

Isabelle Devos et Clotaire Mouloungui

Des soignants sans blouse ni tunique demain ?

<i>Introduction</i>	2
<i>I. – Les objections aux tenues de travail des hospitaliers</i>	4
<i>A. – Les objections juridiques des soignants</i>	4
<i>1. – Une suspension de la liberté vestimentaire</i>	4
<i>2. – L'exclusion de l'expression religieuse pour une laïcité vestimentaire</i>	6
<i>3. – La stigmatisation vestimentaire des subordonnés</i>	8
<i>B. – Les objections économiques des hôpitaux</i>	9
<i>1. – Le coût d'achat et d'entretien des uniformes</i>	10
<i>2. – Le temps d'habillage et les cotisations sociales</i>	11
<i>II. – Les intérêts des tenues de travail des hospitaliers</i>	12
<i>A. – La dimension protectrice des tenues de travail</i>	12
<i>1. – La lutte contre les infections nosocomiales</i>	12
<i>2. – L'hygiène et la sécurité des personnels</i>	15
<i>B. – Les côtés psychosociologiques des uniformes</i>	17
<i>1. – L'identification des acteurs de santé</i>	17
<i>2. – La confiance des soignants et des patients</i>	18
<i>3. – L'identité et l'image des personnels de santé</i>	20
<i>Conclusion</i>	22

Introduction

En vue d'un meilleur management des hôpitaux, des cadres de santé diplômés prennent progressivement la place des surveillantes naguère formées sur le tas, dans l'établissement même. Ces cadres nouveaux possèdent une double compétence paramédicale et gestionnaire. Parmi les tâches qui leur sont dévolues, il y a la disponibilité des produits et des dispositifs médicaux, la confection des emplois du temps des soignants et la surveillance de leur présentation physique. À ce propos, ils vérifient que les ongles sont courts et sans vernis ; que les mains et poignets ne comportent pas de bijoux ; que les cheveux longs sont attachés ; que les chaussures sont fermées et que la tenue vestimentaire est irréprochable. Par exemple, l'on attend des infirmières qu'elles ôtent les pulls parfois conservés sous leur tenue de travail. Pourtant, peu savent pourquoi ce contrôle et cette tenue. La même ignorance règne sans doute dans les structures où se porte aussi un uniforme. Logiquement, tout manager devrait connaître les tenants et les aboutissants des uniformes dont il surveille le port. Il y ferait plus commodément adhérer son équipe.

L'une des justifications premières des uniformes semble être qu'ils effacent les différences qu'introduiraient les goûts vestimentaires ou la richesse de chacun. À l'origine d'ailleurs, la jeune femme devenait infirmière pour échapper aux travaux des champs ou au travail à l'usine. En conséquence de quoi cette paysanne troquait ses haillons contre de beaux vêtements. L'hôpital fournissant aussi bien les tenues de ville que les tenues de travail. Depuis les années 1970, l'on a abandonné la fourniture paternaliste des vêtements de ville. Dès lors, la persistante distribution de la tenue de travail ne pourrait-elle pas disparaître à son tour ? Le cas échéant, la façon de servir du personnel s'en ressentirait-elle ? C'est la question de l'intérêt des blouses et tuniques-pantalons des soignants. On observera que les administratifs hospitaliers, particulièrement les directeurs, sont habillés en costume et cravate. Les cadres administratives portent couramment un tailleur, et les secrétaires des services centraux de l'hôpital conservent leurs tenues civiles. En revanche, les secrétaires des unités de soins revêtent soit une blouse, soit une tunique-pantalon (ou pyjama). Comme, respectivement, les médecins et les paramédicaux que sont les infirmières, les kinésithérapeutes, les manipulateurs radio, les diététiciens, etc.

L'imaginaire populaire associe volontiers le monde médical au vêtement blanc. Une couleur quasi-exclusive dans la période allant d'environ 1920 à 1970. Or, comme chacun sait, selon les civilisations, les couleurs ont une signification différente. En France, le blanc est lié à la pureté, à la disponibilité, à la sagesse, voire même à la réussite sociale. En effet, « le blanc est le signe majeur de la distance aux travaux manuels (agriculture,

industrie) » (Cf. Pierrette LHEZ). C'est la traditionnelle distinction entre les « cols blancs » (ingénieurs et administratifs) et les bleus ou salopettes (les manuels). Autrefois, l'ouvrier mettait sa chemise blanche seulement le dimanche (pour se rendre à l'église). Néanmoins, d'autres couleurs sont (ré)apparues à l'hôpital. Déjà, dans les années 1960, la couleur vert pâle (Bloc opératoire) ; ou dans les années 1980, le bleu (Réanimation). Or cette couleur bleue symbolise plutôt le travail manuel, l'artisanat. Comment interpréter ces évolutions ? Précisons que chaque établissement de santé jouit d'une certaine liberté quant aux tenues choisies pour ses agents. Cela doit-il pour autant empêcher une réflexion d'ensemble sur l'habillement des professionnels de santé ?

Au fond, cette question des tenues de travail déborde la stricte gestion des ressources humaines. Car la Direction des affaires générales et juridiques peut avoir à s'inquiéter de leur légalité, quand un soignant fait preuve d'hostilité à l'uniforme ou de fantaisie vestimentaire. Un deuxième type de contentieux, disciplinaire ou pénal, se conçoit au regard des risques de contamination imputables à une tenue non-conforme. C'est précisément le domaine du directeur de la Qualité, en lutte contre les infections nosocomiales au moyen des meilleures tenues possibles. Sa préférence allant surtout aux « usage unique » (les UU) en non tissé, au détriment des vêtements en polyester, en coton, ou en polyester-coton. Alors, la Direction financière doit se demander si finalement leur coût demeure raisonnable pour l'établissement de santé. Pour sa part, le Directeur de la Communication se préoccupe de l'image de marque de l'hôpital et de la communication non verbale permises par les blouses blanches. Quant au Directeur des ressources humaines, il lui appartient de penser au ressenti des personnels vis-à-vis de leur tenue de travail. Sachant que celle-ci peut apparaître comme indifférente, comme source de fierté ou, au contraire, comme objet de gêne.

À l'issue d'enquêtes, sous forme de questionnaires et d'entretiens sur ces points, vient de paraître « Tenues de travail et management des organisations. La fin des blouses blanches et autres ? » (1). Un livre qui inspire le présent bilan sur les uniformes des soignants. En gros, il s'agit de discerner leurs bienfaits et leurs inconvénients. Cependant, l'étude ne permet pas de trancher définitivement en faveur ou en défaveur d'une pérennité des uniformes. Car plusieurs des éléments en jeu se comprendraient dans les deux côtés de la balance. Il n'en reste pas moins que notre exposé adopte résolument cette revue des objections et des intérêts des tenues hospitalières.

1) Clotaire MOULOUNGUI et Isabelle DEVOS, L'Harmattan, collec. L'esprit économique, 2006, 212 p.

I. – Les objections aux tenues de travail des hospitaliers

Les objections opposables aux blouses et tuniques se subdivisent en deux catégories. Les unes, juridiques, attribuables aux soignants ; les autres, économiques, aux directeurs et autres managers hospitaliers.

A. – Les objections juridiques des soignants

D'un point de vue juridique, l'on peut penser que l'existence d'uniformes (de travail) viole la liberté vestimentaire. Une violation doublée d'une négation de l'expression religieuse de quelques soignants. Du reste, une certaine discrimination résulte d'une hiérarchisation vestimentaire humiliante des personnels.

