



**HAL**  
open science

# D'un métier " merveilleux " à la dure réalité de la santé-marchandise. Des infirmières colombiennes pendant et après la tourmente de la pandémie

Pascale Molinier

## ► To cite this version:

Pascale Molinier. D'un métier " merveilleux " à la dure réalité de la santé-marchandise. Des infirmières colombiennes pendant et après la tourmente de la pandémie. 2023. hal-04853242

**HAL Id: hal-04853242**

**<https://hal.science/hal-04853242v1>**

Preprint submitted on 21 Dec 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Pascale Molinier

D'un métier « merveilleux » à la dure réalité de la santé-marchandise. Des infirmières colombiennes pendant et après la tourmente de la pandémie

Cet article présente quelques résultats obtenus dans une enquête réalisée auprès d'infirmières en Colombie à propos de leur vécu de la pandémie de Covid-19<sup>1</sup>. Je suis psychologue et, en tant que telle, je m'intéresse à la souffrance et au plaisir en situation de travail. Je cherche à comprendre comment les infirmières ont fait pour supporter psychiquement les situations de travail extrêmement pénibles auxquelles elles ont été confrontées. Des recherches en psychodynamique du travail nous ont appris que les travailleurs ne restent pas passifs devant la souffrance générée par le travail, ils s'en défendent (Dejours 1993, Molinier 2006). Ces stratégies de défense peuvent être individuelles ou s'adosser sur des règles et des normes partagées, elles requièrent alors une coopération et des accords dans le langage, on parle de stratégie collective ou d'idéologie défensive de métier : ces dispositifs discursifs empêchent de penser ce qui fait souffrir. Ma question principale porte donc sur ces défenses et sur leur efficacité protectrice de la santé mentale, mais aussi sur leur rôle éventuel dans l'inertie en termes de luttes collectives. L'enquête montre en effet des conditions de travail dégradées de longue date, aggravées durant la pandémie. Pourtant il n'existe pas de mouvement social de contestation de ces conditions. Nous verrons que l'article apporte beaucoup d'éléments qui permettent de comprendre les obstacles *objectifs* à la lutte collective. Dans la dernière partie, j'insisterai sur un verrou *subjectif* que je désigne en termes d'idéologie défensive de métier et qui consiste à penser qu'il est merveilleux de se sacrifier pour autrui. Cette idéologie est loin d'être partagée par toutes les infirmières, mais dans la mesure où elle est portée par certaines enseignantes, elle continue de maintenir la fiction « d'un salaire émotionnel » pour le dire dans les termes d'une de mes informatrices, c'est-à-dire d'une gratification du travail par le sacrifice de soi.

### **Méthodologie**

14 entretiens ont été réalisés avec la méthode « boule de neige » à partir de 4 portes d'entrée différentes : Une ONG, une enseignante dans une fondation, une enseignante de la faculté historique d'une université privée, un journaliste. 8 entretiens ont eu lieu en juillet et août 2022, 6 entretiens ont eu lieu en juillet et août 2023. Je me suis entretenue avec 9 infirmières diplômées : une infirmière en chef d'un hôpital privé, une cadre infirmière en service pédiatrique, quatre enseignantes, une

---

<sup>1</sup> Enquête réalisée dans le cadre du programme transnational Whocares.

infirmière de nuit en maternité, une infirmière en santé communautaire, la directrice et propriétaire d'une maison de soin spécialisée en psychiatrie. J'ai également interviewé 4 aides-soignantes : une syndicaliste, une aide-soignante en bloc-nuit dans une clinique privée (faisant fonction d'infirmière), une aide-soignante dans un hôpital de jour psychiatrique, une aide-soignante dans un laboratoire de prélèvements sanguins (faisant fonction d'infirmière). Le 14ème entretien a été réalisé avec une avocate qui est la directrice d'une ONG féministe qui a pris en charge les besoins des soignantes durant la pandémie. Les lieux d'exercice étaient variés : deux grands hôpitaux universitaires privés (ci-dessous désignés comme La fondation et la faculté historique), une clinique chirurgicale, une institution psychiatrique privée, un service municipal de santé communautaire, un autre de santé mentale, un laboratoire de biologie relié à un autre hôpital. Il manque de réaliser des entretiens dans un hôpital public, ce que je n'ai pas encore réussi à faire. De même j'ai eu deux contacts avec des infirmiers qui n'ont pas donné suite. Aussi le panel est-il pour l'instant féminin. L'enquête n'est donc pas tout à fait terminée, mais elle permet toutefois de dégager quelques tendances.

