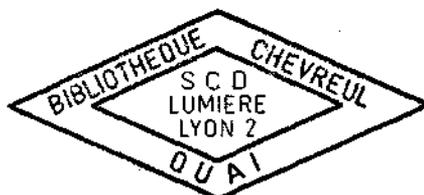


UNIVERSITÉ LYON II



---

**L'INFIRMIERE... DEMAIN**  
**CONTRIBUTION A UNE REFLEXION**  
**SUR LES FINALITÉS DE LA PROFESSION**

---

**T H E S E**

soutenue en vue du  
Doctorat de IIIe cycle

en Psychologie - Sciences de l'Éducation

par

**Geneviève CHARLES**

sous la direction de  
**Monsieur le Professeur Guy AVANZINI**

630865

## SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	1
PREMIERE PARTIE	
L'INFIRMIERE... HIER .....	13
CHAPITRE I : L'ELABORATION DE LA FONCTION INFIRMIERE	15
Du monde antique à l'avènement du Christianisme .....	15
- Le monde antique .....	15
- La Révolution Chrétienne .....	23
1. Les soins aux malades à l'aube du Christianisme .....	24
1.1. Les premières organisations chrétiennes et les premiers soignants .....	24
1.2. L'apparition des premiers ordres hospitaliers au Moyen-Age .....	26
1.21. Le personnel soignant dans les fondations hospitalières .....	29
1.22. L'hygiène et la pratique médicale .....	29
2. L'épanouissement des ordres congréganistes hospitaliers	32
2.1. Les principaux ordres hospitaliers .....	33
2.2. Les fonctions des soeurs hospitalières .....	37
- La satisfaction des besoins fondamentaux	
- Les soins aux malades	
2.3. Les caractères et les problèmes du personnel soignant .....	45
- La polyvalence du personnel soignant	
- La formation professionnelle	
- Les rapports des ordres et des administrations hospitalières	
3. Les ordres hospitaliers pendant la Révolution .....	51
3.1. Sous l'Assemblée Constituante .....	53
3.2. Sous l'Assemblée législative .....	55
3.3. Sous la Convention .....	55
3.4. De Thermidor à l'Empire .....	56

4.	La restauration des ordres hospitaliers .....	58
4.1.	La restauration catholique .....	58
4.2.	Le renouveau du protestantisme .....	59
	- La Communauté des Diaconesses de Reuilly	
	- La Communauté protestante de Kaiserswerth	
CHAPITRE II : NAISSANCE ET MISE EN PLACE DE LA FONCTION INFIRMIERE COMME ACTIVITE PROFESSIONNELLE		64
1.	Vers une conception civile de la fonction infirmière	64
1.1.	La situation de l'infirmière en France dans la seconde moitié du XIXe siècle .....	64
1.1.1.	L'univers hospitalier .....	65
	- Le cadre hospitalier	
	- Le personnel soignant	
	. Le recrutement du personnel	
	. Les conditions de vie du personnel	
	. La formation du personnel	
	. La promotion du personnel	
1.1.2.	Les soins extra-hospitaliers .....	71
	- Les gardes-malades	
	- Les amateurs	
1.2.	La situation de l'infirmière en Grande-Bretagne dans la seconde moitié du XIXe siècle .....	76
1.2.1.	Avant Florence Nightingale .....	76
1.2.2.	L'oeuvre de Florence Nightingale .....	77
	- Son action pendant la guerre de Crimée .....	77
	- Son action au niveau de la construction hospitalière .....	78
	- Son action au niveau de la formation des infirmières .....	78
	. Une hiérarchie	
	. Les attributions de chacune	
	. Le contenu de la formation	
	- Son influence sur les mentalités de l'époque ..	81
1.3.	La transformation de la condition de l'infirmière en Suisse : "La Source" .....	84
1.4.	Les apports de la Croix-Rouge .....	85
2.	Vers un statut social de l'infirmière : 1900-1922 ....	88
2.1.	La mise en place de la fonction infirmière comme activité professionnelle en France .....	88

2.11. Sur le plan public .....	88
- La reconnaissance officielle de la carrière d'infirmière : la circulaire du 28 octobre 1902	88
- L'école professionnelle d'infirmières de l'Hospice de la Charité de Lyon .....	92
. Les délibérations des conseils d'adminis- trations des Hospices Civils de Lyon du 23 septembre et du 28 novembre 1899	
But et siège de l'école	
Conditions d'admission	
Enseignement	
Fonctionnement de l'école	
Examen	
- La reconnaissance officielle des infirmières des hôpitaux militaires : le décret de juillet 1903 .....	98
2.12. Sur le plan privé .....	99
- La création d'écoles d'infirmières .....	99
- La durée des études .....	100
- La formation .....	101
2.2. La mise en place de la fonction infirmière comme activité professionnelle, sur le plan international .....	103
2.21. La création du Conseil International des Infirmières (1899) .....	103
2.22. La formation des infirmières en Europe ...	103
2.23. La formation des infirmières aux Etats-Unis et au Canada .....	104

## DEUXIEME PARTIE

L'INFIRMIERE... AUJOURD'HUI .....	109
CHAPITRE I : L'ENTRE DEUX GUERRES .....	111
1. Les années 20 .....	111
1.1. L'oeuvre législative .....	112
1.11. L'organisation officielle de l'entrée dans la carrière .....	112
1.11.1. Le décret du 27 février 1922 .....	112
- La création du diplôme d'Etat .....	112
- Le Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières .....	113
1.11.2. La création du bureau central des infirmières .....	116
1.11.3. L'inspection des écoles .....	117

1.12.	L'ouverture de la carrière .....	117
1.12.1.	L'infirmière militaire .....	117
1.12.2.	L'infirmière visiteuse .....	117
1.12.3.	Vere une spécialisation plus fine des activités de l'infirmière .....	124
1.2.	Les activités de l'Association Nationale des Infirmières diplômées d'Etat .....	130
1.21.	Sur le plan professionnel .....	130
-	La formation des infirmières .....	130
-	La pénurie et la rémunération des infirmières .....	134
1.22.	Sur le plan international .....	134
2.	Les années 30 .....	135
2.1.	Les décisions législatives .....	136
2.11.	Sur le plan professionnel .....	136
2.11.1.	La prorogation de la période dérogatoire : le décret d'avril 1933 .....	136
2.11.2.	Le décret du 18 février 1938 .....	137
2.12.	Sur le plan social .....	138
2.12.1.	Les Accords de Matignon .....	138
2.12.2.	Les conventions collectives .....	138
2.2.	Réflexions et activités de l'Association Nationale des Infirmières diplômées d'Etat .....	139
2.21.	L'amélioration de la formation profes- sionnelle des infirmières .....	139
2.22.	Les écueils de la vie professionnelle .....	143
2.23.	La méconnaissance des droits de l'infirmière .....	144
2.24.	Présence de l'Association sur le plan international .....	145
3.	La contribution de la Croix-Rouge française à la formation des infirmières pendant l'entre deux guerres .	146
4.	L'infirmière française à la veille de la Seconde Guerre mondiale .....	147
5.	L'infirmière sous l'Etat français (1940-1944) .....	151

CHAPITRE II : DE LA FIN DE LA SECONDE GUERRE MONDIALE A NOS JOURS .....	153
1. La législation française .....	153
1.1. La réglementation de l'activité professionnelle de l'infirmière .....	153
1.11. Une définition de l'infirmière et des soins relevant de sa compétence .....	155
1.12. La continuité dans les dérogations .....	156
1.13. La formation des infirmières .....	159
- La formation des infirmières en école de base .....	159
- La formation des cadres infirmiers ....	163
1.2. La réglementation des rapports entre l'administration et la profession .....	166
1.21. Le Conseil Supérieur des Infirmières ....	166
1.22. Le Conseil de Perfectionnement des écoles d'infirmières .....	168
1.23. Le Conseil Supérieur des professions para-médicales .....	170
2. La radiographie de la profession .....	173
2.1. Le champ d'activité du personnel infirmier ....	173
2.11. En métropole .....	173
2.11.1. Dans le secteur public .....	174
2.11.2. Dans le secteur privé .....	177
2.12. Hors de la métropole .....	181
2.2. Le malaise infirmier .....	184
- chez le personnel hospitalier	
- chez le personnel extra-hospitalier	
3. L'organisation interne de la profession .....	190
3.1. Les associations professionnelles .....	190
3.2. Les syndicats .....	196
3.3. Le Comité Infirmier Permanent de Liaison et d'Etudes (C.I.P.L.E.) .....	196
4. Ouverture sur le plan international .....	197
4.1. Les organisations et leurs oeuvres .....	197
4.11. Les organismes professionnels internationaux .....	197
4.12. L'Organisation Mondiale de la Santé .....	199
4.13. Le Conseil de l'Europe .....	202
4.2. Les réactions du gouvernement français à ces initiatives internationales .....	204

## T R O I S I E M E   P A R T I E

UN ULTIME REGARD SUR HIER ET AUJOURD'HUI .....	208
CHAPITRE I : LA SITUATION ACTUELLE DE L'INFIRMIERE FRANCAISE .....	210
1. L'infirmière dans la structure soignante .....	211
1.1. L'infirmière et le corps médical .....	212
1.2. L'infirmière et l'administration hospitalière..	218
2. L'infirmière travailleuse spécifique .....	221
3. L'infirmière dans la société .....	224
3.1. L'image de l'infirmière .....	224
3.2. L'impact social de l'infirmière .....	228
4. La profession d'infirmière .....	230
4.1. Approche de la notion de profession .....	232
4.2. A la recherche des conditions d'existence d'une profession .....	236
4.3. Peut-on parler de profession chez les infirmières ? .....	238
CHAPITRE II : LES RAISONS DE LA SITUATION ACTUELLE DE L'INFIRMIERE FRANCAISE .....	243
1. L'étroitesse des finalités .....	244
2. Les pesanteurs du passé .....	252
2.1. La contrainte des traditions .....	253
2.2. La pression de conceptions dépassées .....	260
2.3. L'entrave des structures sanitaires inadaptées	268
Q U A T R I E M E   P A R T I E	
VUES PROSPECTIVES SUR L'INFIRMIERE DE L'AVENIR .....	274
CHAPITRE I : COMMENT CONCEVOIR ET ASSURER LA SANTE ?	276
1. Qu'est-ce que la santé ? .....	277
1.1. La santé et la vie .....	277
1.1.1. Approche de la notion de santé .....	277
- Comment l'activité normative de la vie permet de comprendre ce que sont la santé, la maladie, la guérison	
- Conséquences de cette conception de la vie, de la santé et de la maladie	