1. – Une suspension de la liberté vestimentaire

Pour les juristes, la liberté correspond à l'absence de contrainte venant d'autres individus ou bien de la société. Avant la révolution de 1789, peu de Français connaissaient la liberté. Ce sont les révolutionnaires qui ont heureusement proclamé les droits naturels de tout homme ; dans une Déclaration universelle des droits de l'homme et du citoyen. Ils en ont identifié quatre : «La liberté, la propriété, la sûreté et la résistance à l'oppression» (art. 2). Mais quel contenu donnaient-ils au terme liberté ? D'après eux, elle «consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui : ainsi l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres membres de la société la jouissance de ces mêmes droits» (art. 4). La Déclaration de 1789 est de valeur constitutionnelle ; cela signifie qu'elle est au même niveau (supérieur) que la Constitution française actuelle. De ce qui précède, il découle que chacun peut s'habiller comme il l'entend : liberté vestimentaire. Sauf si l'exercice de cette liberté nuit à autrui. Dans ces conditions, l'établissement de santé qui oblige une personne à se vêtir d'une façon donnée, et notamment oblige au port d'un uniforme, apparaît comme auteur d'une atteinte à la liberté (à la liberté vestimentaire).

A priori, la notion de vie privée s'oppose aussi à l'uniforme hospitalier. D'abord, parce que la façon dont un individu s'habille caractérise sa personne. Or l'humanisme occidental interdit de sacrifier un individu pour le groupe socioprofessionnel auquel il appartient. En outre, les employés astreints à l'uniforme se retrouvent parfois nus devant leurs collègues afin de se changer. Or, certains n'aiment pas leur corps et/ou ne tiennent pas à l'exhiber, par pudeur. Hélas, les locaux ne sont pas toujours adaptés : dans certains hôpitaux, les femmes et les hommes partagent le même vestiaire. D'où la nécessité pour les intéressés de développer des stratégies de camouflage du corps.

En droit, la liberté vestimentaire est rarement entière. Elle est une liberté non fondamentale, révisable tant par la loi elle-même que par le

règlement (les décrets et les arrêtés, voire les circulaires). Tantôt, elle est limitée par respect de la décence : l'individu usera de sa liberté en s'abstenant de gêner la vue de ses voisins. Ainsi, une salariée avait été valablement licenciée pour être venue dans son entreprise avec un chemisier transparent qui montrait clairement ses seins. Ceux-ci n'étaient pas cachés par un soutien-gorge (Cassation sociale, 22 juill. 1986). Toujours est-il qu'ailleurs, soit en vue d'un effet comique, soit par recherche de confort, un autre salarié s'était présenté en bermuda sur son lieu de travail. Or il était soumis au port d'une blouse. Méritait-il alors le renvoi ? Si oui, la cause de son licenciement devait-il être le port d'une tenue différente de celle exigée ou plutôt le soupçon de nudité sous la blouse ? La situation est à craindre dans les établissements de santé, puisque le port de la blouse est plutôt général. En toutes hypothèses, le récalcitrant n'a pu obtenir sa réintégration dans l'entreprise. Le Conseil d'Etat qui, lui, se prononce sur les agissements et comportements professionnels des agents publics a également déjà jugé que constitue une faute disciplinaire le fait de ne pas respecter la correction de la tenue vestimentaire (Cf. CE 16 janv. 1953).

Tantôt, la liberté vestimentaire est carrément suspendue. C'est le cas de la tenue à endosser obligatoirement. La suspension suppose alors deux conditions cumulatives. Il faut à la fois la poursuite d'un but légitime et un uniforme adapté au but ainsi poursuivi. Naturellement, en pratique, il n'existera pas de substitut plus approprié pour atteindre ce résultat. Comme nous le développons plus bas, à l'hôpital, le but poursuivi peut être l'identification des soignants ; ou la recherche de l'hygiène et de la sécurité ; voire la lutte contre les infections nosocomiales. Dès lors, admettons pour l'heure que l'uniforme se défend. Cependant, peut-on lui apporter une touche personnelle, en plus ou en moins ? Car des infirmières rêvent de marquer leur féminité au moyen d'esthétiques mais discrets accessoires sur la blouse.

Mieux, il y a quelques décennies, le maquillage a fait son apparition à l'hôpital ; les bijoux également, portés aux oreilles et au cou. La raison de cette évolution est de « sexuer » la tenue (unisexe) en vigueur. Tout au contraire, Léonie Chaptal (une figure du paramédical) soutenait que les bijoux étaient « déplacés sur la personne de l'infirmière ». Mais elle s'exprimait dans l'entre-deux-guerres. Désormais, les soignants doivent aider les patients de longs séjours (gériatriques ou non) à rester beaux. Or, comment une telle volonté soucieuse du look d'autrui serait-elle crédible si les infirmières se négligeaient ; si elles ne prenaient pas soin d'elles-mêmes ! Il n'en reste pas moins que le souci de Chaptal était compréhensible : éviter toute connotation séductrice ou érotique. Une connotation a priori absente du port d'un voile islamique par l'infirmière.

2. – L'exclusion de l'expression religieuse pour une laïcité vestimentaire

Une infirmière qui pour son habillement prévoirait un couvre-chef passerait pour musulmane. Or, il y a quelques années, toutes les infirmières françaises portaient une coiffe. La règle existait déjà dans la Bible, laquelle est antérieure au Coran. On y découvre St PAUL disant aux Corinthiens que la femme a été créée pour l'homme. Aussi doit-elle « porter sur la tête la marque de sa dépendance », à savoir le voile (Cf. Nouveau testament, Corinthiens, XI). À croire les peintres, un foulard judaïque couvrait la mère de Jésus elle-même, comme d'ailleurs les autres femmes de son époque. Il est logique que cet accoutrement fut repris par les religieuses (les bonnes sœurs) qui, dès l'origine, ont servi comme infirmières. Quand, au XIXème siècle, l'on décida que des filles (non religieuses) devinssent aussi des infirmières, le discours a été : « la femme soignante laïque sera vêtue à l'image de la religieuse » (Cf. Pierrette LHEZ). Ce mimétisme vestimentaire jurait avec l'anticléricisme amplifié par la révolution de 1789. La laïcité était par exemple recommandée par la franc-maçonnerie. C'est du reste son tablier que les infirmières laïques adoptèrent. Un tablier qui ceinturait la blouse.

Mais que décider si une infirmière vient travailler avec un voile islamique sur la tête ? D'abord, faut-il réagir ? Sans surprise, la question est ici la conciliation de la liberté religieuse et du principe de laïcité. Que dit le droit ? En France, les textes les plus importants sont les textes communautaires, puis les textes constitutionnels (constitution de 1958 ; déclaration des droits de l'homme de 1789 ; etc.), puis les conventions et traités internationaux. Sur notre thème, la Constitution dit dans son article premier que « la France est une république indivisible, laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle respecte toutes les croyances. Son organisation est décentralisée ». La Déclaration des droits de l'homme et du citoyen disait déjà que « nul ne doit être inquiété pour ses opinions, même religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public ». Comme texte international, l'on peut se référer à la Convention européenne des droits de l'homme dont l'article 9 pose que « toute personne a droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion, sous réserve de restrictions établies par la loi [...] ».

Apparemment, l'infirmière devrait pouvoir porter un foulard à caractère religieux sur sa tête. Mais le tribunal de Bordeaux a rendu un jugement en sens contraire (Cf. TA Bordeaux, 20 oct. 1994). Dans l'affaire, la directrice de l'Institut de formation en soins infirmiers du C.H.U. de Bordeaux (l'IFSI) avait prononcé l'exclusion d'une élève-infirmière. Le motif juridique de cette exclusion a été l'inaptitude professionnelle. Concrètement, Mme LEKFIF persistait à se coiffer ou d'un foulard, ou d'une toque chirurgicale. Or ce couvre-chef était de nature à perturber gravement les malades du service

psychiatrique dans lequel elle effectuait son stage d'application. L'arrêté d'exclusion pris par la directrice l'a été sur la base de l'arrêté (en date du 19 janvier 1988) du ministre de la santé. Ce texte relatif aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier précise en son article 3 que « le directeur de l'école ou du centre de formation prononce, après avis du conseil technique, l'exclusion d'un élève pour inaptitudes théoriques ou pratiques au cours de la scolarité ».