Les entretiens ont eu lieu dans des cafeterias ou pour les infirmières en chef et les enseignantes dans leur bureau. L'entretien s'est réalisé en trois parties : 1) présentation de leur trajectoire ; 2) le vécu de la pandémie ; 3) le récit à ma demande d'une ou deux situations particulièrement marquantes. En 2023, j'ai également demandé si les changements opérés durant la pandémie s'étaient maintenus.

Dans la suite du texte, j'utiliserai infirmières ou soignantes de façon générique pour toutes mes informatrices.

### **Le contexte**

Il y a en Colombie actuellement environ 70 000 infirmières et 280 000 aides-soignantes. La loi 100 de 1993 et la mercantilisation des soins qu'elle a instaurée ont généré une précarisation importante des personnels de soin, toutes catégories confondues. De nombreuses infirmières et aides-soignantes dépendent d'un contrat dit « de prestation de service » inscrit dans un système de sous-traitance qui implique une dérégulation des droits sociaux. Ni heures supplémentaires, ni congés ne sont rémunérés et les prestations sociales, retraite et santé, sont à la charge de la personne. Cela signifie, par exemple, que les arrêts-maladie pour covid, dans de nombreuses situations, ont entraîné une perte de salaire non compensée. L'emploi bien sûr n'est pas garanti. Les salaires des infirmières et des aides-soignantes sont souvent peu élevés. La fourchette varie entre 1, 8 et 4 Millions de pesos colombiens. Avec une moyenne de 2, 2 millions pour une infirmière hospitalière sous contrat (48 heures/semaine et 15 jours de vacances/an). La progression du salaire sur la carrière est quasiment nulle (environ 400 000 pesos). Selon les syndicats professionnels, le salaire devrait être a minima de 3 millions, avec les assurances santé et retraite prises en charge par l'employeur. Les enseignantes que j'ai rencontrées ont des salaires

d'environ 5 millions de pesos (le double que celui de leurs collègues hospitalières) dont elles sont très contentes et d'autant qu'elles ont la garantie de pouvoir « travailler jusqu'à 80 ans » si elles le souhaitent (dans un pays où le système de retraite est défaillant, ceci est considéré comme un privilège). Les aides-soignantes dont le salaire équivaut normalement au salaire minimum (1 million de pesos colombien) est, dans certaines institutions, sensiblement augmenté (1,5 million) pour remplacer les infirmières. Les aides-soignantes que j'ai rencontrées occupent des fonctions assimilables à celles d'une infirmière, par exemple poser un cathéter, servir au bloc, réaliser des prises de sang. Chaque technique maîtrisée fait l'objet d'un certificat de compétences acquis bien sûr en payant la formation qui correspond. Les infirmières en santé publique gagnent mieux : entre 3 et 4 millions mais leur salaire est souvent soumis à un contrat d'objectifs quantitatifs en termes de visites à domicile. Les études initiales sont chères (6 Millions par semestre dans l'hôpital géré par une fondation sociale, 8 Millions dans l'autre hôpital universitaire). Les gens s'endettent, souvent auprès des institutions hospitalières où ils se forment, les plus importantes d'entre elles fonctionnant comme de véritables banques<sup>2</sup>. Pour s'en sortir financièrement de nombreuses personnes travaillent de nuit durant leurs études, réalisent plusieurs tours par jour, ou travaillent dans plusieurs institutions, comme c'est aussi notoirement le cas des médecins. Progresser pour devenir cadre et manager des équipes implique d'entreprendre de nouvelles études (Master en gestion hospitalière, par ex) donc de s'endetter à nouveau. Les infirmières qui ont réalisé un master en sciences administratives et occupent des fonctions hiérarchiques importantes peuvent gagner jusqu'à 10 millions par mois. J'en ai rencontré une qui est passé par ces fonctions durant la pandémie. Un tel niveau de salaire implique une disponibilité permanente et, dans son cas, il était attendu une soumission totale aux décisions de la direction, même quand ces décisions contrevenaient aux équipes, raison pour laquelle elle n'est pas restée à ce poste.