1.12. Vers une définition de la santé .....	283
- La reconnaissance du droit à la santé	
- La conception de la santé qu'implique ce droit	
1.2. La santé et la mort .....	288
1.21. L'évolution des attitudes de l'homme à l'égard de la mort .....	288
1.22. Ambiguïté de l'attitude actuelle à l'égard de la mort .....	290
1.3. Comment assurer la santé ? .....	294
1.31. Le point de vue d'Ivan Illich .....	295
1.32. La valeur des idées d'Ivan Illich .....	300
1.33. L'avenir de la médecine française .....	308
CHAPITRE II : COMMENT L'INFIRMIERE PEUT-ELLE DEVENIR "EDUCATRICE DE LA SANTE" .....	312
1. La fonction de l'infirmière, éducatrice de la santé .....	313
- Le problème	
- Les conditions d'un changement possible dans le monde sanitaire	
- Les modèles "mutationnels"	
. Quelques modèles mutationnels dans le secteur hospitalier	
. Quelques modèles mutationnels dans le secteur extra-hospitalier	
2. Vers un nouveau modèle infirmier : L'infirmière de Santé Publique .....	319
2.1. Qui est-elle ? .....	319
2.2. Les conditions spécifiques de l'exercice de sa fonction .....	325
. Soins infirmiers	
. Diagnostic infirmier	
. Savoir infirmier	
3. La formation de l'infirmière de Santé Publique .....	328
3.1. Les principes de la formation .....	329
3.2. Les aspects et les techniques de la formation..	332
3.3. Le cadre de la formation .....	335
4. L'originalité et la spécificité de l'infirmière de Santé Publique .....	338
- L'infirmière et le médecin	
- L'infirmière et les para-médicaux	
- L'infirmière et les travailleurs sociaux	



CHAPITRE III : LES CONDITIONS DE L'AVENEMENT DE L'INFIRMIERE DE SANTE PUBLIQUE .....	342
1. Une conjoncture politique favorable .....	344
2. Un double consensus social .....	347
3. Une transformation des structures sanitaires .....	348
3.1. Les structures sanitaires de base : Les centres de santé et de soins .....	348
. Le principe de leur mise en place	
. Leur caractère spécifique	
. Leur localisation géographique	
. Leur objectif	
. Leur organisation	
. Un aspect de leur travail : le dossier familial ou individuel	
. La gestion des centres	
3.2. Les structures hospitalières .....	360
. Le Centre Hospitalier Régional	
. Les Centres hospitaliers, hôpitaux, hôpitaux ruraux	
CONCLUSION GENERALE .....	367
BIBLIOGRAPHIE .....	377
ANNEXES I - II - III .....	406

QUATRIEME PARTIE

VUES PROSPECTIVES SUR L'INFIRMIERE DE L'AVENIR

---

Réfléchir sur ce que pourrait être l'infirmière ... demain suppose, sans doute, une définition claire et précise des finalités de sa fonction. Or, le programme de 1972, en proposant aux infirmières de devenir "éducatrices de la santé" répond, en partie, à cette nécessité.

Si, l'on se réfère cependant, à l'ensemble de notre étude, il est à craindre que cette conception de l'infirmière demeure sans effet, si l'infirmière n'est pas en même temps "reconnue" officiellement et effectivement comme travailleuse sanitaire originale. Encore, faut-il pour cela, que soient levés les obstacles, que nous avons analysés, auxquels elle se heurte dans l'exercice de ses activités.

Or dénoncer ces obstacles, souhaiter les écarter, n'est-ce pas déjà introduire une réflexion sur les problèmes qui relèvent d'une politique de la santé ?

S'interroger sur une politique de la santé c'est, en effet, définir la nature de la santé, rechercher comment, et par qui, elle doit être assurée, examiner, enfin, si les structures sanitaires existantes peuvent satisfaire aux exigences ainsi définies.

La fonction d'éducatrice de la santé que doit assumer l'infirmière ne peut prendre tout son sens qu'au sein d'un contexte sanitaire repensé et renouvelé.

CHAPITRE I

COMMENT CONCEVOIR ET ASSURER LA SANTE ?

Dans la mesure où l'on pense que la tâche de l'infirmière ne doit plus être exclusivement centrée sur la maladie mais sur la santé, il paraît indispensable d'instaurer une réflexion préalable sur la notion de santé, en dépassant les définitions tautologiques du sens commun, ou même des dictionnaires, d'après lesquels la santé est l'état de la personne dont les fonctions ne sont troublées par aucune maladie, et, où la maladie est toujours considérée comme un trouble de la santé.

Cette réflexion sur la santé devrait nous éclairer sur la meilleure manière de répondre aux besoins et aux attentes des hommes afin d'entretenir, d'améliorer, de prolonger leur santé tant sur le plan individuel que sur le plan collectif.

## 1 - Qu'est-ce que la santé ?

### 1. 1. La santé et la vie

En fait, on ne peut aborder le problème de la santé sans se référer à la vie elle-même comme le montrent les analyses pertinentes de Georges Canguilhem dans son ouvrage Le normal et le pathologique .

#### 1.11. - Approche de la notion de santé

- . Comment l'activité normative de la vie permet de comprendre ce que sont la santé, la maladie, la guérison.

Pour Georges Canguilhem "le fait pour un vivant de réagir par une maladie à une lésion, à une infestation, à une anarchie fonctionnelle traduit le fait fondamental que la vie n'est pas indifférente aux conditions dans lesquelles elle est possible, que la vie est polarité et par là-même position inconsciente de valeur, bref, que la vie est en fait une activité normative"(1)

---

(1) CANGUILHEM (Georges).- Le normal et le pathologique - p. 77.

La vie "ignore la rigidité géométrique". Activité dynamique, "elle est débat ou explication avec un milieu où il y a des fuites, des trous, des dérobades et des résistances inattendues"(1). La vie s'exprime et se défend, elle préfère et elle exclut, elle est polarité car, "le plus simple appareil biologique de nutrition, d'assimilation et d'excrétion traduit une polarité. Quand les déchets de l'assimilation ne sont plus excrétés par un organisme et encombrant ou empoisonnement le milieu intérieur, tout cela est, en effet, selon la loi (physique et chimique, etc.) mais, rien de cela, n'est selon la norme qui est l'activité de l'organisme lui-même"(2).

C'est que la vie n'est pas "seulement soumission au milieu mais institution de son propre milieu,"(3) et elle pose, de ce fait même, "des valeurs non seulement dans le milieu mais dans l'organisme même"(4).

Ainsi, il n'y a pas d'"indifférence biologique", il y a des normes biologiques saines et des normes pathologiques, et les secondes ne sont pas de même qualité que les premières"(5). Pour tout être vivant, il y a donc des valeurs positives qu'il recherche et des valeurs négatives qu'il repousse ; c'est ce que G. Canguilhem appelle "la normativité biologique".

Dès lors, c'est en se référant à la polarité dynamique de la vie et à la normativité qui la traduit que l'on peut comprendre ce que sont la santé et la maladie. "C'est la vie elle-même, par la différence qu'elle fait entre ses comportements propulsifs et ses comportements répulsifs, qui introduit dans la conscience humaine les catégories de santé et de maladie"(6).

"La santé est une façon d'aborder l'existence en se sentant non seulement possesseur ou porteur mais aussi, au besoin, créateur de valeurs, instaurateur de normes vitales"(7). Et Georges Canguilhem précise : être sain, c'est non seulement être normal dans une situation donnée mais

---

(1) CANGUILHEM (G.) - op. cit. p. 131.

(2) idem p. 79.

(3) " p. 155.

(4) idem p. 155.

(5) idem p. 79.

(6) idem p. 150.

(7) idem p. 134.

être aussi normatif dans cette situation et dans d'autres situations éventuelles. Ce qui caractérise la santé c'est la possibilité de dépasser la norme qui définit le normal momentané, la possibilité de tolérer les infractions à la norme habituelle et d'instituer(1) des normes nouvelles dans des situations nouvelles"(2).

Ainsi "l'homme ne se sent en bonne santé -qui est la santé- que lorsqu'il se sent plus que normal -c'est-à-dire adapté au milieu et à ses exigences- mais normatif, capable de suivre de nouvelles normes de vie"(3).

On comprend donc que "la santé soit pour l'homme un sentiment d'assurance dans la vie qui ne s'assigne de lui-même aucune limite"(4). D'ailleurs, "valere qui a donné valeur signifie en latin se bien porter"(5).

Si la santé n'est pas autre chose que l'indétermination initiale de la capacité qu'a l'être humain d'instaurer de nouvelles normes biologiques, elle apparaît comme "une marge de tolérance des infidélités du milieu"(6).

Inversement, la maladie est "une réduction de la marge de tolérance des infidélités du milieu"(7).

Mais dans la mesure où "il n'y a point de vie sans normes de vie"(8) la maladie, "elle aussi est encore une norme de vie, mais c'est une norme inférieure en ce sens qu'elle ne tolère aucun écart des conditions dans lesquelles elle vaut, incapable qu'elle est de se changer en une autre norme. Le vivant malade est normalisé dans des conditions d'existence définies et il a perdu la capacité normative, la capacité d'instituer d'autres normes dans d'autres conditions"(9).

---

(1) Souligné par nous.

(2) CANGUILHEM (G.) op. cit. p. 130.

(3) idem p. 132-133.

(4) idem p. 133.

(5) idem p. 133.

(6) idem p. 130.

(7) idem p. 132.

(8) idem p. 155.

(9) idem p. 120.

La maladie n'en reste pas moins une certaine manière de vivre, "une expérience d'innovation positive du vivant"(1). A la fois privation et remaniement, "la maladie n'est pas une variation sur la dimension de la santé ; elle est une nouvelle dimension de la vie"(2) ; car si la vie "n'admet pas des rétablissements, la vie admet des réparations qui sont vraiment des innovations physiologiques"(3) et la "réduction plus ou moins grande de ces possibilités d'innovation mesure la gravité de la maladie"(4).

Quant à la guérison, elle n'est jamais restauration, "elle est la reconquête d'un état de stabilité des normes physiologiques"(5) en aucun cas elle n'est retour à l'innocence biologique. Les nouvelles normes physiologiques ne sont pas l'équivalent des normes antérieures à la maladie, car la vie ne connaît pas la réversibilité. La guérison vise seulement à donner à l'individu une nouvelle maîtrise et possession de soi dans des conditions différentes. Et souvent, "guérir c'est se donner de nouvelles normes de vie, parfois supérieures aux anciennes"(6).

- Conséquences de cette conception de la vie, de la santé et de la maladie.

Ces idées de G. Canguilhem sur la santé, la maladie et la guérison entraînent un certain nombre de conséquences importantes.

Elles sont d'abord en complète rupture avec la conception du XIXe siècle d'après laquelle l'état pathologique n'était qu'une modification quantitative de l'état normal ; "les maladies n'étaient que les effets de simples changements d'intensité dans l'action des stimulants indispensables à l'entretien de la santé"(7) Claude Bernard présente très nettement cette thèse :

"La santé et la maladie ne sont pas deux modes différant essentiellement comme ont pu le croire les anciens médecins et comme le croient encore quelques praticiens. Il ne faut pas en faire des principes distincts,

---

(1) CANGUILHEM op. cit. p. 122.

(2) idem p. 122.

(3) idem p. 129.

(4) idem p. 129.

(5) idem p. 156.

(6) idem p. 156.

(7) idem p. 19.



des entités qui se disputent l'organisme vivant et qui en font le théâtre de leurs luttes. Ce sont là des vieilleries médicales. Dans la réalité, il n'y a entre ces deux manières d'être que des différences de degré : l'exagération, la disproportion, la disharmonie des phénomènes normaux constituent l'état maladif. Il n'y a pas un cas où la maladie aurait fait apparaître des conditions nouvelles, un changement complet de scène, des produits nouveaux et spéciaux"(1).

La vie, dans cette perspective, serait donc identique à elle-même dans la santé et dans la maladie. Il n'y aurait pas entre santé et maladie différence de nature, mais différence de degré.