L'arrêté de la directrice de l'IFSI a été annulé par le tribunal administratif de Bordeaux. L'explication est simple : les élèves (désormais étudiantes) infirmières font l'objet de deux types de contrôles. L'un est universitaire ; l'autre disciplinaire. D'un point de vue universitaire, il s'agit de savoir si l'élève a les aptitudes théoriques et pratiques nécessaires au métier. D'un point de vue disciplinaire, il faut sanctionner le comportement de l'élève, notamment ses fautes professionnelles. De toute évidence, porter un vêtement susceptible d'impressionner (de perturber) des malades relève de la discipline. Comme chacune de ces deux procédures de contrôle est spécialisée, exclusive, la décision curieusement fondée sur une inaptitude de l'élève ne pouvait qu'être annulée.

Cela étant, comment les choses se seraient-elles passées si l'IFSI avait plutôt basé sa décision sur la faute professionnelle (la discipline) ? En clair, le tribunal pouvait-il admettre le foulard islamique de l'étudiante infirmière ? De toute évidence, perturber volontairement des malades mentaux est loin d'être compréhensible de la part d'une professionnelle de santé. Donc le principe de laïcité pouvait être sévèrement entendu : faute professionnelle. Toutefois (et malgré le risque d'anachronisme de notre part) comment justifier les hôpitaux et cliniques qui, pendant si longtemps, ont paradoxalement obligé les infirmières à se couvrir la tête au moyen de coiffes distribuées à cet effet ? En définitive, l'infirmière musulmane sera restée à la mode officielle d'antan. Plus encore, le calot opératoire (la toque chirurgicale) s'utilise régulièrement. Et le procédé avait été admis (toléré) par l'IFSI bordelais pendant les cours théoriques de la musulmane (Cf. Sud-Ouest, 21 octobre 1994 et 4 novembre 1994).

Dans un contentieux postérieur (l'affaire Christine Ebrahimian), une fonctionnaire, contrôleur du travail, a continué de porter son voile islamique malgré l'interdiction reçue de sa hiérarchie. Or, « le principe de laïcité de l'État et celui de neutralité des services publics font obstacle à ce que les agents publics disposent, dans l'exercice de leurs fonctions, du droit d'extérioriser leurs croyances religieuses par leur tenue vestimentaire » (T.A. Paris, 17 oct. 2002). Les jurisconsultes explicitent le sens et les rapports de la religion et de la laïcité. Pour Marie-France VERDIER, « la laïcité est une obligation pour l'Etat et les services publics afin de mieux garantir les libertés de tous, dont la liberté religieuse. Son corollaire, la neutralité, s'impose

comme obligation au service public et à ses agents pour la plus grande liberté des usagers ». Et dans ses conclusions sur l'affaire Kherouaa (C.E., 2 nov. 1992) le commissaire du gouvernement D. KESSLER a insisté sur une idée. À savoir que « la laïcité n'apparaît plus comme un principe qui justifie l'interdiction de toute manifestation religieuse. [Ainsi] L'enseignement est laïc non parce qu'il interdit l'expression des différentes fois mais au contraire parce qu'il les tolère toutes ».

Remarquons néanmoins que de tous les pays (quarante-six) soumis à la convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales, seules la Turquie et la France pourchassent fébrilement le voile dans leurs services publics. Sans doute ces deux Etats pouvaient-ils craindre leur condamnation à Strasbourg par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH). Ici, le droit de l'homme violé étant la liberté religieuse et, plus exactement, le droit de manifester sa religion. En fin de compte, leur crainte était vaine, à croire un arrêt de cette juridiction (novembre 2005) sur la question. À l'inverse, comme une clinique privée n'a pas les mêmes impératifs de laïcité, ses soignantes pourraient conserver leur voile. D'autant que la tenue qui leur est imposée humilie certainement.

3. – La stigmatisation vestimentaire des subordonnés

Dans l'esprit du public, le soignant s'occupe d'autrui sans s'arrêter à la richesse et aux grades. Donc, qu'il tiende à marquer des caractéristiques hiérarchiques dans la tenue de travail de son équipe ne peut que surprendre.

Effectivement, la question se pose de savoir si les professionnels de santé doivent arborer une même tenue de travail. Pendant des décennies, les tenues hospitalières ont servi à une distinction entre spécialités. De même qu'à l'intérieur de chacune de ces spécialités. Par exemple : les tuniques de bloc ; les tuniques de secteur stérile ; les tuniques de réanimation. Celles-ci sont de couleur unie (verte ou bleue). La distinction par rapport aux personnels des services de médecine (en blanc) se fait sur cette base. Traditionnellement, au CHU de Marseille, les tenues intégrales, réservées à la zone opératoire, ne bénéficiaient qu'aux seules « disciplines chirurgicales considérées comme nobles : l'orthopédie et la chirurgie cardiovasculaire » (Cf. LEVASSEUR et BILWEIS). Dans les autres disciplines chirurgicales, le chirurgien portait un pantalon blanc, une casaque stérile sur le torse nu et des bottes de toile.

Faut-il s'étonner ou se plaindre de la classification vestimentaire des personnels ? Au fond, toutes les organisations s'articulent sur une hiérarchie.

Dans l'armée et les forces de sécurité, les moins gradés ont intérêt à reconnaître les personnes situées hiérarchiquement au dessus d'elles. Car il faut les saluer en claquant des talons et en portant la main droite ouverte à la tempe. À l'hôpital, la base de la pyramide hiérarchique se compose des infirmières, des aides-soignantes et des agents des services hospitaliers. Selon

des auteurs, la blouse est un marqueur du pouvoir médical. Et une personne exerce un pouvoir sur une seconde si elle parvient à la faire agir ou penser d'une certaine façon, alors que celle-ci n'entendait pas agir ou penser de la sorte. Peu importe les raisons d'ordonner (pour l'une) et d'obéir (pour l'autre). La blouse est si importante pour le médecin qu'elle lui sert de vêtement d'apparat aux réunions de direction (Cf. Joël AUTRET). Pour ainsi dire, « si l'uniforme peut intimider certains (ce sont parfois les stigmates d'une profession), il en attire d'autres qui y voient prestige et sécurité » (LHEZ).

Les soignants et autres personnels de bas niveau vivent parfois tristement le port de leur uniforme. Car ils le ressentent comme une stigmatisation au moyen du vêtement. En effet, « c'est pour les professions dominées comme les AS [aides soignantes], s'exposer à se voir renvoyer en permanence sa propre image en négatif et assumer au quotidien une subordination inscrite dans la hiérarchie, ne serait-ce que par différenciation des tenues de travail [...] » (Cf. Anne-Marie ARBORIO). À ce sujet, les usagers réclament parfois (odieusement) le cadre de santé ou une infirmière, pour une information que pourtant une AS pourrait et voudrait donner. Vivre cette frustration se rapproche de l'irrespect de la dignité de la personne humaine. Par ailleurs, un chirurgien évoque le stress des infirmières à la vue d'une tenue de supérieur. Néanmoins, l'anonymat vestimentaire des chefs ne serait-il pas traître ? Le soignant de rang subalterne ne pourrait plus se reprendre à temps. Mais selon toute apparence, le souci d'égalité et d'intégration commande l'unification des uniformes dans les services hospitaliers.

C'est dans cet ordre d'idées qu'il a été demandé aux soignants s'ils préféreraient une tenue identique (s'ils en avaient le choix). Étant entendu que le pas a été franchi dans la police. Mais seule une petite minorité est favorable à la similitude. Une explication possible est que la tunique-pantalon opère alors une confusion entre les infirmières et les aides soignantes. Des dépassements de pouvoir s'en trouvent facilités. De fait, en se substituant aux infirmières débordées, les aides-soignants disposent d'un peu de pouvoir. Ce risque d'usurpation de fonctions s'ajoute aux objections que des gestionnaires hospitaliers développent contre les tenues de travail.

