

Amma
contacts

Nos indispensables infirmières



Interview : Joëlle Durbecq et Laurence Hody
La Reine Victoria

Bulletin bimestriel de l'association
des médecins Alumni de
l'Université catholique de Louvain

P901109
Bureau de dépôt Charleroi X

93 novembre - décembre 2015





Les interviews de l'AMA-UCL

Nos infirmières et leur travail

Joëlle Durbecq, directrice du département infirmier à Saint-Luc

Laurence Hody, infirmière-chef en chirurgie cardiaque à Saint-Luc

Cette interview montre l'importance de l'infirmière dans un service médical. Elle doit être un contact indispensable entre les malades, leurs proches et les médecins.

J'ai eu pas mal d'hospitalisations et je me suis rendu compte, non seulement de l'importance de leur présence, mais aussi de leur efficacité et de leurs conseils dans le domaine médical. Je n'ai jamais eu de remarques, sauf parfois lorsqu'elles parlent entre elles de leurs vacances, devant le malade qui a d'autres problèmes.

(Note de L.H. : Nous ne pouvons que déplorer ce genre d'attitude tout en reconnaissant également que celle-ci n'est pas propre à la fonction infirmière, mais concerne tout métier de l'hôpital en contact avec le patient, nous avons tous, infirmière, aide-soignante, kiné, technicien, médecin, etc... à faire preuve de professionnalisme et d'empathie vis-à-vis des patients et de leurs proches, les conversations privées entre deux collègues ou via gsm sont donc tout à fait inadéquates.)

Ama contacts

N° 93 novembre - décembre 2015

SOMMAIRE

- 2 Les interviews de l'AMA-UCL :
Joëlle Durbecq et Laurence Hody**
- 8 La femme prend sa place : La
Reine Victoria (1819-1901)
René Krémer**
- 15 Souvenirs et anecdotes :
Souvenir des relations avec
les étudiants**

René Krémer : Quand vous arrivez à l'hôpital, vous présente-t-on aux médecins?

Laurence Hody : En tant qu'infirmières-chefs, nous sommes présentées bien entendu aux professeurs et aux médecins du service qui nous est attribué. Pour les nouvelles infirmières, cela se réalise plus aléatoirement, mais nous tentons de le faire. Dans l'autre sens, il n'y a pas nécessairement une présentation formelle de tous les nouveaux médecins qui arrivent, mais ce que je regrette le plus, c'est le manque de réunion plénière (médecins, infirmière-chef à minima, les membres de l'équipe pluridisciplinaire) une à deux fois par an pour présenter les projets de service, les développements qui impliqueront tous les métiers, les problèmes de service et les objectifs vers lesquels nous devons tendre ensemble.

R.K. : J'aurais voulu savoir qu'elles sont les techniques que vous pouvez pratiquer, c'est probablement différent suivant le service.

L.H. : Le fait d'avoir reçu la formation théorique et pratique pendant trois ans d'étude ne permet pas de garantir que l'infirmière sera capable d'effectuer seule tous les actes. Des techniques particulières posent parfois des problèmes: la gestion des drains thoraciques, la manipulation des Port-a-cath (dispositif permettant une voie veineuse centrale permanente pour les traitements injectables ambulatoires à longue durée), les soins aux patients trachéotomisés, le placement d'une sonde gastrique ou vésicale, la manipulation des cathéters spécifiques comme le Picc-Line (cathéter central inséré par voie périphérique, forme d'accès par voie intraveineuse qui peut être utilisé pour une période de temps prolongée)

COMITÉ DE RÉDACTION :

Martin Buyschaert, René Krémer, Dominique Lamy, Dominique Pestiaux, Christine Reynaert et Jean-Louis Scholtes

ÉDITEUR RESPONSABLE :

René Krémer
Rue W. Ernst 11/17 - 6000 Charleroi

COORDINATION DE L'ÉDITION :

Coralie Gennuso

ADRESSE DE CONTACT :

AMA-UCL
Tour Vésale, niveau 0
Avenue E. Mounier 52, Bte B1.52.15
1200 Bruxelles
Tél. 02/764 52 71 - Fax 02/764 52 78
secretariat-ama@uclouvain.be
<http://sites-final.uclouvain.be/ama-ucl/>

Les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

Nous appliquons la nouvelle orthographe, grâce au logiciel Recto-Verso développé par les linguistes informaticiens du Centre de traitement automatique du langage de l'UCL (CENTAL).

GRAPHISME :

A.M. Couvreur

COUVERTURE : © Top HD Gallery

Il est possible qu'au terme de sa formation, lors de ses stages, elle n'ait jamais pu pratiquer une de ces techniques spécifiques. Par ailleurs, elle peut avoir perdu l'expérience de certaines techniques.

Une formation permanente est capitale pour maintenir les compétences ou les mettre à jour. Les congrès et la formation externe à l'initiative de l'infirmière sont également des garants qualitatifs et personnels, tout en sachant qu'actuellement, en Wallonie en particulier, le budget est très limité. À Saint-Luc, c'est 50€/an par infirmière. Un congrès à l'étranger ou une formation plus poussée est entièrement à charge de l'intéressée.

Joëlle Durbecq : La formation continuée est un axe essentiel. Aux cliniques, nous avons beaucoup de chance parce que nous avons de nombreux experts en interne : on peut déjà beaucoup apprendre rien qu'avec les programmes offerts en interne et là, chaque soignant peut en bénéficier largement, sans qu'il ne doive déboursier quoique ce soit. Des formations pratiques, des conférences, des staffs reprenant le déroulement hospitalier d'un patient et ses éventuelles complications aident les infirmières à développer leur niveau d'expertise. Des formations théoriques sur divers thèmes (travail en équipe, la gestion du stress, des cours de langue...) permettent d'élargir ses connaissances bien au-delà de l'approche technique du soin.

R.K. : Pouvez-vous prendre l'initiative d'un traitement urgent, par exemple un massage cardiaque ou une intubation ?

L.H. : Un massage oui, une intubation non. L'intubation ne peut être faite que par un médecin anesthésiste : à l'hôpital, ils sont toujours proches. En attendant, un massage et une ventilation correcte permettent de gagner du temps.

En présence d'une anomalie, l'infirmière doit prévenir le médecin, en expliquant les raisons de ses interventions ou la non-administration de médicaments prescrites et noter sa démarche dans le dossier infirmier. Des exemples :

- Patient sous Emconcor avec bradycardie à 40 pulsations/minute, elle ne doit pas donner le médicament prescrit.
- Patient en insuffisance rénale aigue alors que le traitement initial était de deux fraxiparine 0.8 par jour, il doit être adapté pour éviter un surdosage.
- Patient sous traitement anticoagulant au Sintrom avec un INR à 7, elle ne peut bien entendu pas donner de dose même si elle est prescrite sur base de résultats précédents et doit prévenir immédiatement le médecin, etc.

Outre l'éducation au patient, les pansements, les soins de base, les infirmières ont également de nombreuses tâches méconnues du grand public. Je répéterai ici une phrase de Miguel Lardennois : « Une bonne infirmière est celle qui appelle le médecin avant qu'il ne soit trop tard. » Autrement dit, le jugement clinique infirmier est essentiel à une bonne pratique. À partir de différents signes d'appels, l'infirmière doit pouvoir se rendre compte que quelque chose ne va pas. Elle peut prendre des initiatives, par exemple relever des paramètres plus souvent que prévus, pour pouvoir appeler le médecin avec des éléments pertinents, pour qu'il réagisse relativement vite. En cas d'urgence vitale, en attendant l'arrivée du médecin, elle peut déjà par exemple mettre de l'oxygène ou une perfusion s'il n'y a pas de voie d'entrée.