Pour Georges Canguilhem, au contraire, la santé et la maladie sont deux dimensions de la vie, mais d'allure tout à fait différente. Alors que la santé est caractérisée par "la tendance à affronter des situations nouvelles et à instituer de nouvelles normes"(2), la maladie "n'est pas seulement disparition d'un ordre physiologique, mais apparition d'un nouvel ordre vital"(3) dont on a que faire et dont on a à souffrir. Le malade se sent autre, car la maladie est vraiment pour le malade "une autre allure de la vie"(4) "Etre malade c'est vraiment pour l'homme vivre d'une autre vie"(5).

Dès lors on comprend comment "la vie est cette activité polarisée de débat avec le milieu qui se sent ou non normale, selon qu'elle se sent ou non normative"(6).

D'autre part c'est parce que la maladie n'est pas simple variation quantitative sur le thème de la santé, mais ruptures et remaniements, transformation qualitative chez un sujet concret, qu'il y a une médecine et une physiologie car "la vie d'un vivant, fut-ce d'une amibe, ne reconnaît les catégories de santé et de maladie que sur le plan de l'expérience, qui est d'abord épreuve, au sens affectif du terme et non sur le plan de la science"(7). L'appel au médecin vient du malade, "c'est donc d'abord parce

---

(1) BERNARD (Cl...) - Les leçons sur la chaleur animale cité par Canguilhem op. cit. p. 36-37.

(2) CANGUILHEM op. cit. p. 136.

(3) " idem p. 128.

(4) " idem p. 51.

(5) " idem p. 59.

(6) " idem p. 153.

(7) " idem p. 131.

que les hommes se sentent malades qu'il y a médecine. Ce n'est que secondairement que les hommes parce qu'il y a médecine, savent en quoi ils sont malades"(1).

De fait si comme l'a écrit Leriche "la santé c'est la vie dans le silence des organes", il n'y a de conscience concrète ou scientifique de la vie que par la maladie.

La santé et la maladie n'ayant de sens que pour le vivant et par lui, c'est la totalité organique qui passe sur le devant de la scène et non plus des éléments parcellaires, organes, tissus, cellules. "On a cherché dans le tissu ou la cellule la solution d'un problème posé au malade d'abord, et au clinicien ensuite, par l'organisme entier. Chercher la maladie au niveau de la cellule c'est confondre le plan de la vie concrète où la polarité biologique fait la différence de la santé et de la maladie, et le plan de la science abstraite où le problème reçoit une solution"(2).

Par ailleurs, si la santé apparaît comme une marge de tolérance aux infidélités du milieu et la maladie comme une réduction de cette marge, santé et maladie ne peuvent jamais être saisies en soi, mais toujours en relation avec le milieu, dans lequel vit cette totalité organique. Et ce milieu n'est pas "un système de constantes mécaniques, physiques et chimiques"(3) dont on peut dégager les lois : il est constitué "par des êtres et des événements qui diversifient ces lois"(4). Comme le précise G. Canguilhem "Parce que le vivant qualifié vit parmi un monde d'objets qualifiés, il vit parmi un monde d'accidents possibles"(5).

Mais pour apprécier pleinement la santé et la vie chez l'être humain, il ne faut pas limiter la vie à son aspect négatif dans un univers physique. L'homme étant un agent modificateur du milieu, il faut aussi tenir compte du milieu technique, social, culturel, au sein duquel se déploie son existence. "L'homme, même physique, ne se limite pas à son organisme. L'homme ayant prolongé ses organes par des outils ne voit, dans son corps, que le moyen de tous les moyens d'action possibles. C'est donc au-delà du corps qu'il faut regarder pour apprécier ce qui est normal ou pathologique

---

(1) CANGUILEHM op. cit. p. 156.

(2) " idem p. 151.

(3) idem. p. 131.

(4) idem. p. 131.

(5) idem. p. 131.

pour ce corps même. Avec une infirmité comme l'astigmatisme ou la myopie, on serait normal dans une société agricole ou pastorale, mais on est anormal dans la marine ou dans l'aviation..."(1). On ne comprend donc bien comment dans les milieux propres à l'homme, le même homme se trouve, à des moments différents, normal ou anormal, ayant les mêmes organes, que si l'on comprend comment la vitalité organique s'épanouit chez l'homme en plasticité technique et en avidité de domination du milieu"(2).

#### 1.12. Vers une définition de la santé

A partir de ces analyses de la santé et de la maladie, quelle conception pouvons-nous nous faire, à notre époque, de la santé ?

On ne peut le dire qu'en situant la santé dans un contexte historique et anthropologique.

#### - La reconnaissance du droit à la santé

Pendant fort longtemps, la vie n'a été que lutte incessante contre tout ce qui pouvait entraver son expansion et l'humanité a dû se défendre contre les maux susceptibles de porter atteinte à son existence et à sa survie. "Pendant des milliers d'années, la santé n'a rien été d'autre que l'utilisation de toutes les ressources qui ont permis à la vie de durer et à l'espèce humaine de se reproduire et de se prolonger"(3). Et, c'est pour lutter contre les maux qui atteignaient les êtres humains que s'est développé, sous des formes diverses, le souci de guérir. Pendant des siècles, l'action de la santé publique a pris la forme d'une lutte contre les grandes pandémies et endémies, les maladies héréditaires, les fléaux sanitaires et sociaux... "Toutes les forces vives d'un groupe social, d'une région, d'une nation, puis du monde se sont progressivement organisées pour lutter depuis l'institution des premières mesures sanitaires que l'on trouve mêlées aux préceptes religieux dans toutes les cultures jusqu'aux Conventions sanitaires internationales de 1926-1928"(4).

---

(1) CANGUILHEM (G...) op. cit. p. 133.

(2) idem p. 133.

(3) COLLIÈRE (M.F...) "Les fonctions de l'infirmière de santé publique" p. 1080.

(4) COLLIÈRE (M.F.) idem. p. 1080.

Il n'est pas question de faire ici l'histoire de cette lutte contre les maladies; il suffit de remarquer que l'humanité, moins obnubilée par le problème de sa survie, grâce aux progrès de tous ordres qu'elle a réalisés, en vient à reconnaître à chacun le droit à la santé. Dès 1946, la Constitution de l'O.M.S. proclame "la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses options politiques, sa condition économique et sociale"(1). Et, deux ans plus tard, un article de la Déclaration Universelle des Droits de l'homme, adopté, par les Nations Unies déclare :

"Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux, ainsi que les services sociaux nécessaires, elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas, de perte de ses moyens, de subsistance produite dans des circonstances indépendantes de sa volonté"(2).

Ainsi, les hommes ne cherchent plus seulement à guérir de leurs maux, ils souhaitent atteindre et conserver un "niveau de santé" toujours plus élevé. Ceci est bien l'avis de l'opinion publique française, s'il faut en croire, un sondage de la SOFRES en Décembre 1974. A la question "on peut pour une même somme construire au choix un kilomètre d'autoroute, trois crèches, vingt classes, cinquante lits d'hôpitaux ou financer une équipe de chercheurs sur le cancer. Que choisirez-vous ?"(3) Les Français interrogés ont accordé une large priorité à la santé, devant les classes d'école et les crèches et bien avant les autoroutes.

Ce souci de promouvoir la santé rejoint, d'ailleurs, d'autres domaines de la condition humaine : le niveau de vie et l'instruction "tant il est vrai que le combat contre la misère, l'ignorance et la maladie ne saurait être dissocié"(4).

---

(1) Karl EVANG (Dr.) - Les droits de l'homme - La santé pour tous - p. 3.

(2) Karl EVANG op. cit. p. 3.

(3) MATOUX (Jean). THIEBAUT Dominique - Un sondage surprenant : le budget que souhaitent les Français - p. 54.

(4) Dr. CANDAU "La santé dans le monde demain".

- La conception de la santé qu'implique ce droit.

Cette reconnaissance d'un droit universel à la santé nous invite à nous interroger sur la représentation que l'on se fait actuellement de la santé elle-même.

- En 1946, les experts médicaux de l'organisation mondiale de la santé, ont proposé cette définition :

"La santé est un état de complet bien être physique, mental et social", et ne consiste pas seulement en une absence de maladie et d'infirmité.

- L'intérêt de cette définition est d'introduire selon l'expression des experts de l'O.M.S. l'idée d'une santé positive et, par là-même, une conception plus ouverte de la santé dans laquelle la totalité de l'être humain est envisagée. La santé n'est plus seulement conçue "comme une simple absence d'infirmité, mais comme un équilibre total aboutissant à un rendement physique et intellectuel aisé, dans la plénitude harmonieuse d'une vie intensément vécue"(1).

Toutefois, pour pertinente qu'elle soit, cette définition de la santé par l'O.M.S. demande à être bien comprise, car, elle n'est pas sans prêter le flanc à certains malentendus.

- Dire que la santé est un état de complet bien-être c'est peut être dégager l'essence de la santé mais, n'est-ce pas en même temps, l'envisager comme un idéal inaccessible ? Car, comme nous l'avons montré, la santé comme la maladie, n'ont de sens que dans un milieu physique et social déterminé et pour une personne donnée. "Un bûcheron de la forêt canadienne a besoin de ressources physiques et mentales fort différentes de celles qui sont nécessaires aux marchands de journaux dans une grande ville affairée, à un jockey de steaple chase, au pilote d'un avion super sonnique de chasse ou au moine d'un ordre contemplatif adorant Dieu dans sa cellule... La santé est un concept encore plus éluusif pour la femme. Un état physique très

---

(1) Dr. AUJOLAT (J.P...) "Huitième Conférence Internationale d'Education pour la santé : "Bilan et prospective - Passé, présent et avenir".  
p. 8.

désirable pour un modèle dans une grande maison de couture serait sans doute désastreux pour une paysanne mère de famille du même âge"(1). Ni la santé, ni la maladie ne peuvent donc être définis en soi. "Les critères de la santé diffèrent d'une civilisation à l'autre et plus encore peut-être d'après les aspirations de chaque personne et les valeurs qui gouvernent sa vie"(2).

Mais, cette définition de la santé n'est-elle pas surtout pensée dans l'optique des pays développés ? Et, même dans ces pays, le souci d'établir un programme "de santé positive" ne doit pas faire perdre de vue que de nouvelles maladies surgissent alors que d'autres disparaissent.

"Qui aurait pu deviner, il y a seulement vingt ans, que la suralimentation et les hyper-vitaminoses pourraient devenir de fréquentes causes de maladies nutritionnelles dans le monde occidental ; que la consommation des cigarettes, la pollution atmosphérique et les radiations ionisantes seraient accusées d'avoir augmenté la fréquence de certaines formes de cancer ; que l'utilisation des détergents et autres produits synthétiques amènerait de nouvelles allergies ; que la chimiothérapie changerait le tableau des infections staphylococciques ; que l'alcoolisme et les maladies mentales encombreraient nos hôpitaux"(3).

Ainsi, "le médecin et l'hygiéniste qui essaient d'éliminer la maladie se trouvent dans la même situation que le jardinier et l'agriculteur en face des insectes, des moisissures et des mauvaises herbes. Leur travail n'est jamais terminé"(4).

Et le Docteur R. Dubos de conclure :

"Puisqu'il est certain que tout continuera à changer dans notre vie, la santé idéale restera un mirage"(5) ; d'où, la nécessité de ne pas perdre de vue la lutte contre la maladie et les infirmités, cette lutte restant le facteur déterminant de la conservation de la santé.