### **Les principaux résultats**

On peut juger que 14 entretiens, c'est peu. Mais, hormis certaines différences frappantes liées au lieu d'exercice, sur les thèmes du flux des patients, des conditions de travail et des transports qui sont évoqués ci-dessous, on arrive très vite à saturation. Dans la plupart des lieux de soin, il a été demandé durant la pandémie aux infirmières de ne pas parler à la presse de ce qui se passait dans les hôpitaux, ainsi un collègue d'une des enseignantes qui travaillait à cette époque en soins intensifs a été licencié sur le champ pour avoir parlé aux médias de la mort de son collègue qu'il avait soigné. Il semble que l'idée générale était de ne pas affoler les populations, en réalité terrifiées comme on va le voir plus loin.

Durant les premiers mois de la pandémie, en 2020, dans les services de soins intensifs, le nombre de patients est doublé par deux et les infirmières qui ont accepté d'y travailler, en espérant être relayées,

---

<sup>2</sup> la formation est moins chère dans les universités publiques, notamment en province.

se sont souvent trouvées prises au piège, aucun collègue ne souhaitant venir les remplacer. Elles ne peuvent pas prendre de vacances, très peu de repos, doublent les tours si besoin. D'autres sont déplacées du jour au lendemain de leur service (par exemple bloc opératoire ou pédiatrie) vers les services de réanimation adulte, elles apprennent sur le tas, la peur au ventre.

Selon les lieux, les protections contre la contamination sont plus ou moins nombreuses et de bonne qualité. Elles sont aussi distribuées de façon inégalitaire en fonction de la profession exercée. Ainsi la syndicaliste a eu connaissance d'aides-soignantes obligées de se bricoler des protections avec des sacs poubelles, une des enseignantes d'un hôpital universitaire raconte que les femmes de ménage n'avaient droit qu'à des masques en tissu inutiles. Un conflit opposa aussi les hôpitaux aux ARL (administrateurs des risques du travail), officines privées qui sont censées prendre en charge les coûts de la biosécurité. Selon mon informatrice syndicaliste, les administrateurs des risques du travail ont commencé à livrer l'équipement, mais de manière incomplète, si quelqu'un recevait un masque, il ne recevait pas de blouse. Ou bien les masques étaient de mauvaise qualité et insuffisants. L'aide-soignante en psychiatrie pour sa part devait acheter ses masques elle-même.

Une fois les protections mises, on ne pouvait plus les retirer sans les jeter, aussi les besoins physiologiques étaient étroitement contrôlés, même dans l'hôpital de la fondation où les différentes informatrices s'accordent à penser qu'elles ont eu tout ce dont elles avaient besoin, l'une d'elles se souvient néanmoins que les bouteilles d'eau étaient rationnées, une pratique largement répandue. Ne pas boire, pour ne pas uriner. La pratique de porter des protections urinaires dans certains secteurs intensifs semble avoir été assez répandue. Bien sûr dans ce contexte, dès qu'il fait chaud, le travail devient encore plus difficile.

Dans les premiers mois, les patients meurent en masse, les soignantes ont peur de contaminer leurs proches, certaines constatent des désertions, des gens qui n'ont plus le courage de venir travailler, notamment ceux dont les proches ont été très malades. Des collègues décèdent. L'une d'entre elles parle de ce qui sera le grand mode de communication entre soignants à partir de cette période, l'usage de la liste whatsapp. Elle se décrit chez elle, par exemple au repos, et voyant surgir de façon répétée sur son téléphone l'annonce du décès d'un de ses collègues. Elle pleure. « Je suis trop sensible » s'excuse-t-elle. Les infirmières qui travaillent en maternité mentionnent la tristesse de devoir renoncer à la participation du père durant l'accouchement, alors que cette participation est un acquis plutôt récent. L'isolement des patients qui accouchent seuls ou meurent seuls est maintes fois souligné. Ou encore la douleur de voir les familles privées de leur proche qu'elles ne reverront plus, tandis que celui-ci s'enfonce dans le coma artificiel. D'autres racontent la souffrance éthique liée au tri des patients, l'une d'entre elles raconte comment elle est intervenue auprès d'un médecin qu'elle connaissait pour

pistonner un ami d'une cinquantaine d'année qui risquait de ne pas être prioritaire dans les soins. Choisi pour être soigné, il s'en est sorti. Elle reconnaît que c'est injuste vis-à-vis d'autres et cela la dérange. Elle ne pensait pas qu'elle serait aussi émue de me le raconter. Mais pouvait-elle faire moins ?