L'infirmière peut lire l'ECG et récolter toute information utile (tension artérielle, état clinique), mais elle ne peut poser un diagnostic. Elle doit en référer au médecin si quelque chose l'interpelle. Exemple : Si le cœur est irrégulier, elle demandera un ECG, pour confirmer la nature d'une arythmie, une fibrillation auriculaire ou autre. Le diagnostic et le traitement devront être confiés au médecin.

J.D. : Les infirmières spécialisées en urgence (SIAMU) font un an en plus après les trois années de base. Cependant, le massage cardiaque, toutes les infirmières doivent pouvoir le faire. Est-ce que tout le monde maîtrise la technique ? C'est une autre question. Nous avons mis en place une formation interne certifiante : chaque infirmière doit pouvoir démontrer sur mannequin et devant un instructeur qu'elle sait réanimer. Nous élargissons cette formation aux autres membres des cliniques. Dans notre mission à la société en tant qu'hôpital universitaire, nous avons la volonté que nos 5000 travailleurs puissent acquérir cette expertise qui leur sera peut-être utile en dehors de leur travail. Tous les hôpitaux n'ont pas les moyens ou les besoins de développer une telle formation. C'est donc très variable.

R.K. : Comment faites-vous la ventilation externe ; buccale, peu plaisante, surtout chez des fumeurs, ou avec un appareil spécial ?

L.H. : Au sein de l'unité, nous disposons de masque et de ballon pour ventiler correctement le patient, l'oxygène est directement disponible, ce sont des conditions plus confortables que lorsque nous sommes dans un couloir éloigné du service ou à l'extérieur de l'hôpital.

R.K. : C'est vous qui voyez tout le temps le malade. La prise de sang veineuse est évidente, mais la ponction artérielle ?

J.D. : Elle est réservée aux infirmières SIAMU travaillant aux soins intensifs ou aux urgences.

R.K. : Interrogez-vous les malades ? Cet interrogatoire est-il différent de celui des médecins : plus de détails, notamment donnés par les parents ou des données secrètes ou délicates pas toujours avouées au médecin. Avez-vous des dossiers différents de ceux des médecins ?

L.H. : Il y a un document spécifique qui s'appelle l'anamnèse infirmière. C'est une exigence fédérale légale, libre d'accès au médecin. C'est un document papier jusqu'à présent. Les médecins utilisent parfois nos documents pour encoder les traitements, cela ne devrait pas se faire, car l'anamnèse médicale est différente et essentielle à la sécurité des soins au patient. Nous pouvons consulter les données biologiques du patient ainsi que d'autres données médicales dans l'ordinateur, car en fonction des éléments que cela nous apporte, la surveillance du malade peut être différente. Par exemple, si la créatinine d'un patient augmente, nous devons surveiller la diurèse, le poids, la tension. Ce sont des initiatives basées sur les données biologiques du patient.

R.K. : C'est plus que normal. Ce qui m'étonne toujours, c'est la rapidité actuelle de l'examen clinique.

L.H. : Depuis quelques années, nous constatons effectivement la différence. Nous avons été formés avec des médecins qui auscultaient et nous apprenaient des tas de choses. L'auscultation clinique se perd de nos jours, le manque de temps, la multiplication des tâches et peut-être aussi un changement dans l'approche médicale peuvent sans doute expliquer cela. Parfois, nous leur suggérons : « Tu ne poserais pas ton stéthoscope ? ».

R.K. : Ils pourraient répondre : « C'est vrai, je pourrais faire un traitement plus précis, mieux choisir les examens techniques ou m'en passer, et dépenser ainsi moins d'argent et apprendre des choses aux infirmières... (1)

L.H. : C'est en effet un plaisir de faire un tour de salle avec un médecin de la vieille école. Les meilleurs assistants que j'ai connus, en dix ans de chirurgie cardiaque, étaient très complets et très cliniques envers les patients et prenaient le temps d'informer, mais par contre n'étaient pas toujours considérés comme de très bons élèves par leur hiérarchie, parce qu'ils ne publiaient pas assez. Les journées ne font que 24h...

R.K. : Un problème que vous devez avoir : si vous recevez une confiance des patients ou de leurs proches,

quand estimez-vous utile d'en parler au médecin ?

L.H./J.D. : À chaque moment où il y a un problème sur les soins du patient, avec sa maladie, un rapport avec sa sortie ou s'il nous avoue par exemple qu'il consomme de la drogue, je le signale au médecin, parce que cela peut avoir des applications au niveau douleur et un risque de sevrage. Et s'il me dit qu'il fume, je le sensibilise d'abord en lui disant qu'il menace sa santé. Il y a peu de médecins qui s'occupent de cela, aujourd'hui. C'est surtout le domaine de l'infirmière, car nous nous occupons de l'éducation à la santé et à la prévention. J'ai l'impression que les médecins n'ont plus ce temps ou cette sensibilité. Nous allons par exemple lui dire que son malade fume deux paquets par jour et lui demander si nous pouvons lui donner un traitement substitutif.

R.K. : Il y a peut-être des confidences ou des questions plus limites. Faut-il les dire aux médecins ?

L.H. : Il faut dire d'abord au malade : « Pourquoi n'avez-vous pas expliqué cela quand le médecin était là ? » Nous sommes parfois dans des situations difficiles. Je me souviens en hématologie d'un malade qui est resté toute la nuit dans le bureau en nous disant : « Le docteur ne nous dit pas la vérité : j'en ai marre ! » Il s'est mis en colère. Nous lui avons dit qu'il devait poser clairement la question au médecin. Le médecin qui était de garde passe à deux heures du matin. Je vais le trouver, lui disant que ce malade se pose énormément de questions et a perdu confiance. « Ce serait bien que tu discutes avec lui. » Le patient lui dit alors : « Il paraît que tu as acheté une nouvelle voiture. » Il nous avait pourtant dit : « Je veux mourir : j'en ai assez ! » Mais, il a prétendu qu'il n'avait jamais dit cela et que les infirmières interprétaient tout ce qu'il disait. Nous devons être très prudentes.

R.K. : À Godinne, peu d'infirmières se plaignaient à la direction, sauf à propos d'un acharnement thérapeutique : je leur ai toujours donné raison.

L.H. : Nous sommes à côté du patient quotidiennement et donc témoin privilégié et parfois otage avec lui de ses souffrances et questionnements, il n'est donc pas étonnant que parfois, nous fassions « les avocats » du patient auprès de l'équipe médicale... mais attention de ne pas projeter nos sentiments ou valeurs, il est essentiel de respecter la parole du patient.

R.K. : Lors de la mort d'un malade, les infirmières doivent insister pour que le médecin vienne expliquer la situation. Dans la plupart des plaintes en justice, les familles se plaignent de ne pas avoir eu des explications du médecin.

L.H. : Il est en tout cas le seul à pouvoir constater le décès.

R.K. : La famille n'est pas toujours présente à ce moment. Mais il doit expliquer l'évolution irrémédiable, la malchance ou même l'erreur, qui n'est pas nécessairement une faute, à la famille et au médecin du patient.

L.H. : On ne maîtrise pas tout. Si un de nos malades est transféré aux soins et y décède, nous ne savons pas toujours ce qu'il se passe. Dans les cas ambigus, où il y a lieu à un débriefing, il est toujours très riche que le médecin et l'infirmière rencontrent la famille. Nous avons des approches différentes et l'on peut compléter les choses.

R.K. : Sans une explication par le médecin, les parents décrivent la mort de leur personne chère à leurs amis souvent sans donner des détails corrects : les « amis » leur conseillent souvent de faire une plainte.