---

(1) DUBOS (R.) - La santé et la condition humaine.

(2) DUBOS (R.) - idem.

(3) DUBOS (R.) - idem.

(4) DUBOS (R.) - idem.

(5) DUBOS (R.) - idem.

Encore faut-il que ce souci de lutter contre la maladie et d'instaurer un niveau de plus en plus élevé de santé soit pensé non seulement à l'échelle des individus mais à celle des collectivités humaines, c'est-à-dire en terme de Santé Publique. Comme l'écrit le Docteur Aujoulat, notre conception de la santé doit être celle "d'une conscience sociale qui veut mettre en oeuvre les progrès et les moyens capables de couvrir la misère, de conjurer les déséquilibres ou les inégalités devant la vie, de renforcer les solidarités naturelles"(1).

Trop théorique et trop abstraite la définition de la santé proposée par l'O.M.S. n'est-elle pas également bien statique ?

Est-il, en effet, heureux de présenter la santé comme un "état" ? Liée à la vie, elle est le fruit, d'une lutte incessante, d'un effort d'adaptation ou mieux "d'adaptabilité" permanente. En effet, "la seule chose constante dans la condition humaine est que l'homme doit faire un effort continu pour réagir aux contraintes et aux menaces du monde ambiant. Il ne peut survivre qu'en s'adaptant à son milieu sans cesse changeant"(2). Et, dans un univers où le changement est de plus en plus rapide et important, le pouvoir de réagir aux situations nouvelles et imprévues doit être lui-même immédiat et efficace.

- oOo -

Ainsi la santé doit être considérée dans une perspective dynamique : elle n'est pas acquise une fois pour toute, mais elle est une constante recherche d'équilibre et de mieux être qui implique une capacité d'adaptation, toujours renouvelée, au milieu auquel l'individu appartient. C'est pourquoi, il nous paraît plus exact, de conclure avec le Docteur Dubos "la santé n'est pas un état, mais une potentialité. Elle consiste dans le pouvoir de l'individu et du corps social de se modifier sans cesse pour mieux fonctionner dans les conditions du présent et pour se préparer aux exigences de l'avenir"(3).

---

(1) AUJOULAT (Dr...) op. cit. p. 4.

(2) DUBOS (R.) op. cit.

(3) " " " "

## 1.2. La santé et la mort

Encore faut-il préciser que la santé ainsi entendue, ne doit pas être envisagée comme une assurance contre la mort.

"L'espèce humaine, note Voltaire, est la seule qui sache qu'elle doit mourir et elle ne le sait que par expérience"(1). De fait, certains animaux peuvent bien avoir certains pressentiments de la mort, mais comme le remarque justement Landsberg "l'animal ne peut savoir que la mort de l'individu appartient à l'essence de la vie et de l'espèce"(2). Les pressentiments de l'animal ne sont, assurément pas un savoir, et à fortiori, un savoir de la nécessité de la mort.

L'homme, au contraire, acquiert, à travers la mort des autres la conscience inéluctable de la mort et de sa mort et "il vit sa vie durant, avec une figure empirique de la mort, celle qu'une société donnée formule à partir de la disparition graduelle de ses membres"(3).

Mourir procède en effet, autant de la culture que de la nature, les travaux des ethnologues et des historiens permettent de comprendre que si la mort n'a pas le même sens d'une culture à l'autre, elle n'est pas non plus appréhendée de la même manière par les hommes d'une même culture ou d'une même civilisation, aux différentes époques de leur histoire.

### 1.2.1. L'évolution des attitudes de l'homme à l'égard de la mort.

En Occident, comme l'a démontré Philippe Ariès les attitudes de l'homme envers la mort ont, au cours des temps, considérablement évolué.

. Le Moyen âge, tout entier, a vécu dans la familiarité de la mort et de ses morts. Dans un univers où l'homme était profondément et immédiatement socialisé et où la socialisation ne séparait pas l'homme de la nature, l'être humain subissait dans la mort l'une des grandes lois de l'espèce et il ne songeait, ni à s'y dérober, ni à l'exalter. L'attitude domi-

---

(1) Voltaire - Dictionnaire philosophique - Tome IV p. 63 cité par Landsberg.

(2) Landsberg (Paul-Louis). Essai sur l'expérience de la mort suivi du problème moral du suicide. p. 18.

(3) ZIEGLER (Jean) - Les vivants et les morts p. 125.



nante à l'égard de la mort, était alors une résignation familière au destin collectif de l'espèce : "Et moriemur"(1).

. A partir du XIIIe siècle, sur cette toile de fonds de la "mort apprivoisée" se dessine une nouvelle attitude dont l'importance se prolonge jusqu'aux temps modernes. L'homme découvre dans le miroir de sa propre mort le secret de son individualité(2). Alors que l'homme du haut Moyen Age se résignait sans trop de peine à l'idée que nous sommes tous mortels, à partir du XIe siècle l'homme occidental riche, puissant ou lettré se reconnaît lui-même dans sa mort : il a découvert la mort de soi(3).

. Cette familiarité collective ou individualisée de l'homme avec la mort ou avec sa mort se prolonge jusqu'à la fin du XVIIIe siècle. Alors, se produit un changement radical dans les relations de l'homme et de la mort. La mort est vécue comme une rupture : "Comme l'acte sexuel, la mort est désormais de plus en plus considérée comme une transgression qui arrache l'homme à sa vie quotidienne, à sa société raisonnable, à son travail monotone, pour le soumettre à un paroxysme et le jeter, alors, dans un monde irrationnel, violent et cruel"(4). La mort est alors exaltée, dramatisée(5). Mais il s'agit moins de la "mort de soi", que de "la mort de l'autre". Avec le romantisme réapparaît, en effet, l'idée antique que la société est composée à la fois des morts et des vivants". La cité des morts est l'envers de la société des vivants, ou, plutôt que l'envers, son image, et son image intemporelle. Car les morts ont passé le moment du changement et leurs monuments sont les signes visibles de la pérennité de la cité"(6). D'où le culte des tombeaux et des cimetières qui s'est développé

---

(1) ARIES(Philippe)- Essais sur l'histoire de la mort en Occident - Du Moyen Age à nos jours - p.46.

(2) idem p. 44.

(3) Ariès(Philippe)montre comment une série de phénomènes nouveaux : (la représentation du jugement dernier et son évocation autour du lit du mourant ; l'apparition du cadavre, de la "charogne" dans l'art et la littérature l'amour de la vie avoué par les thèmes macabres et l'importance prise par les tombeaux) non seulement introduisent à l'intérieur de la vieille idée du destin collectif de l'espèce le souci de la particularité de chaque individu mais donnent un sens dramatique et passionnel à la familiarité traditionnelle de l'homme et de la mort - cf. Essais sur l'histoire de la mort en Occident p. 32-33-52-54.

(4) ARIES(Philippe)- Essais sur l'histoire de la mort en Occident op. cit. P. 47.

(5) ARIES op. cit. p. 48 à 50 où il décrit la complaisance du XIXe siècle à l'idée de la mort.

(6) ARIES (P...) op. cit. p. 56.

depuis le XIXe siècle (1).

Ainsi au cours des siècles, les attitudes des hommes à l'égard de la mort ont varié, mais la mort n'en est pas moins restée une dimension fondamentale de l'existence.

### 1.2.2. Ambiguïté de l'attitude actuelle à l'égard de la mort.

. Notre époque, au contraire, a tendance à évacuer la mort comme elle a déjà, d'ailleurs, évacué le Sacré. Honteuse, gênante, inconvenante, dans une civilisation du bonheur, Philippe Ariès montre que l'interdit de la mort implique "la nécessité du bonheur, le devoir moral et l'obligation sociale de contribuer au bonheur collectif en évitant toute cause de tristesse ou d'ennui, en ayant l'air d'être toujours heureux, même si on est, au fond de la détresse"(2). La mort est donc frappée d'interdit.

Geoffroy GORER qui, a le premier dégagé cette loi non écrite de notre civilisation industrielle, montre comment la mort est devenue un tabou et comment elle a remplacé le sexe comme principal interdit. "On disait autrefois, aux enfants qu'ils naissaient dans un chou, mais ils assistaient à la grande scène des adieux au chevet du mourant. Aujourd'hui, ils sont initié dès le plus jeune âge à la physiologie de l'amour, mais, quand ils ne voient plus leur grand-père et s'en étonnent, on leur dit qu'ils reposent dans un beau jardin parmi les fleurs"(3).

Philippe Ariès suit à travers le comportement de nos contemporains cette volonté de nier la mort.

---

(1) ARIES (P...) p. 53 à 56. Ph. Ariès montre, par ailleurs comment les esprits éclairés des années 1760 trouvent intolérables l'accumulation sur place des morts dans les églises à cause de l'insalubrité et exigent la destruction des cimetières "intra muros" et la construction des cimetières "extra-muros". L'idéal est alors "pas de ville avec des cimetières mais l'on tend dans les cimetières à l'extérieur des villes à faire des visites pieuses ou mélancoliques aux tombeaux des êtres chers (les concessions deviennent le témoignage du culte porté aux morts) ou aux monuments aux morts (le culte public des morts, expression du patriotisme).

(2) ARIES Philippe op. cit. p. 66.

(3) Geoffroy GORER "The Pornography of Drath" édité en 1955 cité par Ph. Ariès op. cit. p. 65.

. Autrefois, l'homme savait qu'il allait mourir : le médecin ou la famille l'avertissait. De nos jours, l'homme est dépossédé de sa mort : sous prétexte de l'épargner, on lui cache la vérité, la gravité de son état. Et, pour s'éviter les émotions de l'agonie et de la mort, l'entourage confie son grand malade aux maîtres de la mort à l'hôpital. Que peut, dès lors, le mourant sinon entrer dans le jeu ! "Ainsi la société moderne a privé l'homme de sa mort et elle ne la lui rend que s'il ne s'en sert plus pour troubler les vivants. Réciproquement, elle interdit aux vivants de paraître émus par la mort des autres, elle ne leur permet ni de pleurer les trépassés, ni de faire semblant de les regretter"(1).

Les rites des funérailles, les manifestations du deuil, comme les rites de la mort sont dédramatisés. Selon le mot atroce de Philippe Ariès "la société toute entière se comporte comme l'unité hospitalière"(2). Bienheureux encore lorsqu'on ensevelit ses morts : l'incinération n'évite-t-elle pas pèlerinage aux cimetières et visites aux tombes !(3).

Ce tabou de la mort semble avoir pris naissance aux Etats-Unis à partir de la fin du XIXe siècle, pour gagner ensuite les pays qui n'avaient pas connu le développement romantique du culte des morts et des cimetières, notamment l'Angleterre et les Pays-Bas. Il s'est ensuite étendu dans l'Europe industrielle. Mais, aux Etats-Unis, contrairement à ce qui s'est passé ailleurs, l'interdit n'a pas entraîné la suppression radicale de tout ce qui évoque la mort(4). Le mort n'est pas incinéré : on l'embaume, on le maquille, on le rend supportable(5). "It looks lovely now"(6), comme disent les infirmières après la toilette mortuaire. Et les amis venus lui rendre un dernier hommage au "funéral Home"(7) ont le sentiment de saluer ou de veiller un "presque vivant"(8). Quant à l'enterrement, il prend l'allure d'un ultime voyage dont le déroulement est prévu et organisé par des agences spécialisées. La publicité, le commerce et le

---

(1) ARIES (Philippe) - op. cit. p. 176.