B. – Les objections économiques des hôpitaux

Les dirigeants d'un hôpital pourraient songer à supprimer les tenues de travail, compte tenu de leur coût. D'abord, à cause des dépenses directes comme l'achat et l'entretien. Ensuite, il y a le temps d'habillage ou de déshabillage et éventuellement des cotisations de sécurité sociale.

1. – Le coût d'achat et d'entretien des uniformes

En général, le nouveau soignant se présente à la blanchisserie pour son trousseau vestimentaire. Il déniche sa taille dans le stock disponible, lequel comprend aussi bien des vêtements neufs que des vêtements usagés. Les uniformes d'occasion sont ceux qu'utilisaient déjà des personnes désormais extérieures à l'hôpital : retraités, mutés, démissionnaires, etc. Autrement dit, le nouvel agent n'a pas forcément une tenue neuve, dont le prix est de 9 € hors taxes. Toutefois, chacun doit disposer d'au moins une tenue par jour ouvrable (du lundi au vendredi). Leur achat a lieu auprès de différents fournisseurs. Il s'agit de marchés publics, avec leurs contraintes juridiques ; notamment les appels d'offres. L'achat de ces uniformes est un investissement épisodique. Comme déjà dit, l'hôpital ne renouvelle pas l'ensemble des uniformes en une année. La reconstitution progressive des stocks est facilitée par l'identité de l'uniforme pour les deux sexes et par l'unicité de son coloris. Notons que les chaussures ne sont pas directement fournies par l'employeur : une prime est destinée à cette acquisition. Mais la somme offerte ne permet que péniblement d'acquérir des chaussures conformes aux recommandations d'hygiène et de sécurité.

Dès lors, les soignants doivent-ils contribuer aux dépenses nécessitées par leurs tenues de travail ? Aussi bien le grand public que les hospitaliers interviewés se montrent hostiles à une participation financière des soignants. Les textes vont aussi dans ce sens. Mais le site Internet de la Gendarmerie nationale surprend à propos de l'évolution vestimentaire dans ce corps. En effet, lit-on, « cette nouvelle tenue de service sera mise en place dans le cadre d'une première dotation à titre gratuit ». Le propos donne à penser que, par la suite, les gendarmes devront eux-mêmes payer leur uniforme. Il est vrai que presque tous les fonctionnaires (professeurs, bibliothécaires, attachés administratifs, etc.) financent eux-mêmes leur tenue de travail. La crainte des soignants est finalement qu'ils doivent payer un jour. À moins que des sponsors entrent alors en jeu. Par exemple, dans la série américaine « Urgences », l'uniforme des soignants comporte le logo d'une société commerciale. Alors, l'hôpital ne se chargerait plus que de l'entretien.

Cet entretien est assuré par des blanchisseries dont la qualité prévient les risques infectieux (liés au linge). En vérité, pour se préserver des infections nosocomiales, il faut investir dans le « circuit linge ». Le linge propre et le linge sale ne doivent jamais se toucher, se croiser. Pour mieux dire, « les exigences, notamment normatives, applicables aux blanchisseries sont valables aussi bien pour un circuit complètement interne à l'établissement que dans les cas de circuit commercial extérieur à l'établissement » (2). Des

2) « Fonction linge et hygiène dans les établissements de soins, HYGIENES-2003, volume XI, n°4, p : 341

hôpitaux peuvent se grouper pour une blanchisserie commune. De la sorte, ils réalisent des économies d'échelle. Encore que même un hôpital autarcique ne consacre qu'un demi-euro (1/2 €) au nettoyage d'une blouse. Sa dépense incompressible concerne essentiellement le temps d'habillage.

2. – Le temps d'habillage et les cotisations sociales

En matière d'uniformes, certaines dépenses ne sautent pas aux yeux. D'une part, celles relatives au temps d'habillage et de déshabillage. D'autre part, les dépenses que supposent les cotisations de sécurité sociale (pour fourniture d'un avantage en nature aux salariés). S'agissant des unes, il faut dire que des minutes sont nécessaires pour se vêtir. Ce temps est plus ou moins long selon la tenue vestimentaire en cause : juste passer une blouse ou, au contraire, se changer de la tête au pied. Le temps ainsi utilisé doit-il être regardé comme temps de travail ? L'hésitation vient de ce que le soignant n'effectuera pas alors les tâches pour lesquelles il aura été recruté. Néanmoins, il aura dû partir de chez lui en avance afin de disposer du temps nécessaire à son habillage.

Serait-il consécutivement possible d'exiger du personnel qu'il arrive au travail déjà changé, déjà prêt ? L'employeur prétendrait préserver l'intimité corporelle de chacun, puisque les soignants n'auraient plus à se dénuder en public (se dénuder pour enfiler l'uniforme). Certes, des vestiaires distincts peuvent (et doivent) être prévus pour les hommes et pour les femmes. Il n'empêche que la gêne et la pudeur subsiste même avec des collègues de même sexe. Toutefois, deux objections apparaissent contre l'uniforme porté depuis chez soi. Premièrement, la lutte contre les infections nosocomiales ne s'accommoderait pas de la sortie des blouses hors de l'hôpital. En second lieu, les hospitaliers se dénonceraient alors comme tels. Même s'il n'y a ni honte, ni danger, à être un hospitalier.

En réalité, la question est réglée depuis le 4 janvier 2002, par le décret relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements de santé. L'alinéa 3 de son article 5 énonce : « lorsque le port d'une tenue de travail est rendu obligatoire par le chef d'établissement après avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail [CHSCT], le temps d'habillage et de déshabillage est considéré comme temps de travail effectif ».

A contrario, le temps d'habillage et de déshabillage n'est pas à compter systématiquement comme temps de travail. Si l'on admet que le temps c'est de l'argent, l'hôpital en perd donc à cause du temps nécessaire au port des tenues de travail.

Pour revenir aux cotisations sociales patronales, l'idée est qu'elles se calculent sur la base des avantages patrimoniaux procurés aux salariés. Si l'uniforme est un avantage pour le salarié, il doit être regardé comme l'un des éléments à retenir dans le calcul des cotisations patronales. Pour leur part, les

salariés mentionneront cet avantage en nature dans leur déclaration de revenus. En général, les juges optent pour la qualification d'avantage en nature si les vêtements fournis sont d'usage courant. L'avantage étant que les personnels économisent l'achat de vêtements. Ils font aussi l'économie du nettoyage. Mais l'un et l'autre intérêt ne profitent pas à un médecin hospitalier. Pourquoi ? Parce qu'il conserve ses vêtements civils en dessous de la blouse.

Une tenue de travail qui n'est pas considérée comme un avantage en nature, est classée soit dans les frais professionnels, soit dans les frais d'entreprise. Quelle différence ? Les frais d'entreprise ou frais d'exploitation sont exonérés de cotisations. Mais à certaines conditions. D'abord, l'uniforme doit textuellement relever de l'hygiène ou de la sécurité. Ce sera donc un équipement de protection. Ensuite, ces tenues professionnelles doivent demeurer propriété de l'entreprise, et y être entreposées. La dernière qualification juridique possible des tenues est celle de frais professionnels. Alors, l'uniforme sera spécifique à l'emploi occupé ; ou bien son utilisation s'expliquera par le côté anormalement salissant des travaux effectués. Cette qualification juridique ne présente pas d'intérêt pour l'employeur, car il paiera les cotisations, comme pour un avantage en nature. Mais le salarié, lui n'est pas regardé comme bénéficiaire d'un avantage en nature soumis à l'impôt. Pour terminer, notons que les contrôles fiscaux et sociaux remontent jusqu'à trois années en arrière. Le redressement contre l'établissement de santé peut donc être financièrement lourd. Or un tel risque est-il justifié ?