L.H. : Ce genre de description spectaculaire arrive régulièrement dans la presse. Nous sommes de plus en plus exposées à la plainte, même les infirmières. Les gens sont de plus en plus exigeants. S'il y a un problème chez une infirmière, un médiateur va mener son enquête et solliciter la hiérarchie. J'ai fait l'objet d'une plainte pour homicide involontaire par exemple: j'ai appris cela 5 ans après les faits. Médecins et infirmières ont été touchés par cette plainte. C'était une incompréhension pour nous. Dans le dossier médical ou infirmier, on n'écrit jamais assez. C'est une inquiétude pour les infirmières, comme pour les médecins. Les gens ont parfois des plaintes étonnantes. On n'imagine pas d'où cela peut venir. Dans ce cadre-ci, c'est parce que j'avais laissé sortir une patiente avec une plaie infectée et que j'aurais dû vérifier que les soins infirmiers étaient adéquats. Or, elle était sortie avec une plaie saine, qui s'est dégradée 7 jours plus tard chez une patiente diabétique. Mais il fallait pouvoir le prouver.

R.K. : Quelles sont les conditions d'entrée à l'école d'infirmière ?

L.H. : Les études secondaires. Il y a aussi une filière professionnelle. Mais nous allons vers une réforme de ces filières pour être aux normes européennes, une filière unique en 4 ans semble incontournable

R.K. : La formation, est de trois ans. Mais elle peut choisir une année supplémentaire de spécialité ?

J.D. : La Ministre Onkelinx a reconnu certaines spécialités en pénurie et a estimé qu'elles méritaient un salaire supplémentaire : il s'agit de l'oncologie, de la pédiatrie, de la psychiatrie et de la gériatrie, des soins d'urgence. Mais il y a une série de spécialisations qui n'ont pas cet avantage, notamment l'infirmière générale qui est partout dans la maison et qui est la moins payée. La chose est difficile : certaines infirmières ont droit à un financement supplémentaire parce qu'à l'époque, elles ont choisi une spécialité en pénurie. Par exemple, il sort beaucoup plus d'infirmières spécialisées en soins intensifs que de postes disponibles. On tente de les faire travailler à l'étage, mais ce n'est pas leur premier choix et bien souvent, elles refusent.

R.K. : Il est étonnant qu'une femme « intelligente et compétente » comme Laurette Onkelinx, l'« hurlante et gesticulante », ne parvienne pas à régler la bêtise qu'elle avait imaginé.

De nos jours, vous avez des infirmiers ?

J.D. : Toutes les études sur la fidélisation du personnel pointent la nécessité de renforcer l'attractivité de la profession pour les hommes. Cela reste difficile. Dans nos cliniques, nous avons 16% d'infirmiers, surtout en soins intensifs, en dialyse, au quartier opératoire et ils sont plus représentés dans les postes de responsables.

R.K. : Y a-t-il une différence avec les filles ? J'ai parfois eu l'impression que les garçons étaient plus secs, moins gentils ou moins patients vis-à-vis des malades.

L.H. : Je n'ai pas l'impression d'une différence d'attitude : les hommes sont plus techniciens, mais certains ont une approche empathique et très psychologue. En fait, ils sont plus rationnels, peut-être moins émotifs. Leur présence est importante dans une équipe.

R.K. : Qu'en est-il des étrangères ? Problème de langue et complément de formation ?

J.D. : Elles sont censées parler français au moins avec



le niveau B2. Cela n'a pas toujours été le cas, mais aujourd'hui, nous sommes beaucoup plus vigilants. La manière de parler, l'accent, peut rendre très difficiles les communications professionnelles. J'ai connu au quartier opératoire des moments difficiles au vu d'une communication peu claire entre personnes ne parlant pas aisément le français et tout cela derrière un masque ! Il y a de quoi stresser parfois !

Aujourd'hui, nous engageons beaucoup de soignants portugais. C'est un vrai plaisir : ils ont une formation universitaire de très bon niveau, une capacité à apprendre la langue très rapidement et leur intégration est très souvent une réussite.

Nous avons vécu il y a quelques années des niveaux très différents avec des infirmiers émanant des pays de l'est ou de l'Afrique du nord.

R.K. : Les abréviations, devenues si banales devaient leur poser des problèmes. À mon âge, j'y perds mon latin. Est-ce que des infirmières essaient de devenir médecins ?

L.H. : C'est très rare, car elles doivent refaire les cours de médecine, avec peut-être quelques dispenses. L'inverse est plus fréquent. Certains n'ont pas bien réussi les premières années de médecine, mais d'autres disent : je n'ai pas trouvé ce que je voulais. Il y en a de plus en plus. Parmi elles, il y a des journalistes, des avocats, des assureurs, qui avaient un poste bien payé, et qui ont tout d'un coup un problème de sens de leur vie et commencent leurs études d'infirmière. Il y en a de plus en plus et ce sont souvent des gens très intéressants.

R.K. : Je peux comprendre : les métiers que vous citez n'ont pas souvent un caractère humanitaire.

Les infirmières sont-elles bien utilisées ?

L.H. : Bien utilisées : non. En permanence au chevet du patient, nous sommes interpellées de manière « privilégiée » par lui ou sa famille. Nous sommes ainsi bien trop souvent détournées de notre rôle propre et spécifique pour compenser les manquements ou absences d'autres, voire parfois le refus de faire... Exemple : problème de télévision ou d'accès Wifi, erreurs de repas (en terme de régime, de demandes de modification ou supprimé par erreur), manque d'information médicale, chambre sale, communion à un mourant la nuit aux urgences quand l'aumônier ne revient pas, défaut d'approvisionnement de la pharmacie, aérosols et mobilisations de patients lourds, fermeture des cartons de déchet, etc.

Nul autre métier n'accepterait de faire toutes ces tâches, confrontées inévitablement au patient sans

pouvoir éluder sa demande par souci d'apaisement, pour satisfaire le patient et parce que nous savons que personne d'autre ne le fera. Nous finissons la plupart du temps par céder.

Les infirmières entretiennent et forment encore les lits à Saint-Luc. Elles doivent aller chercher des médicaments et des repas en cas de manque (perte de 10 à 15 minutes dans les couloirs), faire des bons et aller chercher des approvisionnements manquants, rester 15 à 20 minutes au téléphone avec un technicien en cas de problème informatique (très courant), car ceux-ci se déplacent de moins en moins, être confrontées à la mauvaise humeur des patients et de la famille, quand ils manquent d'informations médicales, brancardage parfois....

R.K. : Désirez-vous ajouter quelque chose ?

L.H. : Je trouve qu'il y a une grande ambiguïté : le fédéral n'a jamais été aussi loin dans sa demande, en terme qualitatif, et de dossier. En même temps, on ne nous donne pas l'occasion de le faire convenablement, qu'il s'agisse des médecins ou des infirmières. En termes de ressources humaines au chevet du patient, on nous impose beaucoup de choses, sans nous donner les moyens nécessaires.

R.K. : C'est une question d'argent.

L.H. : Et de formation.

R.K. : Dans mon temps, je demandais aux infirmières d'assister au tour de salle et aux discussions des médecins, au moins pour les malades dont elles s'occupaient.

L.H. : Je suis d'accord. Cela se fait encore. En général, l'infirmière-chef reste le temps de l'examen de tous les malades et fait venir parfois l'infirmière en charge, mais, de toute façon, elle lui transmet les problèmes. Il faut être le plus interactif possible vis-à-vis des patients. Saint-Luc est bien sur ce modèle-là, mais j'ai vu parfois dans d'autres hôpitaux, des infirmières-chefs qui ne connaissaient pas les patients. Il n'y avait pas de communication entre médecins, malades et infirmières. Je dis parfois que nous aurons les infirmières que l'on mérite. Il faut que les infirmières s'expriment de manière professionnelle, pour être considérées comme un partenaire valable, pour avoir cette place.

R.K. : Quelles sont vos relations avec les assistants, les stagiaires ?