(2) idem. p. 187.

(3) Attitude qui semble être très répandue en Angleterre.

(4) L'interdiction de la mort pour préserver le bonheur a rencontré dans la société américaine "des freins qui n'ont pas joué en Europe et des limites qui ont été dépassées ailleurs". ARIES op. cit. p. 67.

(5) "Il ne s'agit pas de l'embaumement destiné à rendre le corps imputrescible, mais d'un procédé de conservation temporaire pour prolonger quelque temps l'apparence de vie" note de ARIES op. cit. p. 69.

(6) ARIES (Ph...) op. cit. p. 191.

(7) idem p. 191.

(8) idem. p. 71.

profit y trouvent bien leur compte : "pour vendre la mort, il faut la rendre aimable"(1). Mais les Américains ne souscrivent à leur "way of death" ou à leur "acceptable style of facing death" que parce qu'ils répondent à de profonds besoins.

Ce rejet de la mort ou ce maquillage des morts apparaissent, comme l'un des traits caractéristiques de notre époque, et donnent à réfléchir. Ne sont-ils pas les symptômes d'une grave crise de civilisation ? Philippe Ariès estime que "la correspondance certaine entre le triomphe de la mort et le triomphe de l'individu pendant le second Moyen Age nous invite à nous demander si une relation semblable, mais inverse, n'existe pas aujourd'hui entre la "crise de la mort" et celle de l'individualité"(2). Gorer, quant à lui, se demande, "si une grande partie de la pathologie sociale d'aujourd'hui n'a pas sa source dans l'évacuation de la mort hors de la vie quotidienne, dans l'interdiction du deuil et du droit de pleurer ses morts"(3).

Ce n'est pas, effectivement, un vain problème : l'interdit de la mort qui s'est étendu progressivement à l'ensemble de la civilisation occidentale n'est-il pas l'ultime résultat d'une société finalement profondément matérialiste, pour laquelle l'homme vivant ou mort n'est plus qu'une marchandise ?

Pour Jean ZIEGLER, cette réduction de "l'homme -dans sa vie et face à sa mort- à sa simple fonctionnalité marchande"(4) est l'expression "de la violence symbolique"(5) de la classe capitaliste marchande. Notre société ne se contente pas de priver l'homme de son agonie, de son deuil, et de la claire conscience de sa finitude, elle ne se limite pas à frapper la mort d'un tabou, à refuser un statut social aux agonisants, à pathologiser la vieillesse et à nihiliser les ancêtres. Elle nie l'existence même de la mort. La mort est le néant. L'être est l'homme producteur de marchandises

---

(1) ARIES (Ph...) op. cit. p. 69.

(2) idem p. 197.

(3) GORER cité par Ariès op. cit. p. 189.

(4) ZIEGLER (J...)- Les vivants et les morts - p. 11.

(5) ZIEGLER (J...) La violence symbolique est "l'ensemble des images et des représentations que cette classe (la classe capitaliste dominante) produit à son usage et impose aux classes dépendantes" op. cit. p. 11. Pour Ziegler, la classe capitaliste dominante produit et impose aux classes dominées "une image de la mort naturelle et universelle "qui interdit à ces classes "de formuler et d'imposer comme vraie l'image qui exprimerait leur propre expérience de la mort qui est une expérience de classe et dont la figure antagonique survivait comme une arme de conscience et de révolte" p. 132.

ou plus précisément la marchandise elle-même. "Niant la mort et sa fonction d'événement-obstacle, la société capitaliste marchande achève la réification de l'homme"(1).

Toutefois, l'attitude du monde occidental contemporain à l'égard de la mort, n'est pas sans rencontrer dans notre culture elle-même, de vigoureuses résistances, notamment de la part des consciences religieuses. "Au sein même de la société française contemporaine, se maintiennent des représentations, des symboles, un discours chrétien puissant. Pour des centaines de milliers d'hommes et de femmes, il n'est ni souvenir ni phantasme résiduel, il est une arme de combat et de revendication de vie contre le non-savoir organisé de la société marchande triomphante"(2). Par ailleurs, il semble que, même en dehors de la sphère religieuse, les outrances des sociétés industrielles marchandes finissent par engendrer un retour à une interrogation sur les conditions actuelles de la mort et sur son sens. Le mort redevient une réalité dont on parle. L'interdit semble dépassé(3). L'homme va peut-être redécouvrir que c'est la mort qui donne à la vie sa signification. "La mort m'impose la conscience de la finitude de mon existence. Elle confère à chacun de mes actes une incroyable dignité et à chaque instant qui passe son unicité. Dans la durée floue, elle me singularise. Sans elle, je ne serais, au sens privé du terme, personne"(4).

Ainsi, la mort reste bien une dimension de la vie sur laquelle les hommes ne cessent de s'interroger. Il n'est donc pas honnête de les leurrer ou de leur ravir leur propre mort. C'est pourquoi, la santé ne peut et ne doit pas être présentée comme épouvantail à la mort. Marc Oraison nous paraît avoir, sur ce sujet, défini l'attitude requise lorsqu'il lance cette interrogation : "Et si la médecine au fond servait à cela : aider les hommes à profiter au maximum -en "qualité" et en durée- de leur existence pour mieux préparer cet événement capital de leur mort..."(5).

---

(1) ZIEGLER (Jean) op. cit. p. 13.

(2) ZIEGLER (Jean) op. cit. p. 141.

(3) La preuve en est, dans les nombreux ouvrages qui sortent actuellement sur ce sujet, et dont notre bibliographie ne donne qu'un bref échantillon. Il resterait évidemment à déterminer le sens et la portée exacte de ce discours sur la mort et à observer s'il ne restera qu'une attitude compensatrice bavarde.

(4) ZIEGLER (J...) op. cit. P. 10.

(5) ORAISON (Marc) La mort et puis après ? p. 86

### 1.3. Comment assurer la santé ?

Concevoir la santé comme le pouvoir de l'individu et du corps social d'affronter leur environnement et de s'y adapter ; accepter que cette potentialité qu'est la santé, loin d'exclure la mort, y trouve son sens, invite à préciser la manière dont la santé de tous et de chacun sera sauvegardée, améliorée, prolongée, jusqu'à l'instant où l'homme doit y renoncer pour affronter un autre destin. Est-ce le fait des individus eux-mêmes ou peuvent-ils espérer le secours et l'aide d'organisations sanitaires ?

La question est d'importance, car, l'idée même d'une organisation sanitaire n'est pas acceptée par tout le monde. Si l'on en croit Ivan Illich, par exemple, tout service sanitaire trop institutionnalisé serait à rejeter comme facteur subtil d'aliénation(1). Son avis est pour nous d'autant plus intéressant qu'il conçoit la santé d'une manière assez proche de celle que nous avons nous-même retenue. Ce qui constitue "la santé de chaque individu, écrit-il, c'est son autonomie personnelle"(2). Car, la santé c'est "l'adaptation auto-critique au milieu"(3) ou "la capacité que possède tout homme de s'affirmer face au milieu ou de prendre la responsabilité de sa transformation"(4). Dans une formule plus complexe, il précise encore son idée "la santé, c'est la survie dans un bien-être que l'on sait relatif et éphémère. C'est la viabilité de l'animal dépourvu d'instinct, viabilité qui doit être médiatisée par la société. Cette santé suppose la faculté d'assurer une responsabilité personnelle devant la douleur, l'infériorité, l'angoisse et, finalement la mort. Elle est, en rapport avec la signification, active de l'individu dans le corps social..."(5).

Si telle est la santé, comment se fait-il alors, qu'elle ait tendance à devenir "une marchandise dans une économie de croissance"(6) et que le monde entier devienne progressivement "un hôpital peuplé de gens qui doivent, à longueur de vie, se plier aux règles d'hygiène et aux prescriptions médicales"(7).

---

(1) Au sens étymologique, aliénus = étranger. Situation où l'on devient vraiment étranger à soi-même.

(2) ILLICH (Ivan) Némésis médicale - l'expropriation de la santé - p. 17.

(3) idem. p. 131.

(4) idem. p. 136.

(5) idem. p. 131.

(6) ILLICH (Ivan) La convivialité - p. 15

(7) idem. - La convivialité - op. cit. - p. 20

### 1.3.1. Le point de vue d'Illich.

La grande idée d'Illich est en effet que les services institutionnalisés (l'école, les hôpitaux, les transports...) lorsque leur développement dépasse certains seuils critiques, deviennent les principaux obstacles à la réalisation des objectifs qu'ils visent. Ce contre-sens tragique, Illich l'appelle "contre productivité institutionnelle" ou "contre-productivité paradoxale"(1).

Pour Illich, en effet, l'efficacité d'une société dans la poursuite de ses objectifs sociaux dépend du degré d'harmonie entre deux modes de production :

- le mode de production autonome, assuré par les individus eux-mêmes en fonction de leurs besoins et qui crée des valeurs d'usage.

- le mode de production hétéronome qui grâce à des équipements complexes et des structures bureaucratiques produit des biens, des marchandises ou des services, mis à la portée des consommateurs dans des marchés.

S'instruire soi-même en observant les choses, les hommes, en se documentant, se déplacer à pied, se soigner avec l'aide de ses proches relèvent de la production autonome. Aller à l'école, s'entasser dans des transports publics, avoir recours pour se guérir aux instances médicales, c'est utiliser l'institution hétéronome. Illich ne nie pas d'ailleurs que le mode de production hétéronome puisse être favorable au mode de production autonome : la bicyclette, par exemple, rend l'action plus efficace, les gens plus indépendants.

Mais, dans les sociétés industrielles, la surproduction hétéronome entraîne deux conséquences :

---

(1) ILLICH (Ivan) - Némésis médicale op. cit. p. 83 à 95.

- l'anéantissement de la production hétéronome elle-même, par l'encombrement de ses propres produits : ce que Illich appelle : "la contre productivité spécifique".

Cette première dimension de la "contre-productivité paradoxale" commence à être perçue et analysée : c'est dans nos sociétés le phénomène de "l'encombrement".

- La disparition du pouvoir de production autonome ou "contre-productivité structurelle", moins visible que la précédente n'en est pas moins grave : les hommes ne savent plus se débrouiller et agir seuls, ils ne peuvent vivre et subsister qu'en faisant de plus en plus appel aux biens et aux services hétéronomes. Il en résulte, d'ailleurs, des inégalités sociales; certains ne peuvent bénéficier de la même manière des mêmes services :

"Dans une société scolarisée, la plupart des individus n'ont pas la possibilité d'entrer à l'Université et en même temps, leur savoir d'auto-didacte est dévalorisé. Dans une société construite autour de ses autoroutes, la plupart des individus ne voyagent pas en avion et en plus leur pouvoir de se mouvoir à pied ou à bicyclette est sérieusement entravé. Dans une société organisée autour de ses salles d'hôpital, la plupart des gens n'ont pas accès aux traitements que les médecins exigent pour eux-mêmes et simultanément les remèdes de grand-mères sont dénigrés, abandonnés et retirés du marché"(1).

Telle est la "contre-productivité paradoxale" dont l'institution médicale fournit précisément un "paradigme"(2), un "modèle"(3).

Ivan Illich prétend prouver, en effet, que, lorsqu'au sein de l'institution médicale, le système hétéronome dépasse certains seuils, il entraîne la diminution de la santé des hommes, il est facteur de "iatrogénèse"(4).