II. – Les intérêts des tenues de travail des hospitaliers

Les défenseurs des tenues de travail trouvent en faveur de celles-ci divers arguments. En premier lieu, la protection des personnes. Outre cette dimension, il y a des intérêts qualifiables de psychosociologiques.

A. – La dimension protectrice des tenues de travail

Les tenues de travail se voient assigner un rôle dans la lutte contre les infections nosocomiales des patients. Envers les soignants eux-mêmes, elles sont censées assurer hygiène et sécurité.

1. – La lutte contre les infections nosocomiales

Une communication d'un colloque du 20 janvier 2004 sur le thème « Infections nosocomiales : quelle surveillance pour une meilleure prévention ? » édifie le lecteur. Elle soutient que « la méconnaissance du risque infectieux et notamment des voies de transmission des éléments pathogènes conduit souvent à sous-estimer le rôle protecteur du vêtement. Pour bien apprécier le lien entre les infections et la tenue, un rappel d'hygiène hospitalière est indispensable » (Cf. Dominique GUILLOTON). Les infections

nosocomiales, ces infections que les malades contractent à l'hôpital, ne disposent pas de définition légale. Alors que l'occasion lui en fût donnée par le vote de la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades, le Parlement s'en est volontairement abstenu (à la demande du ministre). Les parlementaires ont néanmoins prévu la quasi-automaticité de l'indemnisation de la victime d'une pareille infection. Il appartient à l'hôpital voulant échapper au paiement de prouver que celle-ci lui est imputée à tort. Par humanisme (crainte de contaminations mortifères) ou par calcul (coût d'indemnisation des victimes), les établissements de santé pourchassent aussi bien les agents pathogènes que leurs causes et voies de transmission.

C'est à partir de la mise en place des CLIN dans les hôpitaux et les cliniques que les efforts hygiénistes à l'égard des vêtements des soignants ont surtout été déployés. Les CLIN sont les comités de lutte contre les infections nosocomiales. L'action de ces comités est notamment renforcée par des Centres (interrégionaux) de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales (C-CLIN). Pour le moment, les préconisations vestimentaires sont essentiellement venues du C-CLIN du Sud-Est et du C-CLIN du Sud-Ouest. Par exemple, en 1998, ce dernier a publié des « recommandations pour une tenue vestimentaire adaptée des personnels soignants en milieu hospitalier ». Au niveau national il y a « 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales ». La recommandation 29 de ce document envisage la tenue vestimentaire en ces termes : « Le CLIN, en collaboration avec la médecine du travail, étudie la tenue vestimentaire des personnels hospitaliers. Il fait toute proposition aux services chargés de l'achat sur la qualité et la quantité des vêtements de travail, ainsi que sur celles des masques, gants et coiffures utilisés lors des soins et notamment au bloc opératoire. L'utilisation de tenues à manches courtes favorise l'observance du lavage des mains. Le port de sur-chaussures n'a pas fait la preuve de son efficacité pour la prévention des infections nosocomiales. Des recommandations sont établies pour la circulation des personnels vêtus de tenues spécifiques aux secteurs à haut risque ».

Selon les risques envisagés, deux sortes de tenues sont prévues : une tenue de base et, éventuellement, une tenue spécifique. La tenue de base est celle que le soignant se met à la place de sa tenue de ville dans les secteurs à « risque bas » de l'hôpital. Elle protège contre les contaminations consécutives aux soins effectués. Le soignant s'en revêt à son arrivée dans l'établissement de santé, et la quitte au moment d'en partir. Il doit aussi l'enlever pour aller à la cafétéria. Les tenues spécifiques s'utilisent dans les zones à « risque modéré » et, plus encore, dans les secteurs de « haut risque ». Dans une zone à risque modéré (laquelle fait souvent l'objet d'un isolement septique), la tunique doit forcément être entrée dans le pantalon. Les tissus utilisés sont des non tissés, même s'il subsiste du polyester/coton à l'hôpital. La surblouse se

change en même temps que l'équipe de relève. Le tablier, à usage unique, doit (naturellement) être jeté après usage. Il y a une pratique identique pour les masques ; même quand leur utilisation a été fugace. Enfin, en zone de haut risque, c'est-à-dire en zone péri-opératoire ou dans le bloc opératoire, les précautions sont plus drastiques.

Plusieurs personnes sont responsables du respect des recommandations des CLIN. D'abord, le directeur de l'hôpital, pour la mise à disposition des moyens. Ensuite, le chef de la blanchisserie, pour la qualité et l'approvisionnement. Puis, chaque cadre de santé, pour le respect des bonnes pratiques. Les infirmières hygiénistes et les hôtelières participent même à l'élaboration de ces bonnes pratiques. Bien entendu, tous les autres personnels, notamment les soignants, se soucient des règles d'hygiène vestimentaire à observer. Or nous avons demandé aux soignants s'ils conservaient des vêtements de ville sous leur blouse. La réponse a été oui à 75%, et non à 25%. Le sens (caché) de cette question était le suivant : peut-on concilier vêtements personnels et hygiène hospitalière, alors que le port de l'uniforme est censé jouer le rôle de barrière microbienne ? Il est vrai que celui-ci n'est pas toujours agréable à porter directement (sur la peau). De plus, comme il accélère la transpiration, d'inesthétiques auréoles indélébiles finissent par se former sous les aisselles. D'où l'intérêt de porter un tee-shirt personnel en dessous.

Tout au long des entretiens, les soignants ont milité pour la pérennité de leur uniforme car il est lavé à l'hôpital même. Ce qui préserverait leurs familles d'une contamination éventuelle. En réalité, ce sont les soignants eux-mêmes qui lavent (chez eux) leurs tee-shirts et gilets utilisés à l'hôpital. La question ironique est alors : les microorganismes pathogènes sont-ils arrêtés par les blouses et tuniques, et n'arrivent donc pas aux tee-shirts ? En outre, à la question de savoir s'ils travaillent avec la blouse ouverte, 33% du panel a répondu oui. Il est entendu que la blouse n'est portée que par les médecins et quelques paramédicaux. Or, une blouse ouverte paraît contraire au rôle hygiéniste qui lui est conféré. L'attitude réfractaire (blouse ouverte) s'avère encore plus intolérable quand l'intéressé n'a pas « l'excuse » d'être un médecin.

Et pourtant, la question se pose de savoir comment réagir en cas de négligence dans le port des tenues. Par exemple, pour venir à bout d'une leucémie, le malade (cancéreux) est installé dans une chambre stérile. De strictes mesures d'asepsie sont alors appliquées. Des tenues particulières sont exigées afin d'y éviter des micro-organismes dangereux. Dans ces conditions, que décider si l'un des professionnels viole ces règles d'hygiène vestimentaire ? De même, comment traiter le soignant qui déambule dans les couloirs de l'hôpital sans s'être préalablement débarrasser de la tenue qu'il portait dans une zone hautement pathogène ? En plus de l'indemnisation (et

des sanctions disciplinaires), le patient peut songer à une action pénale : prison et/ou amende contre le soignant. Il parlerait de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement (Code pénal, art. 223-1). En pratique, c'est plutôt l'employeur qui a le plus de chance de subir ce texte ; pour défaut de mesures d'hygiène ou de sécurité.

2. – L'hygiène et la sécurité des personnels

Les professions (para)médicales s'avèrent parfois dangereuses du fait des contaminations par piqûre, par contact ou par inhalation. En outre, les matériels et produits utilisés peuvent se révéler coupants, écrasants, corrosifs, etc. Bien sûr, l'hôpital se préoccupe de la bonne santé et de la sécurité des personnels. Il y parvient au moyen de dispositifs collectifs ou au moyen d'équipements et uniformes individuels. Par exemple, pour protéger leurs muqueuses de l'infection, les soignants reçoivent des masques enserrant le nez, la bouche et le menton. Quand, leurs mains doivent entrer en contact direct avec les patients, des gants leur sont fournis.