L.H. : Ils manquent d'encadrement. Les assistants sont en formation, mais ne maîtrisent pas ce qu'ils ont appris, alors qu'après douze ans en chirurgie cardiaque,

j'ai de l'expertise et de l'expérience, mais ce n'est pas à moi d'expliquer un traitement ou une attitude médicale à l'assistant. Je déplore parfois que les assistants qui viennent d'arriver soient fort livrés à eux-mêmes pour la gestion de l'étage. S'il y a un problème, je vais tirer la sonnette d'alarme auprès des permanents. Certains le prennent mal. Si je vois que le dialogue n'est pas possible, je vais chez le chef de service. J'ai des connaissances et de l'expérience, mais je ne suis pas compétente pour encadrer et expliquer.

R.K. : Ce qui est normal. Il ne faut pas qu'ils racontent n'importe quoi aux malades.

L.H. : La prescription médicale pose parfois problème. La lettre de sortie du patient est très importante. Une lettre sur deux nous amène chez le médecin parce qu'il y a des erreurs. On se fait parfois mal recevoir.

R.K. : Les patrons doivent relire la lettre.

L.H. : Oui, mais ils ne le font pas toujours. Eux aussi ne parviennent pas à suivre la somme de travail. C'est dommage parce qu'on pourrait rattraper beaucoup de choses dans la lettre. Je ne pense pas que c'est du dédain ou de la négligence, je crois que c'est la machine qui devient folle, à force d'avoir de la priorité dans tout, de se disperser, de multiplier les contraintes administratives et les exigences de performance financière.

R.K. : J'ai remarqué à mon époque des problèmes entre certains médecins et infirmières. C'était quasi toujours l'infirmière qui changeait de service : elle le demandait parfois.

L.H. : C'est injuste. Le personnel soignant est considéré comme un coût, il ne rapporte rien, il est une charge, tandis que le médecin est celui qui rapporte par le nombre d'interventions et d'examen, donc c'est lui qu'il faut préserver. Cela peut perturber le fonctionnement de l'hôpital.

R.K. : De mon temps à Godinne, c'était le médecin-chef qui dirigeait avec l'administrateur à ses côtés. La mutualité chrétienne à qui appartenait la clinique était compréhensive quand on lui expliquait que Godinne, dans son coin, devait avoir un équipement moderne important qu'il serait peut-être difficile d'amortir.

Madame Durbecq vous rencontrez des problèmes différents.

J. D. : En tant que membre du comité de direction, il est évident que je m'éloigne du chevet du patient, que mon quotidien se tourne vers d'autres préoccupations.

Je suis loin de mon métier de base.

Si la qualité des soins reste la préoccupation essentielle, nous devons chaque jour trouver des solutions pour y arriver en diminuant les dépenses. Les mesures gouvernementales ont été sévères pour les hôpitaux. Rien que pour notre institution, nous avons perdu plus de 20 millions de rentrées suite aux mesures. Forcément, il faut trouver des solutions pour poursuivre notre mission. Et ce n'est pas confortable pour les soignants, car nous leur imposons des nouvelles façons de travailler, nous modifions des processus et que la réussite de nos mesures n'apparaît pas toujours au premier regard ! Il nous faut être plus performant et forcément, les infirmières sentent cette tension : aujourd'hui, on leur demande de veiller au fonctionnement de leur unité, à la bonne utilisation des lits disponibles, à faire sortir le patient dans un délai en lien avec le financement...

Vous comprenez que cela n'a plus rien à voir avec mon métier d'infirmière et que c'est pour cela que je voulais dans cette interview une personne comme Laurence, qui connaît bien le terrain.

À mon niveau, malheureusement, je rencontre peu les infirmières qui fonctionnent bien. On me réserve les situations problématiques !

R.K. : Est-ce que ces problèmes assez graves, existent dans les autres hôpitaux universitaires ?

J.D. : Bien entendu. Quand on parle avec les autres directions, nous vivons tous les mêmes difficultés.

R.K. : Je vous remercie de la description de votre travail. Si Saint-Luc est très bien vu, c'est grâce à la qualité de la médecine, mais aussi à votre gentillesse et votre efficacité vis-à-vis des malades et à votre travail, y compris ce que vous faites parce que les autres ne le font pas toujours, choses nécessaires mais qui ne vous incombent pas.

(1) J'ai traduit en français chez De Boeck un livre anglais d'Owen Epstein intitulé « Examen clinique », et consacré aux diagnostics possibles (histoire médicale, interrogatoire, auscultation, palpation, etc...) avant de choisir un examen technique, si nécessaire.

La femme prend sa place

La Reine Victoria (1819-1901)

Reine de Grande-Bretagne et d'Irlande de 1837 à 1901, et impératrice de l'Inde de 1858 à 1901.

René Krémer

Avant d'être Reine

À 8 mois de grossesse, la duchesse de Kent, d'origine allemande, est conduite à Londres, car ce bébé est considéré comme l'héritier probable du trône d'Angleterre. Naître sur le sol d'Albion était un avantage, d'autant plus qu'il s'agira d'une fille : sa mère lui donna le nom évocateur de Victoria. La fillette était « boudeuse, colérique et capricieuse, réticente à l'enseignement ». Elle passait ses journées à tailler des robes pour ses poupées. Dès sa 9e année, on s'occupe activement de son éducation : histoire, géographie, mathématique, dessin, musique, chant et danse, anglais, français, allemand et, paraît-il, des romans interdits. Victoria avait de bonnes intentions : « Je prends la ferme résolution d'étudier avec une assiduité redoublée, de tenir mon attention fixée sur ce que je fais et de devenir chaque jour moins futile et plus apte à être ce que, si le ciel le veut, je serai un jour. » Elle dénonce par écrit les intrigues qui l'entourent. Elle aurait voulu ne pas se marier comme Élisabeth I^{re}. Mais une reine célibataire devait, selon la loi, vivre avec sa mère. Elle trouvait cette alternative choquante.

En 1830, le roi Georges III est gravement malade et l'on craint que Victoria soit obligée d'assurer la régence. Elle passe avec succès un examen devant deux évêques. Elle est proche du trône, mais quand Georges III meurt pour de bon, c'est son frère Guillaume IV qui lui succède.

La mère de Victoria s'efforce de faire connaître sa fille: elle l'emmène aux inaugurations et aux galas, la présente à des personnalités et obtient qu'une rue porte son nom. Elle répand le bruit que le règne de Victoria sera un âge d'or « comme les premières années d'Élisabeth I^{re} ». Dans l'entourage de Victoria, chacun a l'idée d'un mari pour elle. Son oncle Léopold, qu'elle appelle son second père, penche pour un mariage avec Albert, second fils du prince de Saxe Cobourg Gotha.

En 1837, à la mort de Guillaume IV, la princesse Victoria avait fêté ses 18 ans un mois plus tôt : elle pouvait devenir Reine du Royaume-Uni, mais pas du Royaume de Hanovre où la loi salique était appliquée. À l'époque, le pays n'est pas calme : Westminster a été incendié en 1834 et des émeutes populaires surviennent contre l'élargissement du nombre d'électeurs qui avait amené le parti Wight au pouvoir.



Portrait de la Reine Victoria en tenue de couronnement, par George Hayter

L'entourage de la Reine

Un certain John Coroy, personnage peu recommandable, emploie tous les moyens pour devenir le secrétaire particulier de Victoria. Il est soutenu par la mère de Victoria, qui se faisait appeler « mère de la reine » plutôt que « reine mère ». Elle s'efforçait d'avoir autorité sur Victoria, mais celle-ci se déroba et ne communiquait que par lettres avec elle. Plus tard, Victoria se rendra compte que sa mère l'aimait beaucoup et se repentira de son attitude. La princesse Lehzen, une gouvernante amie de Victoria lui donnait de mauvais conseils. Par contre, son oncle Léopold, futur Roi des Belges lui inculque « ce qu'une reine doit être et ne pas être ». Elle l'admire comme un père. Mais contrairement à Élisabeth I^{re}, Indira Gandhi, Golda Meir et Catherine de Russie, elle ne connaissait pas grand-chose de la politique et du gouvernement d'un pays.