Or, Illich distingue trois dimensions de la "iatrogénèse" : la iatrogénèse technique ou clinique, la iatrogénèse sociale et la iatrogénèse structurelle ou psychologique.

---

(1) ILLICH (Yvan) - Némésis médicale op. cit. p. 97.

(2) idem. p. 7.

(3) idem. p. 97.

(4) Iatrogénèse vient du grec : iatros (médecin) et génésis (origine)  
"une maladie iatrogène est "un ensemble de manifestations pathologiques bien définies imputables à un acte médical quelconque, le plus souvent à l'administration plus ou moins longue d'un médicament" note 69 de Ivan Illich - Némésis médicale - p. 35.



. La iatrogénèse technique exprime l'inefficacité globale et même le danger de la médecine. L'acte médical "réservé par la volonté du législateur à certains membres autorisés des professions médicales"(1) se révèle souvent inutile et parfois dangereux.

Inutile, car l'acte médical n'est pas, comme on a tendance à le croire, à l'origine de l'état de santé globale d'une population. Il n'intervient, en réalité, qu'en troisième position, après l'environnement et les activités sanitaires. La preuve en est, pour Illich, que l'efficacité de l'intervention médicale dans la lutte contre les maladies infectieuses ou non infectieuses est de plus en plus douteuse. Dans le tiers-monde, malgré les traitements médicamenteux et les attaques des produits chimiques, les maladies du sommeil, les maladies vénériennes... sont en pleine recrudescence. Du fait du développement des transports, de l'urbanisation et des nouvelles mœurs "recrudescence et rémissions continuent à être des phénomènes extra-médicaux"(2). Quant aux maladies non infectieuses (maladies cardiaques, congénitales, maladies rhumatismales, diverses formes de cancer) les preuves restent à faire de l'efficacité du traitement médical.

Souvent inutile les interventions médicales sont parfois dangereuses. L'abus des médicaments, l'agression chirurgicale que constituent les interventions inutiles, les malfaçons médicales, les angoisses créées par le contact des patients avec l'entreprise médicale... donnent, en effet, naissance à une nouvelle épidémie qui résiste à la médecine : la iatrogénèse clinique ou "effets secondaires mais directs de la thérapeutique"(3).

. D'une manière plus profonde encore, la médicalisation systématique des vies humaines engendre une société morbide dans laquelle les interdits perdent leur autonomie dans l'action et le contrôle du milieu. Cette perte de la capacité personnelle de s'adapter à son environnement et de le refuser s'il est intolérable, "cet effet paradoxal non désiré et dommageable de l'impact social de la médecine"(4) est la iatrogénèse sociale.

---

(1) ILLICH (Ivan) Némésis médicale p. 16 note 9.

(2) idem. p. 31.

(3) idem. p. 36.

(4) idem. p. 47.

Six symptômes révèlent d'après Illich, "le masque sanitaire d'une société morbide"(1). Le premier est constitué par la croissance des dépenses médicales dans le produit national brut. Cette "médicalisation du budget" qui traduit une prise en charge de plus en plus importante de la population par le système médical, entraîne, corrélativement, une réduction de la capacité de réaction personnelle de l'homme à son environnement, l'identification fallacieuse du bien-être de chacun avec le niveau de santé nationale brute, la prolifération, enfin, des professionnels de la santé qui se "réservent le droit exclusif d'en évaluer les effets et rendent la consommation de leurs produits pratiquement obligatoire"(2).

L'invasion pharmaceutique constitue en effet un second symptôme : le médecin est tenté de chercher dans les médicaments l'efficacité de l'acte thérapeutique même au prix de la santé du malade qui, en se soumettant au réglage hétéronome de son organisme se transforme ... en patient !

Une troisième forme de la iatrogénèse est constitué par l'étiquetage médicale des différents âges de la vie : celle-ci, n'est plus une succession de différentes formes de santé, mais une suite de périodes qui exigent chacune "une forme particulière de consommations thérapeutiques. A chaque âge correspond alors un environnement spécial pour optimiser cette santé-marchandise : le berceau, le lieu de travail, la maison de retraite et la salle de réanimation"(3). Cette médicalisation n'est pas seulement un dommage pour l'individu, elle renforce la ségrégation sociale du fait que "l'innovation conseillée par le médecin est toujours le privilège des riches"(4).

L'extension du contrôle médical aux soins dispensés à des gens en parfaite santé , la médicalisation de la prévention , l'entretien par le mage préventif, sont le quatrième aspect de la iatrogénèse sociale : le dépistage, outre ses risques, transforme les gens qui se sentent bien portants en patients anxieux et les renforce "dans la conviction qu'ils sont des machines dont la durabilité dépend de la fréquence des visites à l'atelier d'entretien... et ils sont forcés de payer pour que l'institution médicale puisse réaliser ses études de marché et développer son activité commerciale"(5).

---

(1) ILLICH (Ivan)- Némésis médicale p. 47.

(2) idem. p. 54.

(3) idem. p. 62.

(4) idem. p. 66.

(5) idem. p. 69.

Le cinquième symptôme n'est autre que la tentative de maîtriser le déroulement de toutes les maladies, au moyen d'interventions techniques qui transforment la thérapeutique en rituel macabre. Les médecins contemporains sont des prêtres, des magiciens dont les rituels au lieu de mobiliser la capacité du patient à se tirer d'affaire, lui font croire que les traitements qu'il subit font du bien à sa santé. D'où, la fascination pour "les percées médicales", les techniques de pointe, la mort sous contrôle médical. "La distinction entre la guérison miraculeuse et l'application rationnelle de la technique est en train de s'estomper : l'institution médicale réclame aujourd'hui le droit de procéder à des guérisons miracles"(1) et, plus profondément, les liturgies médicales "transforment l'espoir réaliste d'une vie autonome en illusion que les médecins donneront à l'humanité une santé toujours meilleure"(2).

Et Illich montre enfin que cet investissement thérapeutique du milieu entraîne l'élimination du statut de santé et son remplacement par "la multiplication des rôles de malade" (3).

Ainsi, l'expansion du système de santé hétéronome, en s'intercalant entre l'homme et son environnement entraîne une diminution de la dimension sociale de la santé. Ce n'est d'ailleurs, jamais, l'environnement que la médecine met en cause, c'est toujours l'homme qu'elle déclare malade!

Quant aux mesures déjà envisagées pour remédier à la situation dramatique que crée la surproduction médicale : mise en place d'association de consommateurs médicaux et pharmaceutiques, nationalisation de la médecine, éclatement de la profession médicale et multiplication des professions de santé, développement de médecines parallèles, programmation hygiénique globale du milieu, Illich pense qu'elles n'auront aucune efficacité tant que ne sera pas mise en cause la véritable source de tous les maux signalés : la contre productivité paradoxale sur le plan médical.

De plus, la critique de la contre productivité ne doit pas se réaliser seulement au niveau de la iatrogénèse technique et de la iatrogénèse

---

(1) ILLICH (Ivan) - Némésis médicale. op. cit. p. 76.

(2) idem. p. 77.

(3) idem. p. 77.



sociale, elle doit être également dénoncée au niveau de la iatrogénèse structurelle ou psychologique. Illich vise par cette expression la régression que réalisent, dans la société industrielle, les individus à l'égard de leur propre santé : ils renoncent à tout effort autonome (mode de production autonome) d'adaptation au milieu, ils deviennent totalement aliénés, incapables d'assumer leur santé, leurs douleurs et leurs souffrances et finalement leur propre mort(1) en leur donnant un sens. En d'autres termes, sous l'influence de la médicalisation exagérée de son existence, l'homme n'est pas plus capable d'affronter ses misères ou ses drames intimes que les atteintes du monde extérieur.

La contre-productivité médicale finit par lui ravir jusqu'à sa grandeur et sa dignité d'homme.

### 1.32. La valeur des idées d'Ivan Illich.

Que penser des idées d'Illich sur la médecine et l'organisation sanitaire ? Nous n'aurons pas l'outrecuidance, pour porter un jugement, de nous substituer aux médecins eux-mêmes. C'est en nous référant, à l'ouvrage de deux d'entre eux que nous allons tenter de nous éclairer sur la valeur de la pensée d'Illich.

Alexandre Minkowski(2) et Jean Bernard(3) contestent, d'abord, l'idée d'Illich selon laquelle "la dynamique morbide de l'institution médicale"(4) entraîne, en fait, la diminution de la santé des hommes.

Jean Bernard pour prouver que la santé de l'homme s'est bien améliorée au cours de l'histoire, invite "le journaliste et l'écrivain"(5) à effectuer, sous sa houlette, une promenade dans un hôpital en 1926

---

(1) "La médicalisation de la société a mis fin à l'ère de la mort naturelle. L'homme occidental a perdu le droit de présider à l'acte de mourir. La santé, ou le pouvoir d'affronter les événements, a été exproprié jusqu'au dernier soupir. La mort technique est victorieuse du trépas. La mort mécanique a conquis et annihilé toutes les autres morts". in : Illich op. cit. p. 201.

(2) MINKOWSKI (Alexandre) - Le mandarin aux pieds nus -

(3) BERNARD (Jean) - L'homme changé par l'homme -

(4) ILLICH (Yvan) - Némésis médicale - op. cit. p. 9.

(5) Il s'agit de Michel Bosquet et d'Ivan Illich - qui ne sont d'ailleurs jamais nommés dans l'ouvrage du Pr Jean Bernard. Michel Bosquet a publié dans le Nouvel Observateur deux numéros consécutifs sur les thèmes d'Illich (n° 519 et 520 des 21 et 28 novembre 1974).

puis en 1976. Promenade convaincante : les progrès de la santé sont évidents(1). Quant à l'idée que cette amélioration de la santé ne serait pas due à la médecine, mais à l'adduction d'eau potable, ou à l'alphabétisation, J. Bernard la réfute aisément en mettant en évidence le rôle bénéfique des vaccinations et de la lutte contre les infections. "Il est bien vrai que l'adduction d'eau potable et l'alphabétisation jouent un rôle important. Mais, ce rôle est un rôle d'aval. Il serait vain s'il n'y avait pas en amont des données médicales fortes. A quoi servent les plus belles canalisations si l'on ne sait pas définir une eau potable ? On l'ignorait avant Pasteur"(2).

Il en a été de même de la diminution de la fréquence de la tuberculose. J. Bernard critique sévèrement l'idée d'Illich d'après laquelle elle ne serait pas due aux progrès de la médecine(3): "on annonce une courbe de diminution qui commence en 1858. On ne se demande pas, quelle était la qualité des documents de morbidité démographique en 1858. Peut-être pourtant les a-t-on jugés suffisants pour le texte, insuffisants pour l'image. Car la courbe représentée commence, elle, en 1900. L'escamotage est singulier. Or, la découverte du Bacille de la Tuberculose par Koch survient en 1882. Les premières mesures de protection contre la contagion sont prises par les médecins pendant le premier tiers du XXe siècle. C'est à la crèche, de l'hôpital Laennec à Paris, que vers 1920, Léon Bérard et Robert Debré ont commencé à séparer les nouveaux nés de leur mère tuberculeuse, à éviter la contamination, à les sauver. Il est bien vrai que la fréquence de la tuberculose avait commencé de diminuer avant les antibiotiques et la vaccination. Mais cette diminution était pour une large part due à la connaissance des modes de contagion, à l'application de procédés simples pour en limiter le danger"(4).