Des règlements (c'est-à-dire des décrets ou des arrêtés, voire des circulaires) envisagent une dizaine de risques contre lesquels l'employeur protège le salarié en lui fournissant des vêtements spéciaux. Pour s'informer sur ses obligations, l'employeur consulte le Code du travail où ces règlements ont été incorporés. Il a intérêt à travailler en synergie avec la médecine du travail et/ou avec l'inspection du travail. En suivant l'ordre du Code du travail, le premier risque identifié concerne les agents cancérigènes (art. 231-56-3-III, R. 231-56-5, R. 231-56-6, R. 231-56-8). Puis viennent les agents biologiques (art. R. 231-62-2 et R. 231-62-3). Sont ensuite visés les travaux insalubres ou salissants (art. 233-1) ; puis, le happement par les machines sur lesquelles l'agent travaillerait (art. R. 233-12). Le Code songe enfin à la protection du salarié contre les intempéries (art. 332-9). Hors du Code du travail, d'autres risques sont pris en compte. Par ordre chronologique des textes, il y a : le risque électrique (3) ; l'oxyde d'éthylène (4) ; l'atmosphère hyperbare (5). Mais les textes précisent rarement la composition exacte des vêtements fournissant la protection maximale.

En principe, le Code du travail ne s'applique pas aux fonctionnaires et aux établissements publics. Néanmoins, le Conseil d'Etat (et ses juridictions subalternes) s'inspire parfois des règles contenues dans tout code français pour en sortir un principe général (du droit) à étendre au secteur public. En vérité, les dispositions hygiénistes et sécuritaires du Code du travail

3) Décret du 8 janvier 1965, art. 177 ; décret du 14 novembre 1986, art. 46, 50, 51.

4) Circulaire du 7 décembre 1979.

5) Décret du 28 mars 1990, art. 25 et 26.

s'appliquent au secteur public aussi. Du reste, une directive communautaire du 12 juin 1989 impulse une profonde évolution en exigeant l'amélioration de la sécurité et de la santé des européens au travail. Cette directive donne au Conseil d'Etat une base de référence plus forte qu'un principe. Car les textes communautaires priment les principes et textes nationaux. Finalement, la responsabilité de tout employeur est engagée en cas d'absence ou d'insuffisance des mesures nécessaires.

Mais la plupart des patients et des soignants circulent dans des zones de risques bas. C'est sûrement parce qu'ils s'imaginent en risque bas que les médecins de ville et les infirmières libérales négligent souvent la blouse. Au demeurant, celle-ci ne protège pas davantage qu'une soutane, qu'une gandoura, qu'un sari, etc. Mais quand un risque existe vraiment, ces professionnels mettent volontiers des gants. À vrai dire, les infirmières hospitalières ne passent pas leur journée les mains dans des gants protecteurs.

Quelques unes bravent même l'obligation ponctuelle d'en revêtir.

L'explication est que les gants diminueraient leur sensibilité, et donc leur capacité à vite repérer les veines, pour les injections. D'un autre côté, le cancer n'est pas contagieux. Pourtant, les soignants qui s'en occupent dans les services de soins palliatifs ont une blouse (protectrice !?).

Les soignants consentent aux mesures de sécurité par l'intermédiaire du CHSCT dans lequel ils ont des représentants. Bien entendu, ces mesures ne doivent pas entraîner de charges financières pour eux. S'il faut une tenue de travail protectrice, et que l'employeur l'a donnée, il revient au salarié de s'en vêtir. Sous peine de sanctions disciplinaires. Parfois, le manager d'un service se trouvera aux prises avec un employé qui, tout en connaissant son obligation vestimentaire, la violera. Pour justifier cette insubordination une infirmière pourrait répondre que la broche lui permet de manifester sa féminité ; ou que le pin's apporte un élément de gaieté aux enfants malades ; etc. Assurément, une certaine tolérance profitera à la puéricultrice qui porterait un nez de clown pour faire oublier aux petits patients leurs souffrances ou appréhensions. En revanche, aucune négociation ne saurait être envisagée avec l'agent qui transgresserait des règles de sécurité corporelle (6). Le directeur de l'hôpital peut prononcer des sanctions plus sévères que l'avertissement et le blâme. Mais alors, après consultation de la commission administrative paritaire (réunie en Conseil de discipline). Ces sanctions vont du gel de la note administrative à la révocation sans droit à retraite, en passant par la rétrogradation d'échelon, la suspension pour deux ans et la révocation avec droit à retraite (ou mise à la retraite d'office). Le soignant a

6) Le cadre de proximité formalisera l'entretien par écrit. Et l'agent en faute contresignera ce rapport d'incident pour attester qu'il sait désormais comment se comporter. De la sorte, un bilan ou des sanctions futures seront possibles sur des bases claires.

donc tout intérêt à porter sa tenue de travail. Surtout qu'il peut y trouver des bons côtés.

B. – Les côtés psychosociologiques des uniformes

Le premier intérêt psychosociologique de la blouse est certainement l'identification des personnels. Un second élément s'y ajoute : la confiance des acteurs de l'établissement de santé. Enfin, les blouses sont parfois vécues comme conditions et conséquences de l'identité ou de l'image des soignants.

1. – L'identification des acteurs de santé

Un établissement de santé est une vraie ruche où se bousculent des centaines de personnes. Comment faire pour accéder au bon interlocuteur ? La blouse (comme la tunique-pantalon) aide le patient à trouver son soignant. L'uniforme hospitalier favorise par ailleurs l'identification des professionnels de santé entre eux. Par exemple, en cas de plan rouge, les tenues facilitent la coordination des opérations. Même s'il est vrai que le préfet ou son représentant les coordonne en tenue civile ordinaire. En tous cas, il faut pouvoir distinguer les secouristes des victimes. Un souci identique se retrouve dans un hôpital où existe un « pool volant » d'infirmiers. Ces derniers remplacent au pied levé des soignants absents. Grâce à la tenue commune, les soignants se repèrent et s'intègrent plus aisément.

Mais hors contexte, il est difficile de certifier à quelle profession correspond un uniforme donné. Près de 56% des patients questionnés ont répondu ne pas être totalement sûrs d'identifier le professionnel de santé porteur d'un type donné de blouse. Du reste, pourquoi le patient devrait-il être capable de cibler le professionnel idoine ? Sachant qu'il existe un risque de confusion à l'envers. En effet, quand il y a rupture de stock, une catégorie professionnelle s'habille comme la catégorie voisine. Dès lors, un individu hospitalisé (qui est discipliné) pourrait se trouver piégé : il désespérera par exemple de ne voir passer d'aides soignantes. Mais, celles-ci se seront exceptionnellement habillées en infirmières ! Par ailleurs, les soignants d'une équipe ignorent parfois comment s'habillent leurs coéquipières. Normal, puisque chacune possède des tenues disparates reçues le long des années. Notons que le trousseau vestimentaire tout entier n'est pas changé lorsqu'est adopté un nouvel uniforme. Une incohérence due au souci d'économie.

La possibilité de reconnaissance visuelle des soignants tranquillise le patient et ses visiteurs. Ils n'ont pas à se torturer avec les questions « qui est qui » ou « qui est quoi ». Certes, un médecin témoigne qu'il se présente à ses interlocuteurs. Mais ce geste de civilité manque souvent de la part de ses collègues. Aussi des accessoires distinctifs sont-ils indispensables pour le repérage des soignants : casquette, badge, brassard, etc. La confusion blesse incontestablement le soignant pris pour celui qu'il ne sera jamais. Par

exemple, un infirmier relate qu'on l'appelle fréquemment docteur ou M. le pharmacien, ou encore M. le kiné, lorsqu'il procède à la tournée des malades avec son docteur [qui est une dame]. Pourtant, il porte une tunique-pantalon de paramédical (et non pas une blouse de médecin). Peut-être la méprise vient-elle du préjugé que l'homme ne saurait être simplement un infirmier. Il est à cet égard symptomatique qu'une des aides-soignantes interrogées pense que si les hommes avaient une tenue différente « on donnerait un plus à l'homme. Tu le mettrais au dessus de la femme. Instinctivement ».