L'Angleterre était déjà une monarchie constitutionnelle : la Reine devait partager le pouvoir avec ses ministres. La qualité de ces relations variera, selon les différents ministres et leur parti. Lord Melbourne (1779-1848) du parti Wight était « distingué, intelligent et honnête » : il se chargea de son éducation comme un père. Toutefois, son influence s'affaiblit à la Chambre des communes et les whigs furent bat-

tus lors des élections de 1841. Peel devint Premier ministre, et décréta, contre l'avis de Victoria, que les «dames de la chambre à coucher», personnes les plus proches de la Reine, soient systématiquement remplacées par des filles de son parti.

Plus tard, la Reine fut également en désaccord avec Galdstone (1809-1896), conservateur, puis libéral, qui fut Premier ministre à plusieurs reprises. Comme d'autres, il prenait parfois des décisions importantes, sans en informer la Reine. Elle disait : « il s'adresse à moi comme dans un meeting public. »

Palmerston (1784-1865) expansionniste et belliciste avait une conception brutale de la démocratie : il fut finalement limogé pour avoir approuvé le coup d'état de Louis-Napoléon Bonaparte en 1851. À son époque, les femmes travaillaient dans les mines comme des bêtes de somme, les salaires étaient très bas et le chômage endémique. Il estimait en outre que le pouvoir ne devait plus appartenir à la royauté.

Les mésententes avec les ministres avaient des résultats variables, Victoria devait souvent céder. Elle gagnait parfois la partie après qu'ils aient démissionné. « Je dois suivre les recommandations d'un cabinet de ministres responsables qui doivent se concerter et s'accorder avant de présenter le problème au parlement. »

Les premiers temps de son règne furent assez agités : sa santé n'était pas bonne (fièvre dite bilieuse, inflammation des amygdales, perte des cheveux) : il est probable que son travail intense et ses angoisses jouaient un rôle. Son mari parlera plus tard d'un état dépressif, qu'il traitait d'hystérie. Elle avait des doutes : « Je pense souvent que je ne suis pas faite pour ma position ? » Melbourne lui répondait : « N'y pensez jamais »

Elle avait toutefois des moments agréables avec ses amies : des bals, des jeux, des plaisanteries, des rires, des courses dans les couloirs de Birmingham. Elle aimait le cirque et faisait des puzzles avec Louise d'Orléans, épouse de Léopold Ier, notre reine. Elle chantait parfois des airs de Mendelssohn. La loi ne lui permettant de danser qu'avec des princes de sang royal, elle était rayonnante quand elle rencontrait le Tsar Nicolas Ier, bien qu'elle suivait difficilement les longues jambes de l'empereur. « Je suis amoureuse de cet adorable et délicieux jeune homme. » Ceci suggère qu'elle n'était probablement pas frigide.

Pour le meilleur et pour le pire

Victoria n'avait ni l'autorité, ni l'intelligence, ni la formation d'Élisabeth I^{re}, d'Indira Gandhi ou de Golda

Meir. Elle était un peu peureuse : quand il y avait des mouvements de foule à Londres, elle allait se réfugier en province, notamment à l'île de Wirth.

Elle avait des moments de doute : « Nous autres femmes ne sommes pas faites pour gouverner et si nous sommes de bonnes femmes, nous nous devons de ne pas aimer les occupations masculines, pourtant il y a des époques qui nous forcent à nous y intéresser bon gré mal gré et c'est ce que je fais, intensément.» Elle avait parfois l'impression d'être « une poupée manipulée par les ambitions des uns et des autres». Étonnamment, elle traitait les suffragettes de « perverses qui oublient le sens de la féminité et des convenances ».

Elle détestait les guerres, plaignait les militaires et aidait leurs épouses, mais n'avait apparemment aucune pitié pour l'ennemi.

Au cours de son long règne, elle avait par périodes des actions charitables et tolérantes. Elle eut pitié de l'Irlande et des bohémiens auxquels elle fit donner de la soupe, des couvertures, et même un peu d'argent. En 1845, une grande famine causée par le mildiou de la pomme de terre, provoqua de nombreuses victimes et une immigration importante des Irlandais. Victoria donna des sommes importantes tant aux catholiques qu'aux protestants. Ce qui n'empêcha pas qu'on lui donnât le nom de « Famine Queen ». Elle favorisa le libre-échange des céréales, malgré l'opposition des conservateurs. Elle autorisait la pratique catholique. « Mon constant souci sera de maintenir la religion réformée, mais j'assurerais, à tous, pleine et entière liberté de culte. J'œuvrerai de toutes mes forces au bonheur et au bien-être de toutes les classes de mes sujets. »

Elle faisait parfois des erreurs. L'exemple le plus célèbre est celui d'une de ses dames de compagnie, lady Flora Hastings, dont l'abdomen était très rond. En accord avec le ministre Melbourne, Victoria partagea la rumeur d'une grossesse hors mariage et exigea un examen médical, qui montra que la jeune fille était vierge. La malheureuse mourut quelque mois plus tard. L'autopsie révéla une énorme tumeur du foie. Le frère de la jeune fille provoqua Melbourne en duel. À l'enterrement, on jeta des pierres sur la calèche de la Reine

La période Albert (1840-1861)

La révolte chartiste⁽¹⁾ menaçait le pays. Craintive et s'apercevant qu'elle ne pouvait pas vivre célibataire, Victoria épousa son cousin germain, le prince Albert de Saxe Cobourg Gotha, neveu de Léopold I^{er}. Le ma-

riage eut lieu en 1840, malgré l'opposition des Tories. «Une soirée avec mon très cher, très cher Albert que je n'oublierais jamais, jamais.» Leur relation amoureuse était évidente. Les murs de leur chambre étaient garnis de tableaux érotiques et un système automatique permettait de fermer la porte de leur chambre à partir du lit. Leur fidélité réciproque ne fut jamais mise en doute et elle eut 9 enfants, alors qu'elle prétendait que les bébés n'étaient pas beaux.



Le mariage de Victoria et Albert, par George Hayter

Dès le lendemain, elle a évoqué avec complaisance sa nuit de noces. « Ce fut un bonheur incroyable. Nous n'avons pas beaucoup dormi. Il est si beau, vêtu de sa seule chemise, laissant voir sa belle gorge. JAMAIS, JAMAIS, je n'oublierai une telle soirée !!! MON TRÈS TRÈS CHER Albert... Sa passion et son affection excessives m'ont offert des sensations d'amour et de bonheur divins que je n'aurais jamais espéré ressentir auparavant ! Il m'a serré dans ses bras et nous nous sommes embrassés encore et encore ! Vraiment comment pourrais-je jamais être reconnaissante d'avoir un tel mari, d'être appelée par des noms de tendresse que je n'avais encore jamais entendus ; le bonheur était incroyable ! Oh ! Ce fut le plus beau jour de ma vie, la dernière nuit où j'ai dormi seule. » On comprend qu'elle n'ait pas imité Élisabeth Ire.

Elle ajoute qu'elle est la Reine, et qu'il n'est que le prince consort. Ce mari lui fut néanmoins d'un grand secours. Avec discrétion, il jouait un rôle important dans la conduite du pays, et était écouté dans tout domaine, mais surtout politique et surtout pendant les périodes de dépression de son épouse.

Ils avaient un principe commun : « Une autorité était nécessaire pour l'avenir du pays : une répression et des sentences permettaient de maintenir la paix. »

Les bonnes actions de Victoria

Après la révolte des cipayes de 1857, les possessions et les protectorats britanniques du sous-continent indien furent formellement incorporés dans l'Empire britannique. La reine condamna les atrocités perpétrées par les deux camps. Elle écrivit « ses sentiments d'horreur et de regret à la suite de cette sanglante guerre civile » et elle insista, pressée par Albert, pour qu'une proclamation officielle annonçant le transfert de pouvoir de la compagnie vers l'État « contienne des sentiments de générosité, de bienveillance et de tolérance religieuse ».