Presque toutes les informatrices ont eu le Covid au moins une fois, souvent deux. Je n'ai constaté aucun refus de vaccination parmi les informatrices, ni aucune plainte concernant une quelconque difficulté pour obtenir les vaccins. En revanche, dans les quartiers populaires, le travail de tester la population s'est avéré à hauts risques. Il faut monter et démonter soi-même la tente, ce qui est épuisant, surveiller le matériel qui peut être volé par les personnes qui vivent à la rue, travailler sous la pluie, le soleil ou le vent, organiser la file d'attente tout en se faisant insulter par le public. En effet, les rumeurs complotistes vont bon train et certains pensent que les infirmières veulent leur inculquer la maladie en leur enfonçant l'écouvillon dans le nez. Par ailleurs, il est très difficile d'éduquer les gens à maintenir une distanciation sociale avec leurs proches. L'infirmière de santé publique qui m'en parle le comprend car elle-même a attrapé le Covid non pas dans l'exercice de son travail, mais durant la fête de Noël en famille. Plus largement les infirmières font l'objet d'une cabale dans les transports en commun. L'habitude veut que les soignantes se déplacent en uniforme, ce qui les rend très aisément identifiables. Les gens refusent qu'elles montent dans les bus, les insultent et les menacent physiquement. « Mais dans quel pays sommes-nous, me dit l'une d'entre elles, où l'on s'en prend à ceux qui soignent les autres et risquent leur vie pour eux ? ». La violence de ces réactions suggère un niveau de peur particulièrement élevé et un manque de confiance dans le système de soins. Des ONG et certaines institutions ont offert des taxis (très appréciés car offrant un temps de repos salutaire) ou ont mis en place des transports en commun avec plus ou moins de succès car l'arrêt peut être loin du domicile. L'infirmière qui m'en parle reconnaît que cela partait d'une bonne intention de la part de la direction de l'hôpital mais qu'il aurait fallu demander auparavant au personnel quels étaient réellement ses besoins (par exemple, marcher seule dans la nuit pour aller à un arrêt peu fréquenté est dangereux). Est-il besoin de souligner que cette période est marquée pour toutes par un intense épuisement émotionnel. Il est impossible de prendre le temps de manger, de se reposer, ou bien on est éloigné de sa famille en dormant à l'hôtel, ce qui rajoute du stress. De plus l'utilisation d'hôtels à proximité du lieu de travail s'est avérée souvent une fausse bonne idée pour des femmes qui ont des enfants. Dans la clinique privée psychiatrique, la directrice a recruté des Vénézuéliennes par cycles de 4 mois qui dormaient à l'intérieur de la clinique. La directrice de l'ONG raconte que les femmes auxquelles l'ONG a apporté un soutien dans différentes villes, des aides-soignantes pour la plupart, décrivent des journées qui commencent à 3 heures du matin et se terminent à 11 heures du soir, car en plus de leur travail salarié, elles préparent à manger pour toute leur famille, y compris des fils adultes confinés. Une des actions mises en place – et qui a été très appréciée d'après une de mes informatrices

– consistait en des ateliers de self-care où l’animatrice demandait aux participantes de faire au moins une chose pour elles dans la journée. Il s’agissait de les aider à prendre conscience du fait qu’elles s’occupaient des autres mais jamais d’elles-mêmes.

Il n’a jamais été prévu de laver les uniformes à l’hôpital (sauf les blouses des médecins me fait remarquer l’une d’entre elle). Il n’y a pas les machines pour le faire, ni les douches et non plus les casiers fermés à clé pour ranger les affaires personnelles. Les infirmières lavent leur linge chez elles (pas avec celui de la famille, précisent-elles). Depuis, les choses n’ont pas évolué concernant l’hygiène des uniformes, mais il semble d’après certaines informatrices que les infirmières soient nombreuses à circuler en vélo ou en moto, ce qui leur évite les transports publics. Une des cadres infirmières insiste beaucoup sur le fait que les médecins avaient des douches, des lieux pour se changer et se reposer, ce qui marque une différence de classe, qui s’était malgré tout estompée du point de vue relationnel durant la pandémie pour donner lieu à plus d’égalité, ce qui ne s’est pas maintenu ensuite.

**Mauvais salaire, mauvaises conditions de travail, mauvais traitements, comment les infirmières ont-elles supporté cette situation ?**

Je distinguerai plusieurs discours, parmi lesquels il faut faire une place à part au discours des enseignantes de la Fondation. On notera qu’elles ne sont pas en première ligne des soins mais en charge d’éduquer celles et ceux qui le sont. D’autres infirmières se contentent d’aligner des adjectifs qui expriment la difficulté : c’était dur, c’était vraiment très dur, c’était vraiment fatigant, j’en avais marre, je n’en pouvais plus, sans la moindre trace des processus d’idéalisation ou de servilisme enchanté que je vais analyser plus loin.