En tous cas, les soignants interviewés estiment que grâce à l'uniforme, chacun étant identifié ou identifiable, il ne peut y avoir d'usurpation de fonctions. En outre, il est plus facile de se plaindre du type de soignant qui a manqué à son devoir. Cette préoccupation démocratique justifie le port actuel d'un badge ou d'une plaque identitaire par les fonctionnaires civils en contact avec le public. La confiance réciproque y gagne probablement.

2. – La confiance des soignants et des patients

La littérature paramédicale révèle que les élèves infirmières portent une tunique-pantalon semblable à celle du personnel de l'hôpital les accueillant en stage pratique. Ce qui les sécuriserait. Apparemment, un uniforme donne confiance même à un paramédical chevronné. Car la tenue de travail « peut cacher l'insuffisance et permet de tromper » (Cf. Pierrette LHEZ). À la question de savoir si leur uniforme les aide à maîtriser leurs émotions, les soignants répondent oui à 54%, et non à 40%. Autrement dit, tous les professionnels de santé n'y puisent pas leur confiance. Pour affirmer que l'uniforme aide, un chirurgien soutient qu'« une IDE [infirmière], dès qu'elle se déguise en IDE, [...] a pris le cerveau d'une IDE. Et une aide soignante, elle a pris le cerveau d'une aide soignante. J'ai connu des IDE qui chez elles n'avaient plus aucun réflexe quand leur enfant était malade. Et ces mêmes IDE, une heure après, elles faisaient des choses très justes pour le malade [étranger à leur famille] ».

Mais est-ce dans la blouse que le soignant puise sa confiance ? En vérité, la gestion des émotions doit peu à l'uniforme. Au mieux, celui-ci agit comme en matière de magie. Le magicien se convainc d'avoir des pouvoirs parce que les gens ont foi en lui. Le port de la blouse peut aussi être comparé au rite catholique du port d'une chasuble avant la messe. De fait, le déguisement au moyen de la blouse blanche produit une métamorphose. Il est entendu que « la distinction entre déguisement ludique et métamorphose d'origine cérémonielle n'est jamais très nette. Car, [...] le jeu ne peut être totalement séparé de son attache symbolique [...]. Le joueur, 'pris au jeu', finit par se confondre avec son rôle, il y a une part de jeu, de feinte ou de comédie dans tout cérémonial » (Cf. Encyclopédie HACHETTE). Néanmoins, le geste rituel diffère du geste technique. Dans un rite, en effet, « les

conduites, les paroles ou les manipulations d'objets ne reposent pas sur un savoir empirique ou sur un raisonnement scientifique, mais sur une croyance » (Cf. Encyclopédie Hachette). Or, le port hospitalier de la blouse se veut technique, hygiéniste, sécuritaire, etc.

Pour dénier à la blouse ses effets prétendus, il est possible de soutenir que la confiance résulte plutôt de stratégies. La principale étant de se convaincre que pour être prêt professionnellement, il suffit de s'exercer sur des cas de plus en plus complexes. C'est un pari raisonnable de réussir avec ses moyens présents (Cf. Jean Garneau). De même, pour avoir un certain détachement dans les situations délicates d'implication personnelle, le soignant se répète que le malade n'est pas son proche.

Bien sûr, la blouse n'a aucunement été inventée pour gêner les malades. Toutefois, elle produit des effets adventices malheureux. Par exemple, « l'effet blouse blanche » : le stress dû à la présence du soignant. Si celui-ci enlève sa tenue et se retrouve en civil, la situation devient moins protocolaire et le patient se sent plus à l'aise. Un médecin raconte que « le médecin qui arrive sans blouse a déjà un contact avec le malade un peu moins stressant [...]. Parce que la blouse ça fait grand docteur ». Aussi les échanges sans contact physique avec le patient devraient-ils pouvoir se faire sans tunique-pantalon. Une raison supplémentaire d'hostilité contre la blouse blanche est que les enfants finissent par confondre la blouse avec la souffrance physique et/ou psychologique. En l'apercevant, ils se figurent qu'ils devront bientôt avaler des produits indigestes ou subir une piqûre. Même des grandes personnes s'affolent à sa vue. La preuve est que les résultats de la mesure de la pression artérielle sont faussés par la simple présence du professionnel de santé. D'où la vente d'appareils d'auto-mesure aux patients. Par ailleurs, la blouse a un effet sexuel sur certains hommes. Bien entendu, leur fantasme sexuel disparaîtrait si disparaissait la blouse.

À l'inverse, la blouse rassurerait certains patients. Pour commencer, le concept d'autosuggestion veut que le patient ait une part (psychologique) dans sa guérison : il doit y croire ; lutter. On pense ici à l'effet (plus ou moins relatif) du placebo et de la méthode Coué. Or, comment se sentirait le patient dont le soignant aurait des baskets, une blouse à l'envers, une barbe de trois jours et des ongles sales ? Il paniquerait certainement : le professionnel de santé ne lui inspirerait pas confiance. En revanche, la blouse symbolise la propreté, l'hygiène et la bonne santé recherchée ; elle représente le savoir médical. Les soins intimes en seraient même facilités. Son porteur n'étant point un fantaisiste déguisé, mais un professionnel compétent ! Un problème subsiste en vérité, au-delà de l'usurpation des fonctions : les patients mal à l'aise avec leur corps. Car alors, tout juste la blouse aide-t-elle à faire accepter les soins. Surtout si la culture religieuse de l'intéressé exacerbe la pudeur. La tenue des soignants se place alors sous le patronage d'autres concepts.

3. – L'identité et l'image des personnels de santé

L'identité est le jeu de miroir entre un individu et un groupe ; l'un reflète l'autre. Selon cette théorie de l'identité, un policier ou une infirmière représenterait sa profession tout entière. L'habillement uniforme participerait à ce phénomène. Madame LHEZ le concède ; avec réserve. Selon elle, « signe distinctif d'un groupe social ou professionnel, l'uniforme marque bien l'appartenance à ce même groupe. S'il peut devenir instrument de cohésion, il peut tout autant être un agent de déstructuration, et c'est le cas pour le groupe hospitalier ». Les médecins sont fiers de leur blouse et la gardent fidèlement. Au contraire, chez les paramédicaux, quand survient un problème d'identité, la tenue de travail change. Ce qui serait une erreur, « une négation totale des valeurs du passé » (LHEZ).

On doit à l'Autrichien Erik Erickson d'avoir imposé la notion d'identité. Son ouvrage « Enfance et société » (édité en 1950) a connu un succès planétaire après sa réédition en 1963. Il s'agissait d'une recherche sur les indiens DAKOTA et YUROK dont l'auteur constatait le « déracinement » et la « crise d'identité » face à l'intrusion de la société moderne dans leurs réserves. Dans les années 1970, les Black Panthers s'approprièrent la notion, pour une prise en considération de leur spécificité. Des conséquences particulières devaient en être tirées, notamment pour un accès aux droits. D'où la mise en place gouvernementale d'une réparatrice discrimination positive (7). C'est ici l'Amérique communautaire (ou communautariste) dénoncée par les penseurs et/ou les politiques Français. Pourtant, la fibre identitaire a conquis la France (8).

