle l'immunité des groupes humains ou l'immunité de tous rendue possible par le polymorphisme des structures immunitaires des individus.

La conclusion de l'ouvrage aborde la question des équilibres ou déséquilibres du système planétaire en comparant les théories de « Gaïa » et du « Chaos ».

C'est passionnant, du début à la fin... Un ouvrage de réflexion très instructif à plus d'un titre.