Les stratégies discursives de ces infirmières enseignantes se caractérisent par une exaltation de l’amour et une apologie du don de soi associé à des formulations d’humilité. Celles-ci sont caractéristiques d’une société encore fortement marquée par les structures sociales coloniales et s’entend dans l’usage récurrent de formules diminutives. On demandera par exemple un petit café (*un cafecito*) plutôt qu’un café. C’est la règle pour qui demande l’aumône : donnez-moi un petit pain (*un pancito*) ou une petite monnaie (*una monedita*). Ces formulations diminutives entretiennent l’idée qu’on (surtout les pauvres) n’a pas besoin de beaucoup et que l’on doit se contenter de peu, voire qu’il serait disproportionné de donner plus et que c’est déjà une grande faveur d’obtenir ce peu. Voici un passage d’entretien particulièrement révélateur où une enseignante parle de ses pratiques de charité individuelles :

par exemple, mon mari a un bon cœur il dit bon, au moment de Noël et de la pandémie, il a dit allons acheter cinq poulets rôtis avec des pommes de terre et du soda, Nous en avons pris cinq dans la voiture et nous sommes partis. Nous avons trouvé une famille, je suis sortie et je leur ai dit (...) de passer un joyeux Noël avec leur famille et nous leur avons donné leur petit poulet

(*pollito*) et leur soda, puis nous leur avons dit au revoir. Nous ne donnons pas de jouets ni de vêtements d'occasion, non, je pense que si vous me donnez un hamburger et un soda, je suis heureuse, alors nous donnons un petit repas (*comidita*) aux gens, nous leur donnons leur petit poulet (*pollito*), leurs petites pommes de terre (*patitas*) et des petites choses (*cositas*).

Cette forme diminutive – la même informatrice parlera de sa petite maison (*casita*) dans un quartier agréable – est associée à l'expression d'une gratitude exagérée envers les patrons de la Fondation dont l'apport est jugé avec une certaine emphase « grand » (*grandioso*) quand il est juste normal : fournir le matériel pour travailler en sécurité, n'avoir licencié personne durant la pandémie et conservé les niveaux de salaire, par exemple. Bien sûr dans beaucoup d'institutions, ce ne fut pas le cas et dans certaines institutions les retards de salaires sont fréquents (voir plus loin). In the following extract from the same person, we hear both the diminutive when it comes to employees and the exaggeration of benefits when it comes to bosses.

Qu'est-ce que j'ai trouvé de bien dans ma (Fondation), que j'adore ? Je l'ai déjà dit plusieurs fois, ils ont gardé tous nos emplois, ils n'ont mis personne dehors, tout le monde a continué à travailler dans *sa petite maison*, *son petit salaire* est arrivé, le 15 et le 30, ses avantages, sa santé, en d'autres termes, personne n'a été suspendu. Je pense que ces gens, les propriétaires de (...) sont absolument magnifiques et divins et ils travaillent beaucoup sur la partie humanité et ils n'ont renvoyé personne, personne, et cela a été respecté, c'est une grande et merveilleuse chose, aucun contrat n'a été annulé, aucun contrat n'a été modifié ou quoi que ce soit, tout cela a été préservé et c'est une grande chose à propos de cette institution (souligné par moi).

Ces manières de dire peuvent être ou non associées à des références catholiques explicites, cette même informatrice pense qu'elle n'est pas tombée malade durant la pandémie grâce au strict respect de la biosécurité mais aussi parce que « son » Dieu la regardait avec de beaux yeux (*pienso que soy una afortunada en todo, todos los días digo que mi Dios nos mira con unos ojos muy lindos*). Ces façons de dire qui accentuent le rôle positif des patrons et minimise les besoins des salariés relèvent surtout d'une euphémisation des rapports sociaux de domination et d'une manière plus générale d'un enjolivement de la réalité. Dans cette stratégie discursive, des termes comme beau, merveilleux, joli (*hermoso, maravilloso, lindo*) reviennent sans cesse associé à une exaltation de l'amour. En voici un autre exemple, chez une infirmière enseignante bien plus progressiste et qui pour sa part ne fait aucune référence à Dieu :

Quel a été votre parcours professionnel avant votre poste actuel ? Votre formation et l'endroit où vous avez obtenu votre diplôme...