Devenue impératrice de l'Inde en 1858, Victoria nomme un vice-roi et promet des améliorations qu'elle accomplira pendant son règne, entre autres la clémence et la justice. Elle met l'accent sur les idées de générosité, de bienveillance, de tolérance religieuse, de liberté et d'égalité devant la loi. Elle ouvre les droits d'héritages ancestraux. Les emplois tant civils que militaires seront ouverts à tous, sans distinction de race ni de religion.

Elle tente d'éviter les guerres, de chercher des compromis, d'appliquer la laïcité et la tolérance religieuse, de renoncer aux atrocités et à la peine de mort, de bannir le nationalisme et la haine des étrangers. Elle lutte contre la traite des esclaves, avec la collaboration de Livingstone (Ama Contacts n°57). La plupart de ces bonnes intentions resteront lettre morte, non appliquées par les ministres

Elle avait par exemple lu *Oliver Twist*, rencontré Dickens et avait tenté en vain d'obtenir la réduction du travail des enfants.

Elle visita avec Albert des mines et les îles anglo-normandes qu'un souverain anglais n'avait plus visités depuis le roi Jean sans terre (1199-1216). Elle finance des maisons ouvrières, crée une commission royale chargée d'inspecter la condition sanitaire des armées, des casernes et des hôpitaux et insiste sur la formation du personnel.

On reprochait à Albert d'assister aux réunions de la chambre ; le peuple parlait d'une reine « Albertine ». Albert était parfois en désaccord avec la reine : lors de ses disputes, ils ne se parlaient plus, mais s'écrivaient jusqu'à ce que le conflit soit apaisé.

Malgré ses bonnes intentions, les guerres vont se succéder : intervention en Mer Noire dans le conflit entre la Turquie et la Russie. Albert et Victoria créent

un fond pour aider les familles des morts, elle adresse des condoléances à des milliers de veuves, rend visite aux blessés. Elle dit avoir un sentiment de culpabilité.

La dernière grossesse (9^e) à 38 ans est très pénible, malgré le chloroforme, que le clergé lui reprochait, parce qu'il est dit dans la bible que la femme doit donner naissance dans la douleur. Lors de chaque grossesse, elle avait peur de mourir, ce qui n'était pas rare à l'époque. Elle s'informe sur un moyen anticonceptionnel. Albert lui rétorque que la continence est la seule possibilité.

En 1854, Albert aurait fait un accident vasculaire cérébral. À partir de ce moment, il est moins actif, jusqu'à sa mort en 1861, d'une fièvre typhoïde ou du typhus: deux maladies fréquentes qu'on ne distinguait pas toujours l'une de l'autre. Parmi ses actions, on retiendra la construction du Cristal Palace et l'organisation de l'exposition universelle.

Après la mort d'Albert

Victoria portera des vêtements noirs pendant le restant de sa vie. Elle évitait de se montrer en public et passait la plus grande partie de son temps à Windsor, Balmoral ou Osborne. On lui donna le surnom de «veuve de Windsor». Comme elle ne se montrait plus guère, sa popularité baissa. Une affiche avait été placquée sur les grilles du palais de Buckingham : « Bâtiment à vendre en raison du déclin des affaires de l'ancien propriétaire. »



Victoria en vêtements de deuil

Elle dut se résigner aux guerres contre les Zoulous (1879), en Egypte (1883), en Afghanistan contre les Boers, en Inde, et en Irlande : elle fermait les yeux sur ces combats qui ont permis la formation du Commonwealth et la puissance de l'Angleterre. Pour la forme, et en tout cas sans résultat, elle faisait des reproches à ses ministres, qui n'en tenaient pas compte. Son attitude était ambiguë. On a l'impression qu'elle se montrait opposée à la guerre pour apaiser sa conscience, mais que la gloire de l'Angleterre lui paraissait essentielle. Elle voyait l'expansion de l'Empire britannique comme « une manière civilisatrice et bénigne de protéger les peuples indigènes contre des puissances plus agressives, ou des dirigeants cruels: il n'est pas dans nos habitudes d'annexer des pays à moins que nous n'y soyons obligés et forcés ». Elle ajoutait : « Si nous voulons maintenir notre puissance de premier rang, nous devons être préparés à des attaques et à des guerres. »

Elle avait en apparence de bonnes relations avec la France, mais elle la craignait. Elle recevait Napoléon le petit avec faste, mais avec réticence. À la manière de Cicéron, elle décrivait ses qualités et terminait par une phrase assassine, que Victor Hugo aurait appréciée : « Dans quelle mesure est-il habitué d'un fort sens moral de ce qui est bien ou mal, voilà qui est difficile à dire ? » L'Angleterre craignait qu'il n'envahisse la Belgique : « Tout attentat contre la Belgique serait pour nous un casus belli (il le fut en 1914) ». Certains Tories ne sont pas d'accord. Quand Napoléon III propose à la reine Victoria un « arrangement » des pays européens, elle lui rappelle que si l'empereur des Français est un souverain absolu, le Royaume-uni est une monarchie constitutionnelle.

À partir de 1861, elle devient irritable et craint l'Allemagne autant que la France.

Les ministres prennent de plus en plus le pouvoir. Disraeli (1804-1881) était un ministre qui la flattait et s'en vantait en disant que « chez les princes la flatterie doit être étendue avec une truelle ».

Le 17 mars 1883, elle tombe dans les escaliers à Windsor et boite jusqu'au mois de juillet ; elle marchait avec une canne et commença à souffrir de rhumatisme.

En 1886, les socialistes deviennent très actifs et se réunissent en grand nombre à Trafalgar square. Un activiste grimpe au sommet de la colonne Nelson et y plante un drapeau rouge. Des joailleries sont pillées. Craintive, Victoria séjourne souvent à Aix-les-Bains.

En 1896, elle devient le monarque avec le plus long règne et en 97 une grande procession marque son jubilé de diamant.

En avril 1900, un an avant sa mort, elle fait une visite en Irlande. Elle y reçoit un accueil chaleureux. Même les nationalistes étaient là. Elle y reste trois semaines. Elle reçoit les prêtres tant catholiques que protestants. Les Irlandais ont compris que ce n'est pas elle qui leur a fait tant de tort. Au retour à Londres, c'est également un accueil très chaleureux.

À Noël 1900, à Osborne, sur l'île de Wight, son état de santé s'aggrave, elle est « faible, somnolente, hébétée et perdue », et meurt à 81 ans.

Parmi ses 9 enfants, citons brièvement Victoria Mary Adélaïde Louise, surnommée Vicky, porteuse du gène de l'hémophilie, Albert Edouard, futur Edouard VII, Léopold George Duncan Albert, hémophile, mort d'une hémorragie cérébrale(2) et Beatrice Mary Victoria Feodore, gouverneur de l'île de Wight, qui a publié le journal très expurgé de sa mère.

Une étrange amitié

Il faut bien parler de John Brown, un domestique écossais, né en 1826 qui, après la mort d'Albert, a été le favori inséparable de la Reine Victoria pendant plusieurs années. C'était un homme compétent et convivial, qui avait une grande influence sur la Reine. Des ragots et des articles de presse, ne manquaient pas

à propos de cette relation hors norme. Il accompagnait la reine dans tous ses déplacements. On parlait même d'un mariage secret et d'une certaine « Madame Brown ».