— Le grand spécialiste de la médecine périnatale qu'est le professeur Minkowski croit, lui aussi, aux progrès de la santé réalisés grâce à la médecine. "Il est regrettable, écrit-il de faire croire au public que la médecine est en elle-même dangereuse, alors que c'est sa pratique aveugle qui est nocive"(5). Mais, il n'en n'est pas moins d'accord, avec Illich, sur le fait que, "le médecin va avoir barre sur son malade et non pas lui porter

---

(1) BERNARD (J...) op. cit. p. 171 à 174.

(2) idem. p. 176.

(3) ILLICH (Yvan). Némésis médicale. op. cit. p. 22 à 24.

(4) BERNARD (J...) op. cit. p. 171.

(5) MINKOWSKI (Alexandre) op. cit. p. 158.

assistance à égalité(1) et, rejoignant tout à fait Illich, il ajoute "il faut bien dire que la médecine officielle et mandarinale semble faite parfois beaucoup plus pour les médecins que pour les malades"(2).

Sur l'abus des médicaments ou selon l'heureuse expression de J.P. Dupuy et S. Karsenty, sur "l'invasion pharmaceutique", le Professeur Minkowski et le Professeur J. Bernard sont d'accord avec Illich.

A. Minkowski constate que, "le taux de surconsommation médicale est prodigieux et cela fait faire une lamentable médecine en recette de cuisine"(3). Il reconnaît "que la grande industrie pharmaceutique dispose d'une puissance énorme, sans offrir toujours les garanties dans la fabrication"(4). Mais il ne croit pas cependant que "le médecin soit vraiment lié directement au commerce de la pharmacie"(5). Il n'en dénonce pas moins "la collusion entre le corps médical et l'industrie pharmaceutique toute puissante qui gaspille chaque année des centaines de millions dont la Sécurité Sociale et les contribuables font les frais"(6).

Jean Bernard reconnaît lui aussi que "l'existence de médicaments actifs, agressifs, coûteux, l'habitude médicamenteuse, les règles du profit de l'industrie pharmaceutique, s'associent, s'intriquent, s'allient pour créer une situation absurde"(7). Mais, il affirme que "ce ne sont pas les écrivains, ni les journalistes, ce sont les médecins qui, les premiers, ont souligné l'absurdité et la gravité de la situation"(8).

Quant à la nouvelle lubie qu'est pour Illich la médecine préventive, pour laquelle "les gens n'ont plus besoin d'être malades pour devenir des patients"(9) qui les rend "anxieux" et qui n'est pas "sans risques"(10), Jean Bernard et Alexandre Minkowski s'accordent -contre Illich- sur le principe de la légitimité et de la valeur de la prévention.

---

(1) MINKOWSKI (Alexandre) op. cit. p. 116.

(2) idem p. 116.

(3) idem. p. 212.

(4) idem. p. 137.

(5) idem.p. 136.

(6) idem. p. 125.

(7) BERNARD (J...) op. cit. p. 196.

(8) idem.

(9) ILLICH (Ivan) - Némésis médicale p. 67.

(10) ILLICH . idem. p. 67.

S'il reconnaît la validité du reproche souvent adressé à la médecine préventive "de multiplier les examens préventifs inutiles et de créer des craintes, des angoisses, de rompre un bon équilibre par cette multiplication d'examens"(1). Jean Bernard précise que "ce sont les médecins eux-mêmes qui se sont élevés voici quelques années contre les excès et les insuffisances de ces examens d'hommes sains"(2).

Quant à la critique adressée à la médecine de négliger la prévention, Jean Bernard l'estime injustifiée, car, "tout un grand courant de la médecine a la prévention générale des maladies pour objet principal"(3) et de citer les résultats heureux de la prévention par les vaccinations.

De son côté Alexandre Minkowski affirme "je suis un partisan acharné de la prévention ; une bonne visite de femme enceinte, je l'ai dit, permet d'éviter beaucoup d'accidents"(4) et il justifie ainsi son point de vue : "D'avoir vu tellement de morts inutiles et tellement d'enfants handicapés qui auraient pu être normaux, justifie l'idée que les malheurs peuvent être prévenus par deux démarches : la connaissance scientifique et la prévention"(5). Il ajoute "on parle tout le temps de cancer et d'infarctus, mais dites-vous bien ceci : que les gens meurent de cancer ou d'infarctus après cinquante ou soixante ans, c'est regrettable, mais cela ne se compare pas avec le drame d'une femme jeune qui a un enfant handicapé pour le reste de ses jours ! Et il y en a plusieurs milliers par an, un million pour toute la France. Or, près de la moitié de ces accidents auraient pu être évités par des gestes très simples"(6).

Mais Alexandre Minkowski se déclare assez pessimiste sur l'avenir de la médecine préventive en France. Dans un esprit très "illichien" il déclare : "il ne faut pas, bien sûr, médicaliser l'environnement, mais la prévention est faite en partie par des non-médecins. C'est donc une forme de démedicalisation à laquelle je souscris. La prévention ne peut être que de masse totale ; elle ne peut pas être une expérience pilote dans un petit coin réservé où on fait bien les choses. La prévention concerne toute la population sans exception, je ne vois pas les Français prêts à cette entreprise"(7).

---

(1) BERNARD (Jean) op. cit. p. 178.

(2) idem. p. 179.

(3) idem. p. 179.

(4) MINKOWSKI (Alexandre) op. cit. p. 208.

(5) idem. p. 118.

(6) idem. p. 115.

(7) " p. 142.

Outre leur prise de position à l'égard de ces deux aspects de la iatrogénèse sociale nos auteurs donnent aussi leur avis sur la médecine "de pointe" si vivement critiquée par Illich(1).

Mais leur point de vue est alors totalement différent.

Alexandre Minkowski estime qu'"une des absurdité les plus criantes de la médecine française actuelle consiste à construire des services de pointe en ignorant la prévention et l'investissement en personnel"(2), il va même jusqu'à dire "l'engouement excessif pour la médecine de pointe est une obsession" (3). En tant que chef d'un grand service médical, il constate : "en France nous avons 10 % de prématurés, comme en Amérique, alors qu'il n'y en a que 5 % en Finlande et 3 % à Helsinki. On trouve de l'argent pour financer un service de pointe, pour construire une unité de recherche. C'est la "sécurisation par le bâtiment" qui définit la politique française de santé. Je n'ai aucun mal à me procurer ce qu'il faut pour la médecine dite "de pointe", de luxe, parce qu'elle excite l'imagination. Parce que cela se montre et s'inaugure. La prévention devrait rendre presque tout cela inutile."(4).

Jean Bernard fait au contraire un plaidoyer pour la médecine "de pointe". Il signale d'abord que cette expression recouvre deux activités médicales différentes : "la médecine de soins intensifs d'une part, la médecine qui s'attaque aux problèmes non résolus d'autre part"(5). La première vise à suppléer la déficience grave, dangereuse, mais passagère d'un organe (coeur, rein...) ou d'un groupe d'organes. Elle suppose le recours à des thérapeutiques dont le coût est élevé. Mais remarque Jean Bernard l'économiste lui-même, les éléments affectifs étant mis à part, ne peut que constater que le coût de ces traitements est finalement moins élevé que celui des dépenses de thérapeutiques prolongées.

Quant aux services de "pointe" proprement dit, "ils sont voués à la médecine du présent la plus raffinée, à la construction de la médecine

---

(1) Voir à ce sujet Illich op. cit. p. 71.

(2) MINKOWSKI (A...) op. cit. p. 35.

(3) idem. p. 109.

(4) idem. p. 140-141.

(5) BERNARD (Jean) op. cit. p. 198.



de l'avenir(1)". La chirurgie du coeur, la greffe des reins supposent la polydisciplinarité et sont extrêmement coûteuses, mais elles s'avèrent efficaces. Supprimer les "services de pointe" serait une erreur. Les thérapeutiques après quelques années se simplifient, coûtent donc moins cher : c'est le cas pour le traitement de la méningite tuberculeuse, de la chirurgie des valvules du coeur et plus récemment du traitement de la maladie de Hodgkin(2). Mais surtout les grands centres où se pratique cette "médecine de pointe" mettent au point les "bonnes méthodologies médicales" qui seront plus tard appliquées en dehors de ces centres, favorisant le développement de la recherche biologique et médicale et par là de la prévention et de la thérapeutique. Et Jean Bernard conclut qu'"il n'est pas question d'imposer à la société humaine des efforts absurdes en faveur de ces services consacrés à la médecine de pointe..."(3) mais, "pendant encore quelques dizaines d'années, cette médecine de pointe est indispensable et salvatrice"(4). A long terme, d'ailleurs, cette médecine "a pour objet sa propre destruction, soit par démocratisation de ses méthodes, soit par développement de la prévention"(5).

Jean Bernard et Alexandre Minkowski ne partagent pas davantage les idées d'Illich sur la régression du niveau de santé et sur la perte d'autonomie des êtres humains qui constituent la "iatrogénèse structurelle" et dont les symptômes seraient la médicalisation de plus en plus importante de la douleur, de la maladie et de la mort.

Alexandre Minkowski estime que "la décision de la mort est à débattre individuellement et sur le plan de la conscience personnelle"(6) et il ajoute "je crois qu'il faut laisser l'homme tranquille, c'est-à-dire libre et qu'aider une personne qui souffre trop à abréger ses jours devrait être considéré comme un acte de solidarité"(7). Mais, précise-t-il, tout de suite "quand je parle du droit à la mort, je n'y inclus pas le droit à la souffrance"(8). "Pour Ivan Illich, le vrai problème de la médecine n'est pas de soigner, mais de faire absorber à l'homme sa souffrance ou de lui faire

---

(1) BERNARD (Jean). op. cit. p. 200

(2) BERNARD (Jean). p. 204-205.

(3) idem. p. 207.

(4) idem. p. 207.

(5) idem. p. 207.

(6) MINKOWSKI (A...) op. cit. p. 228.

(7) idem. p. 228.

(8) idem. p. 229.

comprendre son angoisse, etc..."(1). Constatant, en effet, que "les médecins sont bien placés pour savoir ce que c'est que souffrir"(2) et, "qu'il est détériorant pour l'homme de souffrir"(3), il s'écrie "AH ! oui la souffrance rédemptrice ! Il n'y a qu'une expression pour cela : "Ras le bol"(4).

Le professeur Jean Bernard s'engage moins sur le problème du sens de la souffrance. Il exprime sur le droit à la mort une position plus ... orthodoxe. Trois solutions, dit-il, se présentent actuellement. Ou bien protéger, prolonger la vie à tout prix, ou bien s'aligner sur la volonté d'un malade ou encore demander à la famille d'exercer sur le mourant son droit de vie ou de mort. Aucune de ces solutions, pour diverses raisons, n'a finalement l'agrément de Jean Bernard : elles présentent chacune de gros écueils. Reste alors le recours à des commissions(5). Mais si elles peuvent dégager des principes, sur le plan individuel, "on doit se demander si de tels mécanismes sont capables de répondre à la complexité, au caractère personnel de chaque cas"(6). Si bien, qu'en définitive, compte tenu de la personne concernée, si elle a été vraiment informée et si elle est lucide, de l'avis de la famille, de l'évolution de la science et des moeurs "c'est finalement au médecin qu'appartient la décision dans les cas où le malade ne peut exprimer son opinion"(7) et Jean Bernard conclut "cette solution est celle que l'on peut raisonnablement proposer aux médecins dans notre société, dans celle qui confie aux médecins la charge de s'occuper des malades"(8).