Tout d'abord, je voudrais dire que je suis mère de trois beaux enfants et grand-mère d'un beau petit-fils et que je suis veuve de l'homme que j'aimais énormément et qui m'a quittée prématurément. Un fait important de ma vie, je suis née dans une très jolie petite ville de Colombie appelée Armero - Tolima, qui a été emportée par une avalanche en 1985. J'ai grandi à la campagne dans les régions de Cundinamarca et de



Tolima, puis je suis venue à Bogotá pour étudier chez les sœurs béthélites. J'ai ensuite étudié à la Pontificia Universidad Javeriana, j'ai obtenu mon diplôme et je suis allée faire mon travail rural à Barrancabermeja - Santander, dans un hôpital de troisième niveau, dans une région où la violence était très forte. Puis je suis arrivée à Bogota, dans une zone rouge, pour une année difficile, 6 mois, mais j'ai tenu un an et c'était dur.

La stratégie narrative de cette informatrice consiste à accentuer les dimensions positives dans une tension avec des événements dramatiques, ce qui a pour effet de leur euphémiser, même si à la fin elle rejoint le discours objectif de la plupart des informantes : c'était dur. Cette stratégie d'enjolivement (la beauté des enfants, la beauté du village, le grand amour) est présente ici pour atténuer les traumatismes successifs : l'avalanche d'Armero (35 000 morts), le veuvage précoce, la guerre civile qui faisait rage à Barrancabermeja. D'une manière générale, cette informatrice utilise 9 fois l'adjectif *maravilloso* (merveilleux) et 4 fois le mot amour dans un entretien de 3458 mots. Dans cet univers enchanté, l'amour est la force motrice du travail :

Je pense que c'est beau (*hermoso*) de prendre des étudiants, pourquoi ? Les étudiants n'ont pas perdu leur sensibilité, ils n'ont pas perdu leur humanisation, ils n'ont pas perdu leurs valeurs, les grandes valeurs des étudiants. Que se passe-t-il ? Lorsque vous prenez les étudiants, ils partent avec ce grand amour au service des autres (...).

Elle fait ensuite référence à l'accompagnement d'un adolescent leucémique dans un quartier très déshérité :

parce que cela vous pousse à aller à San Cristóbal del Sur avec votre partenaire et à lui apporter de la nourriture, c'est quelque chose qui remplit votre âme et je pense que c'est ainsi que les soins devraient être et qu'il faut avoir un dévouement total pour donner aux autres le meilleur, n'est-ce pas ? pour leur donner le meilleur, quand vous prenez soin de leur santé. Je pense donc que la profession d'infirmière est merveilleuse (*maravillosa*) parce qu'elle apporte des connaissances, mais aussi l'essence, l'essence des soins, du dévouement, de l'amour, de la persévérance, oui ? Nous, les infirmiers, avons tout cela.

On peut porter sur ce discours un double regard politique et psychologique. D'un point de vue politique il est assurément de droite. L'enseignante qui recourt le plus à ce type de discours est celle qui n'a « pas besoin de son salaire pour payer ses factures » grâce à un mari médecin dont la spécialité rapporte bien (le bon type avec ses petits poulets). C'est aussi celle qui sera la plus émue durant l'entretien, enseignante depuis peu et pleurant sur ses collègues décédés d'un hôpital privé qui a payé un lourd tribut. D'un point de vue psychologique, ce discours enchanté fonctionne comme une idéologie défensive qui oppose un déni à la réalité des injustices sociales, du malheur, ainsi qu'à ce sentiment d'impuissance exprimé par des infirmières moins défensives mais beaucoup plus en colère et parmi lesquelles on trouve aussi des enseignantes.

Ce discours enchanté n'est pas majoritaire dans les entretiens, loin de là. Cependant, d'autres infirmières y font allusion, notamment celles qui sont syndiquées à gauche, pour le critiquer de façon

acerbe. Elles le résument à la formule « *Gracias a Dios* », un mantra qui selon elles ferait obstacle à la mobilisation et justifierait de tout accepter comme étant « merveilleux ».