Victoria publia un livre, « Leaves from the Journal of Our Life in the Highlands » (Pages du journal de notre vie dans les Highlands). Elle y faisait l'éloge de celui qu'elle appelait son homme de confiance. Brown mourut d'érésipèle en mars 1883. Aussitôt, Victoria commença à rédiger une biographie de Brown, que le doyen de Windsor lui recommanda de ne pas publier. Entêtée, la Reine publia l'année suivante « More leaves from a journal of a life in the Highlands » dédiée à « son assistant personnel dévoué et ami fidèle, John Brown ». Elle commença ensuite à écrire une biographie panégyrique qu'on lui recommanda de ne pas publier et qui fut détruite après sa mort.

Selon ses dernières volontés, son chien poméranien préféré fut posé sur son lit de mort, ainsi qu'un peignoir d'Albert et un moulage de sa main, mais également, soigneusement cachés par un bouquet de fleur, une photographie et des cheveux de John Brown. On peut se demander si la Reine avait toute sa tête à la fin de sa vie.

On peut imaginer que cet épisode mystérieux de la vie de la Reine a fait les choux gras des journalistes. Un film « Miss Brown » a eu beaucoup de succès en 1998.

Les mystérieuses tentatives d'attentat

En 1840, alors qu'elle était en calèche avec son mari, Edward Oxford, un jeune homme de 18 ans, sans emploi, tira deux fois sur elle sans l'atteindre, il fut acquitté en raison de son état mental. En 1842, un certain John Francis fit deux tentatives, dont la seconde était un piège tendu par l'armée, le lendemain, au même endroit. Il fut arrêté et condamné pour haute trahison, mais finalement déporté en Australie. En juillet, John William Bean simula une tentative, il écopa de 18 mois de prison : le revolver n'était pas chargé. En 1849, un chômeur irlandais, William Hamilton, tenta à son tour sans résultat et, en 1850, Robert Pate, un policier considéré comme dément, donne un coup de canne à la Reine, la blessant au front. Ces deux derniers seront déportés en Australie. Il faut ajouter en 1872, Arthur O'Connor, un garçon de 18 ans, neveu d'un député irlandais, qui menace la Reine d'un pistolet non chargé et est neutralisé par John Brown, ce qui lui vaut 12 mois de prison et l'Australie. En 1882, un poète nommé Mac Lean tire sur la calèche royale, sans résultat, parce que Victoria avait refusé un poème qu'il



Victoria et John Brown

lui offrait. Curieusement, aucun de ces régicides maladroits n'a été puni d'une peine très importante ou contrôlable, comme la déportation. En Australie, ils étaient généralement perdus de vue.

Ou bien ces attentats ratés avaient pour but d'effrayer la reine, ou ils étaient arrangés, pour la montrer miraculeusement protégée et la rendre plus populaire. Il est étonnant qu'aucun de ces régicides maladroits n'aient été condamnés à mort ou sévèrement punis. Victoria a d'ailleurs écrit : « Cela vaut la peine de se faire tirer dessus pour voir à quel point on est aimée. »

Pour compléter cette série étonnante, il faut citer le 28 décembre 1819, la déchirure du vêtement de la future Reine, âgée de six mois, par un plomb de chasse qui avait traversé la fenêtre. C'était un apprenti qui tirait les moineaux dans le jardin, la mère de Victoria demandera qu'il ne soit pas puni.

Il n'est pas impossible que ce « miracle » ait donné plus tard des idées à ceux qui voulaient maintenir la réputation de Victoria. Il se pourrait aussi, que la mère qui voulait mettre sa fille en évidence à tout prix, dès la petite enfance, ait imaginé l'étonnante trajectoire du plomb de chasse.

Conclusions

Victoria rêvait d'imiter son ancêtre, Élisabeth I^{re} (Ama Contacts 86), mais elle n'avait pas les mêmes atouts ; elle n'avait pas été préparée pendant des années, n'avait pas refusé le mariage et n'avait pas eu l'exemple à ne pas suivre de son père Henri VIII. Elle n'avait pas eu une chance semblable à l'échec de la grande Armada.

Le pouvoir de Victoria était limité : elle devait tenir compte des ministres et du parlement, dans une démocratie au berceau. Les ministres et les partis se suivaient et les relations étaient instables. Les Tories considéraient la Reine comme une démagogue, voire une socialiste. Les ministres n'étaient pas toujours soutenus par les députés.

Par ailleurs, elle ne pouvait empêcher les guerres sanglantes qui ont permis la création du Commonwealth et la prospérité du pays. Elle-même avait un caractère instable ; énergique à certains moments et dépressif, surtout pendant et après les 9 grossesses qui ont représentées une partie considérable de son temps.

Elle avait pourtant des gestes sympathiques vis-à-vis

des pauvres, des femmes de soldats blessés ou morts, des Irlandais et des Romanichels. Sa passion pour son domestique était stupide, quelle qu'en ait été sa nature.

La première partie de son règne fut positive grâce à un entourage de qualité : Léopold I^{er} de Belgique, le ministre Melbourne et surtout son mari, le cher Albert de Saxe Cobourg Gotha. Mais elle avait également de mauvais conseillers : son amie Lehzen, Conroy et certains ministres comme Galdstone et Palmerston.

On peut comprendre qu'une femme, toute intelligente et bien intentionnée qu'elle soit, puisse difficilement réaliser une politique personnelle parmi des hommes ambitieux et peu soucieux du sort de leurs ennemis. Elle était en outre peureuse, « allant se réfugier en province lorsqu'il y avait des mouvements à Londres ».

Les ministres se dépêchaient, en son absence, de prendre des décisions dont ils savaient qu'elle ne les aimait pas.

En 1867, le journaliste Walter Bagehot écrivit que le monarque ne conservait que « le droit d'être consulté, le droit de conseiller et le droit de mettre en garde ». Alors que la monarchie britannique devenait plus symbolique que politique, elle mit un fort accent sur la morale et les valeurs familiales en opposition aux scandales sexuels et financiers qui avaient été associés aux précédents membres de la Maison de Hanovre et avaient discrédité la monarchie. Son règne vit la création du concept de « monarchie familiale », à laquelle pouvaient s'identifier les classes moyennes naissantes.

Remarques personnelles

Chaque fois que je relis des passages de l'histoire de l'Europe entre Waterloo et la guerre du Vietnam, je songe à la fondation de la Communauté européenne qui nous évite des guerres et assure la démocratie. Je ne comprends pas l'attitude des nationalistes. Rappelez-vous la commune, les guerres de 70 et 14-18, Hitler, Mussolini et Franco. Non seulement, il n'y a plus de guerre dans la Communauté européenne, mais on exige la démocratie et la suppression de la peine de mort. Pour entrer dans la communauté, des pays ont dû se débarrasser de leurs dictateurs, les colonels grecs. Pour progresser dans le haut du pouvoir, les femmes doivent se battre, ressembler ou faire semblant de ressembler aux hommes, sinon elles auront beaucoup de peines à atteindre le sommet. Il est certain que la démocratie, la paix dans la Communauté

européenne et le vote des femmes les aident. A propos de l'Angleterre, on parle de la période victorienne, mais en fait elle est due aux conquêtes coloniales très sanglantes et à la constitution du Commonwealth.