En conclusion de ces réflexions sur l'oeuvre d'Illich, il paraît honnête lorsque l'on aborde une étude critique de la médecine et des médecins de poser comme l'indique Jean Bernard deux questions préalables : "Doit-on ou non retirer aux médecins la mission de veiller sur la santé de

---

(1) MINKOWSKI op. cit. p. 229.

(2) idem. p. 229.

(3) "

(4) idem. p. 229.

(5) BERNARD (J.) op. cit. p. 224. Exemple de commissions : pour la décision ou le refus de l'avortement, la prolongation ou la non prolongation des comas dépassés, la vie des prématurés...

(6) idem. p. 224.

(7) BERNARD (J...) p. 225.

(8) " " p. 226.

l'homme ? Si cette mission n'est plus confiée aux médecins, est-on prêt à accepter l'évolution spontanée des maladies de l'adulte et de l'enfant, de l'appendicite aiguë non opérée, de la méningite tuberculeuse sans antibiotique, du coma diabétique sans insuline ?"(1).

"Si une réponse positive est donnée à ces deux questions, une situation à la fois neuve et très ancienne est créée ; la discussion s'arrête. Si les réponses sont négatives, la discussion peut s'engager, malaisée, ardue, mais singulièrement clarifiée, rendue plus honnête: en quelque sorte par le rejet de la question préalable"(2).

Or, nous estimons qu'Ivan Illich répondrait d'une manière négative aux deux questions préalables du Professeur Jean Bernard. Car, il ne met pas plus en question la médecine que l'école. Ce qu'il veut simplement montrer c'est que les grands services institutionnalisés deviennent les principaux obstacles à la réalisation des objectifs qu'ils visent... lorsque leur développement dépasse certains seuils critiques. "La déprofessionnalisation de la médecine, écrit-il, n'implique pas la disparition des thérapeutes spécialisés et l'auteur n'a jamais préconisé pareille chose..."(3). "La déprofessionnalisation ne signifie pas l'abolition de la médecine moderne..."(4), ni même "la méconnaissance des besoins spécifiques qui se manifestent à différents moments de la vie des hommes"(5). Il est évident, comme le signale pertinemment Alexandre Minkowski que "la démedicalisation" une fois que l'homme souffre ne lui est d'aucun secours"(6).

Ce qui est, en réalité, en question, dans l'oeuvre d'Illich c'est la remise en question d'une certaine conception actuelle de la médecine. Or, sur ce point, nos deux professeurs - hormis leur condamnation commune de la collusion de la médecine et de l'argent- ont sur l'avenir de la médecine française des avis différents et cependant proches, parfois de ceux d'Illich.

---

(1) BERNARD (Jean) op. cit. p. 167.

(2) idem.

(3) ILLICH (Ivan) - Némésis médicale op. cit. p. 168.

(4) idem. p. 169.

(5) idem. p. 169.

(6) Minkowski (A...) op. cit. p. 109.

### 1.3.3. L'avenir de la médecine française

Jean Bernard, sans nier les échecs et les problèmes de la médecine(1), est, au fond, assez satisfait, dans l'ensemble, de la médecine et des médecins. N'exprime-t-il pas constamment l'idée que les médecins sont finalement la source exclusive des progrès de la santé et de la médecine ?(2)

Alexandre Minkowski est plus sévère à l'égard de la médecine française contemporaine : "Elle n'est pas, dit-il, ce qu'elle devrait être"(3). Bourgeoise, elle est surtout exercée par des bourgeois pour des bourgeois.

Assez éclectique, le Professeur Jean Bernard déclare :

"En régime socialiste la médecine sera considérée comme une fonction d'Etat. En régime capitaliste, des dispositions légales simples prévoiront un statut spécial pour toutes les activités relatives à la santé. Il ne s'agit pas d'opposer le privé au public, d'interdire le privé mais d'opposer le lucratif au non lucratif, d'interdire le lucratif"(4). Quelque soit le régime politique et social, la médecine doit être, en effet, étrangère à l'argent, individuelle car elle concerne toujours un homme "unique", et, en aucun cas, elle ne doit être corporative, car "le corporatisme, qui vient d'autres âges et d'autres pays doit être exclu"(5). Il ne s'agit donc pas d'être pour ou contre l'Ordre des médecins, il s'agit essentiellement de créer et d'encourager "les groupes d'études, les chambres de réflexions qui justement examineront les nouvelles questions morales posées au médecin..."(6).

La prise de position du Professeur Minkowski à l'égard de la médecine de l'avenir, en France, est beaucoup plus radicale et révolutionnaire. J'estime, écrit-il "que la médecine doit être un jour nationalisée -comme au Canada-"(7). Ce pays possède, en effet "un système de médecine

---

(1) BERNARD (J...) op. cit. p. 183 à 188.

(2) " " voir à ce sujet p. 175 à 177-196-216 à 218-225.

(3) MINKOWSKI (A...) op. cit. p. 113.

(4) BERNARD (J...) op. cit. p. 191.

(5) idem. p. 191.

(6) idem. p. 190-191.

(7) MINKOWSKI (A...) op. cit. p. 136.

nationalisée d'une manière intelligente et libérale"(1). Mais, précise A. Minkowski, la nationalisation de la médecine en France "n'est pas pour demain..., car si on nationalisait brutalement sans préparation du corps médical, ce serait une catastrophe pour les malades"(2).

La nationalisation suppose, en effet, "un contexte de politique socialiste de bon aloi..., ...une longue campagne d'explication..."(3), la suppression de l'ordre des médecins qui "représente un organisme de contrôle détestable"(4), car "il s'est transformé en une sorte de gardien de l'ordre établi -l'ordre de la bourgeoisie médicale"(5).

Mais la transformation de la médecine implique surtout une profonde transformation de la mentalité des français. "A mon avis, dit Alexandre Minkowski, les deux options fondamentales qui devraient intéresser les français sont l'éducation et la santé. Or, ce qui les intéresse actuellement, c'est la consommation et la production"(6). Aussi, en France, "la santé ne représente pas grand chose dans l'échelle des valeurs : les français admettent parfaitement d'être malades et d'entrer à l'hôpital, mais sans avoir jamais rien fait auparavant pour se prémunir contre la détérioration de leur santé"(7).

Ainsi, "la population ne réclame pas une véritable préservation de sa santé"(8).

Or, pour A. Minkowski il y a un droit à la santé; "comme le droit au travail, au logement, à la liberté, je trouve qu'il n'est pas vraiment reconnu en France malgré la Sécurité Sociale(9). Quand le droit à la santé sera reconnu, la médecine, je l'espère, sera nationalisée"(10).

---

(1) MINKOWSKI (A...) op. cit. p. 156.

(2) idem. p. 138.

(3) " p. 138.

(4) " p. 125.

(5) " p. 145.

(6) " p. 124.

(7) " p. 117.

(8) " p. 123.

(9)(10) idem. p. 120. Minkowski donne l'exemple suivant : malgré la Sécurité Sociale, les femmes enceintes ne bénéficient au cours de leur grossesse que de 4 visites obligatoires, souvent pas ou mal faites.

Pour lutter contre cette tendance individuelle qui fait que "les français ne prennent guère en considération la préservation de leur corps"(1), on ne pourra "se contenter de procéder par persuasion, par éducation"(2), il faudra, peut-être, dit encore Minkowski, "recourir éventuellement à une certaine coercition"(3). La prévention routière pourrait, à son avis, montrer la voie à la médecine préventive.

Il serait souhaitable de mettre en place une politique de la santé impliquant, entre une organisation sanitaire nouvelle réalisant "une décentralisation des lieux d'hospitalisation"(4), une conception renouvelée de la formation des médecins(5) et de l'exercice de la médecine(6). Mais surtout il faudrait "deux fois plus de travailleurs de santé ... mieux utilisés dans l'organisation des soins"(7).

Il est particulièrement réconfortant de constater que le Professeur Minkowski reconnaît à la fois l'existence et la valeur du personnel para-médical. "Que dire des infirmières ! Quand on voit des infirmières de réanimation qui débutent à environ 1 700 F par mois et qui sont quatre jours de suite douze heures debout... Vous vous rendez mal compte de ces quarante-huit heures de travail où le moindre geste est tellement délicat qu'il peut sauver l'enfant ou au contraire lui interdire de survivre. Le spectacle de mes infirmières au travail me remplit toujours d'admiration"(8). Puis élargissant le cadre de sa réflexion le Pr. Minkowski poursuit : "nous considérons toujours les "grosses têtes" rarement les travailleurs manuels. C'est en Chine, que j'ai appris la non discrimination entre le travailleur manuel et le travailleur intellectuel. La contribution d'une infirmière à la survie d'un enfant est directement plus grande que celle d'un médecin. Pour faire avaler ça à un français.. et en particulier à l'Assistance Publique et au Ministère de la Santé...!". Et il conclut, "nous sommes dans une société en apparence démocratique mais complètement stratifiée où la femme peut arriver à un certain point, mais là, elle est bloquée. Ces infirmières<sup>(9)</sup> en particulier : leurs conditions de vie font qu'elles ne peuvent plus travailler dans un service de pointe si elles sont mariées, si elles sont enceintes, et doivent abandonner leur carrière"(10).

---

(1) MINKOWSKI (Alexandre) op. cit. p. 139.

(2)(3) idem. p. 139.

(4) idem. p. 219.

(5) " p. 121 à 124.

(6) " p. 219.

(7) " p. 219.

(8) " p. 52.

(9) Le Professeur Minkowski parle des infirmières.

(10) MINKOWSKI (Alexandre) op. cit. p. 139.

Il est vrai que les infirmières d'un service de médecine périnatale représentent un personnel hautement qualifié ! Mais Alexandre Minkowski pense de même que les sages-femmes "en savent et même plus en obstétrique que beaucoup de médecins"(1).

Aussi, conclut-il "il faut cesser de considérer que toute une série d'actes ne peuvent pas être faits par des "aides" médicaux soigneusement formés"(2).

- oOo -

Telles sont les vues de deux grands médecins contemporains sur l'avenir de la médecine. Loin de nous l'idée de les discuter. Nous voudrions seulement profiter du "feu vert" que le Professeur Minkowski semble donner au personnel para-médical, pour penser les problèmes de santé. En plus des considérations précédentes n'écrit-il pas "L'important est que toute personne, sur le territoire, reçoive chaque fois que nécessaire, le maximum de soins, avec le maximum de compétence. Cela exclut que la santé publique ne soit définie que par des médecins, cela exclut aussi "la démedicalisation" de l'organisation et de la délivrance des soins : cette dernière option n'est pas de "gauche", elle est stupide"(3).

Quel pourrait être l'apport original et spécifique de l'infirmière dans une politique nouvelle de la santé ? Comment ses interventions pourraient elles s'insérer dans une restructurations des soins ?

Nous avons le sentiment très vif de la hardiesse et peut être de la témérité de notre entreprise dans la conjoncture actuelle. Mais qui fournira, pour nous infirmières, cet effort, si nous ne l'entreprenons pas nous-mêmes !

---

(1) MINKOWSKI op. cit. p. 219.

(2) idem. p. 215.

(3) idem. p. 220.