Deux informatrices, interrogées sur ce thème, m'ont fait part de leur propre interprétation de ce servilisme enchanté. Elles auraient voulu faire médecine et ont échoué. Cependant elles ont un Master et occupent justement des positions non soumises (l'une a démissionné d'un poste pour désaccord avec la direction), en même temps qu'elles sont parmi les plus conscientes des inégalités de classe et de la subordination aux médecins. Ce que leur point de vue suggère est qu'être infirmière pourrait être dévalorisé par une partie des infirmières elles-mêmes. Infirmière ne serait qu'un pis-aller.

Je voulais la médecine et je n'ai pas réussi, alors et on fait des tentatives, deux tentatives et je n'ai pas réussi alors je reste ici et c'est peut-être pour ça qu'on ne fait pas ces analyses. Et la deuxième raison, qui est peut-être plus inconsciente, mais je dirais peut-être oui, c'est que tout au long de votre carrière, vous êtes encouragé à être altruiste d'une mauvaise, mauvaise, mauvaise manière. En d'autres termes, la charité, toute personne qui pense à elle-même est égoïste.

Le discours enchanté est absent dans les entretiens réalisés avec des infirmières de terrain qui ont trouvé « dur » la période de la pandémie et sont « dégoûtées » (*aburridas*). En fait, je pense qu'il ne résiste pas à la confrontation avec la réalité du soin doublement dégradé par le mercantilisme de la santé et par l'urgence pandémique. Ceci pose la question de savoir comment les gens se sont défendus mentalement de la souffrance générée par les situations éthiques de tri en soins intensifs, par la peur de tomber malade et de contaminer ses proches, par l'impuissance devant les décès en masse. Je ne peux pas entièrement répondre à cette question. Cependant plusieurs informatrices font référence à des formes d'activisme où les gens ont travaillé sans relâche jusqu'à l'épuisement et jusqu'au désespoir parfois, elles parlent de personnes qui ont craqué, manqué de se suicider car elles n'en pouvaient plus de voir « mourir et mourir » les gens. Cet activisme, dans certains cas, qui ne semblent pas anecdotiques, se serait poursuivi même en l'absence de salaire et donc jusqu'à l'effondrement.

Mais ce que j'ai vu, ce sont des gens qui étaient tellement engagés qu'ils ne pouvaient plus s'arrêter, par exemple dans les hôpitaux publics de M., pas seulement des professionnels mais aussi des techniciens, j'en connais beaucoup, ils doubleraient leurs horaires, ils les doubleraient, vous vous rendez compte ? Oui, pour vous dire qu'il y avait des gens dans la pandémie qui ne recevaient pas de salaires et qui allaient travailler et qui faisaient leurs heures, et on se dit que oui, ils continuaient à travailler, ils continuaient, mais il n'y avait pas d'argent pour les payer, n'est-ce pas ? Donc on se dit que c'est incroyable.

Ces personnes ont-elles puisé leur force dans le discours qui « encourage à être altruiste d'une mauvaise, mauvaise, mauvaise manière. En d'autres termes, la charité, toute personne qui pense à elle-même est égoïste » ? Ou bien ces conduites dépassent-elles le niveau de l'idéologie ? Confrontées à l'afflux des patients, aux multiples visages de la tragédie, ces personnes n'ont-elles pu se désengager ? Ont-elles agi jusqu'à l'effondrement parce que confrontées à leur responsabilité, elles n'ont pas pu *ne*

*pas* ? Car toute démission aurait été vécue de leur part comme un échec éthique personnel ? Cette responsabilité était-elle vis-à-vis des patients ? des collègues ? Était-il possible de réaliser son travail sans mobiliser la corde du masochisme comme défense pour tenir ? Combien se sont durablement déprimés ? Ont changé de métier ?

Certains sont partis, trop terrifiés pour travailler. D'autres se sont épuisés au travail. Si le sentiment d'impuissance est très fréquemment exprimé dans les entretiens, il laisse parfois place à celui de l'utilité qui donne sens au travail. C'est particulièrement le cas dans le récit de la cadre infirmière en pédiatrie qui a reçu des enfants venant de communautés amérindiennes lointaines où il n'existait pas la possibilité de les soigner. Il a fallu alors inventer des alliances inédites entre l'accompagnant de l'enfant, qui n'était pas forcément un parent, mais toujours un représentant de la communauté parlant des bribes d'espagnol. Il a fallu apprendre à travailler avec le mamó, autorité religieuse de la communauté également guérisseur, et accepter de faire rentrer en soins intensifs les feuillages et autres matières naturelles qui vont servir au rite traditionnel, accepter parfois d'installer les éléments pour ce rite autour de l'enfant avec le mamó en visioconférence. Il fallut tisser tout un réseau avec des mamó, des traducteurs, mais aussi des capitaines de bateau et des pilotes de petits avions. Ici l'impuissance s'efface au profit d'une vraie réflexion sur le soin et ses dimensions relationnelles. Qu'est-ce qui soigne ? Quelle médecine occidentale associée à quel savoir ancestral ? Quelle construction de liens inimaginables entre l'ici et l'ailleurs, entre les gens concernés par le même enfant ?