Bas de page

(1) Révolte chartiste :

Le chartisme est un mouvement politique ouvrier qui se développa au Royaume-Uni au milieu du XIX^e siècle, à la suite de l'adoption de la « Charte populaire » (anglais : People's Charter). En 1832, la réforme électorale (Reform Act) établit un système électoral censitaire, au détriment des classes populaires. (Wikipedia)

(2) L'Hémophilie :

Victoria n'avait aucun ancêtre hémophile. La mutation est donc probablement apparue chez elle ou dans les gamètes de son père. De son union avec son cousin Albert de Saxe-Cobourg-Gotha

sont nés neuf enfants, dont trois filles porteuses, Victoria, Alice et Béatrice, et un seul fils malade, Léopold. Celui-ci mourut à l'âge de 31 ans d'une hémorragie cérébrale, mais eut le temps d'avoir deux enfants : Alice, naturellement porteuse du gène déficient eut plus tard deux fils malades, et le vicomte Rupert Trematon, décédé comme son père d'une hémorragie. Le jeu des alliances principales européennes de cette époque a ensuite grandement facilité la transmission de la maladie dans les cours royales d'Allemagne, d'Espagne et de Russie. Finalement : quatre petits-enfants et sept arrière-petits-enfants, tous hémophiles

Ouvrages consultés

Wikipedia, Reine Victoria

Joanny Moulin, Victoria Reine d'un siècle, 2009

Christopher Hibbert, Queen Victoria in her letters and journal, Viking, 1984

Andrew Alderson, Victoria 'did become Miss Brown', 2003

Dans le prochain numéro :

Interview : Alexandre Persu
Les trois Tsarines

Souvenirs et anecdotes

Souvenir des relations avec les étudiants

René Krémer

L'examen oral

Je commençais l'examen par des questions assez simples, en aidant l'étudiant(e) parfois troublé(e), non par moi, mais par la question. Pour l'aider, je posais la question autrement.

Si le résultat était satisfaisant, je posais une question un peu plus difficile. Si cette réponse n'était pas bonne ou nulle, j'en posais une troisième dans une autre partie du cours.

Si la seconde question était très bonne, je terminais par une question difficile en annonçant que c'était «pour le grade ».

Je terminais en disant à l'étudiant s'il avait réussi ou si c'était douteux, et que la décision serait prise en délibération. Je voulais que l'étudiant ne soit pas trop inquiet, car, quand j'étais « student », j'évaluais souvent mon examen plus sévèrement que le professeur et passais des jours d'angoisse.

Ne pensez-vous pas que l'examen oral est plus juste que l'examen écrit qui, entre autre, ne permet pas au professeur de poser une sous question ou de suggérer que l'étudiant déraile rien que par le regard ?

Souvenirs des cours

Un Américain, ils étaient nombreux à l'UCL à cette époque lointaine, vint au cours avec un grand chien, qui resta calme, devant son maître au premier rang. Je ne fis aucune remarque et le cours se passa dans le calme.

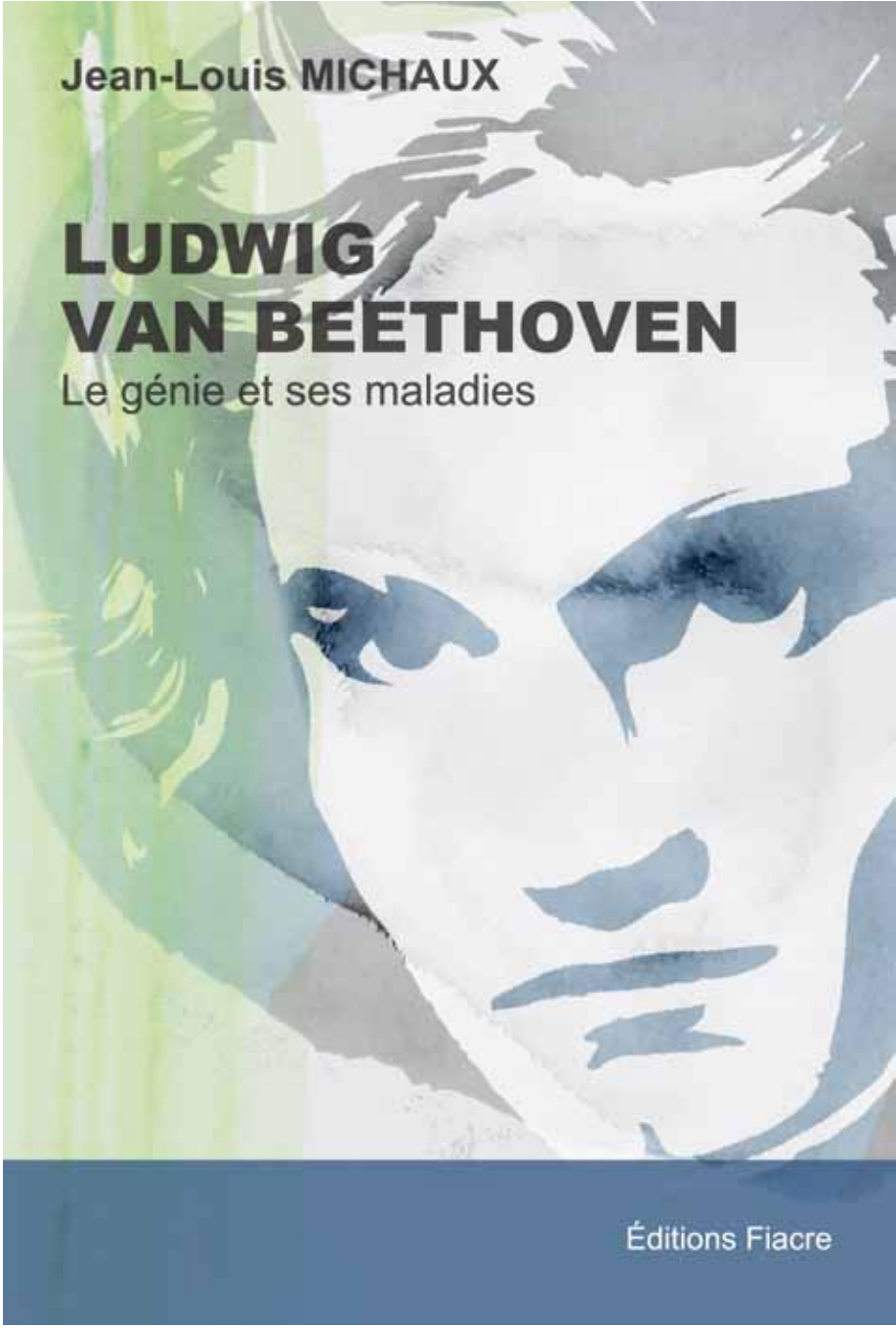
Une jeune fille vint à l'examen en croquant une pomme, qu'elle déposa sur le bureau et la remit en

bouche après un examen correct. C'était probablement un pari, car les voisins riaient. Je lui dis : « Rappelez-moi votre prénom, c'est Eve sans doute. »



Un couple d'étudiants s'embrassait sans la moindre attention au cours. Il me fallut hausser la voix pour leur dire que le cours devait les gêner et que je leur donnais l'autorisation d'aller dans un endroit plus calme et adapté.

Un six décembre, un étudiant déguisé est arrivé derrière moi en silence et s'est mis à hurler avec ses «écoliers » la fameuse chanson de Saint-Nicolas. J'avais été très surpris.



Jean-Louis MICHAUX

LUDWIG VAN BEETHOVEN

Le génie et ses maladies

Éditions Fiacre

Le Beethoven nouveau est arrivé.

Cet essai sur la vie de Beethoven retrace, au jour le jour, le quotidien du musicien et aborde, en parallèle, les graves problèmes de santé qui ont émaillé l'existence de ce célèbre handicapé. Ce livre, présentation originale de l'histoire du compositeur, actualise les données récentes sur les causes de son décès. Il représente le seul document en langue française qui relate les recherches scientifiques menées sur ses reliques au cours de ces dernières années.

Dans l'adversité de la vie, Beethoven s'est montré le plus grand. Cahoté dans son enfance, responsabilisé dès son adolescence, il a eu foi dans l'avenir ; tourmenté par une surdité, accablé par la maladie, il a cru dans sa destinée ; indompté dans sa personnalité, républicain et orgueilleux, il fut noble par son esthétisme musical ; incompris dans ses dernières créations, délaissé par Vienne, il a imposé son génie et nous a légué des œuvres immortelles.

www.editions-fiacre.fr