Dorénavant, le monde paramédical discute de son identité. Toutefois, les auteurs ayant écrit sur cette identité professionnelle ne donnent pas de rôle à l'uniforme. À l'inverse, les soignants interrogés (et le grand public) font un lien constant entre tenue de travail et identité professionnelle. Quand on leur demande s'ils en sont fiers, une moitié seulement des soignants répond que oui. Ainsi, dit une infirmière, « j'aime bien ; c'est strict, ça fait sérieux ». De même, dit une kiné, « Je suis fière parce que j'aime mon métier, donc je suis fière de mon métier. Oui ». En réalité, sa fierté ne se démentirait pas en vaquant sans uniforme. La même observation vaudrait pour l'un des médecins interrogés. Voici son témoignage : « Fier, car c'est un élément d'identification par rapport au patient, et, au bout du compte, ce qui nous fait vibrer dans notre métier c'est quelque part d'être reconnu. Point ! C'est pas plus compliqué que ça : reconnu pour le service qu'on a rendu [...] ».

7) D'autres minorités ont par la suite revendiqué la reconnaissance de leur identité particulière : les gays, les hispanophones, les cajuns, les amérindiens, etc. (Cf. BRUBAKER).

8) L'identité est en effet devenue une notion cardinale en sciences sociales (Cf. Catherine HALPERN). Elle est traitée dans les études relatives à la religion, à l'immigration, au nationalisme, aux professions, etc.

Presque hostile, une infirmière dit : « je m'en fous ; c'est nécessaire ». Sa réaction se fonde en particulier sur le peu d'effort esthétique et sur la coupe décollée de la tunique-pantalon. À son tour, un médecin fonde son absence de fierté sur l'absence d'intérêt de cet uniforme. D'ailleurs, un cadre de santé rappelle que « l'habit ne fait pas le moine ». Même s'il ajoute aussitôt que « t'as quand même cette représentation : t'as l'image du soignant qui est quand même bien acceptée ». Le chirurgien interviewé ne modifie pas son discours. Il proclame : « la blouse, pour moi, n'est rien du tout. C'est pas parce qu'un mec a la tenue qu'il a la fonction. Et pour les autres professions c'est la même chose ». Pire, les futures infirmières considèrent l'uniforme et son image avec légèreté. Elles participent sans vergogne à la perpétuation du cliché de l'infirmière femme-sexy. Les affiches des « zinzins » (soirées d'IFSI) en témoignent tristement. Sans compter les objets vendus à l'occasion. Par exemple, les briquets et les épinglettes à l'effigie de BETTY BOOP en infirmière sexy.

Depuis quelques temps, les chercheurs en sciences sociales envisagent d'abandonner ce concept trop galvaudé d'identité (9). Leur solution se réclamerait avec vraisemblance de la révolution française de 1789. Celle-ci a supprimé les communautés, les congrégations religieuses et les corporations des métiers de façon que tous les citoyens n'appartiennent qu'à une seule et même communauté : la nation française. Hélas, certains l'ont parfois oublié, pour le malheur d'autres (10). Du coup, prôner l'identité dans son corps professionnel revient quasiment à une croisade, à un repli sectaire ou à un nombrilisme.

Il n'empêche que l'on détecte une signification soit symbolique, soit événementiel, soit professionnelle dans les costumes. La tenue de travail des soignants a-t-elle (une) valeur de symbole ? Un symbole ambitionne de faire voir l'invisible ; il donne accès à des valeurs abstraites. Ses composantes et sa portée sont exclusives afin d'éviter toute confusion. Par exemple, le signe de croix manifeste l'appartenance à la communauté chrétienne. Alors, l'on

9) À l'expression classique « crise d'identité » se sont par exemple rajoutés la « recomposition des identités » ou les « identités plurielles ». Certains auteurs parlent ironiquement « d'identités abusives » (Cf. A. GROSSER), tandis que d'autres reprochent carrément une « hystérie identitaire » (Cf. E. DUPIN).

10) Par exemple, le régime du maréchal Pétain enflamma les identités professionnelles en suscitant les ordres de médecins, d'avocats, de sages-femmes ; les éclaireurs, la milice, le compagnonnage, etc. Ces structures étaient censées aider à remettre la France au travail. D'un autre côté, avec la fête des mères notamment, ce régime de Vichy marquait l'identité familiale de chacun. À cette sombre époque, obéissant à leur « identité nationale », les « patriotes » devaient dénoncer ceux qui n'avaient plus ou pas cette identité : Juifs, Tziganes, Noirs, Communistes, Résistants. Aujourd'hui, c'est essentiellement dans le parti politique « Front national » que le concept d'identité française est défendu. Ailleurs, la quête d'une identité religieuse par les musulmans vire quelquefois vers l'intégrisme. De même, l'identité guadeloupéenne, corse, basque, ou bretonne implique parfois des destructions matérielles (par explosion). Enfin, la notion d'identité porte sa part de responsabilité dans les génocides du Rwanda et de l'ex-Yougoslavie. Comme le souligne Catherine HALPERN, « au niveau collectif, les identités favorisent parfois des politiques réifiantes servies par des propos réactionnaires et mortifères ».

hésitera à supposer que le porteur d'un pendentif cruciforme soit un musulman ; il sera probablement un catholique. À cet égard, des sensibilités religieuses contraires ont conduit à diverses tenues pour les infirmières de France. Il y a eu une vision catholique, une vision laïque (franc-maçonne) et une vision protestante du costume. Le recul des religions (et/ou la laïcité) empêche dorénavant de discerner dans un soignant l'adepte d'une religion particulière.

Mais la blouse blanche n'est pas exclusive aux soignants. On la rencontre chez les bouchers, les chimistes, les ingénieurs. Il n'y a donc pas d'exclusivité. De plus, elle ne permet pas une distinction nette entre les ambulanciers et les médecins, voire les infirmiers. L'idée d'une identité (para)médicale souffre par ailleurs de la diversité des tenues des personnels. Il s'avère impossible de s'identifier clairement. Pire, pour des économies, les gestionnaires ont adopté une même tenue pour les hommes et les femmes. On s'oriente même vers un coloris unique des costumes. Pourquoi ? Parce que trop de couleurs obligent à disposer de stocks de rechange dans chacune des couleurs. Enfin, si l'administration n'a pas encore décidé du remplacement d'une tenue détériorée, le soignant doit se résigner. Dans ces conditions, trouver un écho identitaire dans cet uniforme si manifestement subi apparaît douteux.

Pour relativiser l'absence d'exclusivité, l'on pourrait songer aux drapeaux des Etats. Car selon qu'on les dispose dans le sens vertical ou dans le sens horizontal, le bleu/blanc/rouge signifie la France plutôt que les Pays-Bas, et vice versa. En outre, les maillots symbolisant les équipes sportives sont parfois très proches. Aussi peut-il arriver à l'arbitre de demander à l'équipe qui accueille (ou à celle que le tirage au sort désigne) de se trouver des maillots différents. De fait, un symbole commande des attitudes ; notamment le respect. Comme en présence d'une couronne ou d'un sceptre. Si les tenues des hospitaliers visaient un pareil effet, sans doute les directeurs et les cadres administratifs en auraient-ils également.

Conclusion

Les raisons d'existence ou de maintien des tenues hospitalières ne convainquent qu'à peine. Surtout que de solides objections leur sont opposables. En conséquence, un gestionnaire risque de s'imaginer comme étant de son devoir de les remettre en cause. Mais alors, il manifesterait son ignorance des ressorts qui gouvernent les hommes. Car les acteurs du monde de la santé tiennent aux blouses et tuniques-pantalons. Les patients, pour l'identification du bon interlocuteur. Les soignants, parce qu'ils attribuent à ces tenues des potentialités aidant à affronter la souffrance et la maladie. En résumé, l'uniforme hospitalier survit parce qu'il est un élément de la culture

hospitalière. Son éventuelle inutilité objective cède devant son réel poids subjectif. Ainsi, l'on dépasse la vision purement comptable des questions de santé. Car bien des valeurs répugnent à la quantification financière. Tout ne peut se tarifer ; tout ne se monnaie pas. Bref, pendant longtemps encore, les cadres de santé continueront à faire observer l'obligation de la tenue vestimentaire adéquate dans les équipes soignantes.