### **Conclusion**

Les entretiens laissent apparaître une diversité de positionnements dont certains paraissent encore très proches de ce qu'Edilma Suarez Castro a décrit dans son livre important *El jardín de rosas: la formación universitaria en enfermería en Bogotá, 1950-1970*<sup>3</sup>. La profession infirmière, en Colombie, a suivi durant son développement au XX<sup>ème</sup> siècle le modèle nord-américain – la Fondation Rockefeller était très investie – en recherchant des femmes de la bourgeoisie, de bonnes catholiques qui correspondaient à l'imaginaire de la blancheur et servaient la prophylaxie capitaliste. La relation entre LA femme bien éduquée et le soin était exaltée, autorisant qu'un haut niveau de formation soit associé avec une subordination totale aux médecins et de bas salaires. Pour des filles de milieux privilégiés, la rétribution du travail était moins économique que spirituelle, liée à l'amour du prochain. Quelques soixante-dix ans plus tard, les femmes des milieux privilégiés se destinent plutôt à la médecine ou à d'autres métiers très qualifiés, les infirmières sont déclassées, toujours aussi mal payées, et l'idéologie

---

<sup>3</sup> Edilma Suárez Castro. *El jardín de rosas: la formación universitaria en enfermería en Bogotá, 1950-1970*. Bogotá, [Editorial Pontificia Universidad Javeriana](#), 2021.

de l'amour comme expression supérieure de la féminité s'est maintenue avec toutes les caractéristiques d'une idéologie défensive de métier qui exalte le « salaire émotionnel ». « Nous les infirmières, avons tout ça ».

Dans ce contexte, il est difficile de penser l'éthique et le travail du care au sens où nous les avons théorisés dans le cadre français des études de care. En effet, l'éthique du care reste, explicitement ou de façon plus clandestine, associée à l'éthique catholique de droite empêtrée dans ses valeurs coloniales, ce qui fait obstacle à la possibilité de penser le care comme un travail et non comme une vertu individuelle. Le care n'est pas un *petit cadeau* adressé à plus malheureux ou nécessiteux que soi. En ne pensant pas les soins infirmiers dans les catégories de travail, les infirmières colombiennes se privent des catégories pour penser l'exploitation, mais aussi de celles qui permettent une juste reconnaissance des efforts et des savoir-faire mobilisés. C'est se priver de tous les outils conceptuels qui permettent de capter dans une grille d'analyse les conditions organisationnelles et collectives de l'attention à autrui. C'est enfin confondre défense (hyperactivité et abnégation) et désir (prendre soin). On retrouve ici l'opposition proposée par Carol Gilligan entre éthique féminine du care (féminine et masochiste) et éthique féministe du care (ouverte aux transformations collectives et sociales).

Pourtant, un certain nombre de mes informantes sont particulièrement conscientes qu'il ne suffit pas d'aimer les patients ou de compatir à leur sort. Elles savent que le soin implique un travail complexe, notamment pour comprendre la position sociale, culturelle et subjective de l'autre afin de s'y ajuster. C'est le cas en particulier de la cadre infirmière qui a coopéré avec les *mamo*, ou celle de l'infirmière en santé publique qui s'interroge sur l'éducation à la santé dans les quartiers populaires.

La profession infirmière en Colombie est donc divisée, tiraillée entre deux modèles, un modèle vocationnel qui n'est plus vraiment en phase avec les réalités du métier et un modèle professionnel qui se cherche encore. La parole sur la pandémie et son impact sur le système de soin ayant été muselée, cette censure n'a pas permis que ce débat émerge. L'absence d'issue pour cette conflictualité qui est peu ou pas discutée se traduit par des stratégies individuelles. Les infirmières colombiennes migrent, en Espagne notamment, ou elles rêvent de le faire. Les enseignantes sont également conscientes qu'elles forment des candidats à la migration. J'espère que cet article, modestement, aide à ouvrir ce débat.